

2025-3-3 第4回「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

○大原補佐 定刻となりましたので、ただいまから、第4回「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」を開催いたします。

事務局を務めます、厚生労働省老健局総務課の大原です。よろしくお願いいたします。

構成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、野口座長よりやむを得ない事情により欠席との御連絡をいただいておりますので、座長代理の松原構成員に以降の進行をお願いしております。

それでは、以降の進行は松原座長代理にお願いいたします。

○松原座長代理 よろしく申し上げます。

本日の出席状況ですが、事務局から話がありましたとおり、野口座長より御欠席の御連絡をいただいております。また、大屋構成員につきましては、遅れて御出席いただく旨を御連絡いただいております。

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より確認をお願いいたします。

○大原補佐 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、会場にお越しの構成員におかれましては机上、オンラインにて御出席の構成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。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の構成員の皆様には基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただき、御発言をされる際はZoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックしていただき、座長の御指名を受けてから御発言ください。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を降ろす」をクリックしていただき、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。

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、御退出をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○松原座長代理 それでは、議事に入ります。

本日は、これまでの御意見やヒアリングを踏まえまして、本検討会における検討の方向性（案）について御議論いただきます。

それでは、議題1について事務局より御説明をお願いいたします。

○村中総括調整官 総括調整官の村中でございます。

資料1について御説明をさせていただきます。これまでの議論の整理として、4つのテーマに沿って第1回検討会で事務局から提出した課題と論点、これまでの構成員の皆様からの御意見やヒアリング内容、そして、今回、議論を踏まえて事務局で作成した検討の方

向性（案）、最後に各論点に共通する視点（案）という構成となっております。時間に限りがありますので、基本的にはそれぞれの検討の方向性（案）等の部分に内容を絞って簡潔に御説明をいたします。

最初に、6ページを御覧いただければと思います。サービスモデルの構築や支援体制についてでございます。介護保険法における尊厳の保持、自立支援、国民連帯の理念は変わらず重要でございます。そのような中、2040年に向けて人口・サービス需要の変化には地域差があり、地域ごとにサービス提供体制や支援体制を考える必要があります。

まず、中山間・人口減少地域では、高齢者人口とサービス需要が減少する中で計画的にサービスを維持・確保する必要があります。高知県や鳥取県のヒアリング、そして構成員の皆様から様々な御意見をいただきました。地域の介護事業所が機能を維持し、サービスを効果的・効率的に提供するための方策、介護事業者間の連携と業務の効率化、また、サービス提供エリアの範囲の拡大のための方策など、柔軟な対応を検討していく必要があります。

次に、大都市部では、2040年にかけて高齢者人口及びサービス需要が急増する中、公と民による多様なサービスの提供、民間活力も活用したサービス基盤の整備が必要であり、重度の要介護者や独居高齢者にも対応できるICTやAI技術を活用した包括的なサービス提供の取組や在宅のテクノロジー開発が必要でございます。

次に、一般市等では、当面の間はサービス需要が増加するものの、その後は減少に転じるため、既存の介護資源を有効に活用しながら、需給の変化に応じてサービスを過不足なく確保し、将来を見越した準備を図る必要があります。

7ページ目に御移動ください。支援体制の構築でございます。地域ごとにサービス提供体制の変化に応じた支援体制が求められ、その前提として、地域における介護や医療等の状況をエリア別に見える化し、地域における状況把握・分析を行い、関係者間で共有・議論する必要があると考えてございます。

続いて、介護人材確保・定着、生産性向上についてでございます。13ページの検討の方向性（案）を御覧ください。2040年に向けて生産年齢人口が減少する中、介護人材確保はサービス提供体制を確保するための重要な課題であり、処遇改善をはじめ取組を充実する必要があります。その際、地域の様々な専門機関等の関係者が連携し、雇用管理等による介護人材の定着、テクノロジー導入、タスクシフト等の職場環境改善、生産性向上を行っていく必要があります。

介護人材確保に向けた取組として、13ページから14ページを御覧いただければと思いますが、賃上げや処遇改善の推進、地域の状況を関係者間で共有し、地域の実情に応じた対策を共通認識の下で推進すること、公的な機関等の連携の取組強化と小規模な事業者の支援、若い世代から見た介護の社会貢献などの魅力向上、業務の切り分け・整理による多様な人材とのマッチング、外国人介護人材の確保・定着支援等が考えられます。

また、雇用管理等による介護人材の定着に向けた取組として、ハラスメント対策を含め

働きやすい職場環境づくりが重要でございます。また、多様なキャリアモデルを見える化し、キャリアアップを図ることも重要です。

職場環境の改善・生産性の向上としては、テクノロジーの活用や介護助手等への業務のタスクシフトを図り、業務負担の軽減で生み出した時間を直接的な介護ケアに充てることに加え、職員の残業削減や休暇の確実な取得、教育研修機会の付与など、職員への投資の充実に充てることで介護サービスの質の向上につなげることが重要です。

そのためには、自治体・関係団体・介護事業者が連携して取り組む必要があります。国においてテクノロジー効果の実証や必要な財政的支援、デジタル人材の育成など、介護事業者のテクノロジー導入に対する不安を解消し、普及を図る必要があります。

続いて、雇用管理、職場環境改善など、経営の支援でございます。19ページの検討の方向性（案）を御覧ください。地域の実情を踏まえつつ、介護事業者に対し地域の専門機関等の関係者が連携し、雇用管理、職場環境改善・生産性向上の取組を進め、経営改善に向けた支援を行っていく必要があります。介護事業者がほかの中小企業と同様の課題を抱える中、雇用管理と生産性向上を進める必要があります。都道府県の生産性向上窓口、介護労働安定センターやよろず支援拠点、福祉医療機構などの専門機関が地域において連携して様々な支援を図っていく必要があります。あわせて、経営支援や人材確保支援に対応するために、地域の公認会計士、中小企業診断士など、専門職との連携も必要です。

小規模経営をしている事業所をはじめ、介護事業所が地域に根差した細やかなサービス提供を行っていくことは重要です。バックオフィス業務など、間接業務の効率化や施設・設備の共同利用を行うことで安定的な事業の継続が期待できます。

20ページを御覧ください。大規模化によるメリットは、離職率低下やコスト減などの効果があるため、これらのメリットを分かりやすく示し、共同化や事業者間の連携をまずは促していく必要があります。また、社会福祉連携推進法人といった制度がより活用しやすくなる仕組みを検討する必要があります。

最後に、地域包括ケアと医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアについてでございます。27ページの検討の方向性（案）を御覧ください。要介護状態となっても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ことができるよう、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の構築の実現にこれまで取り組んできました。2040年に向けてサービス提供体制を確保するため、地域包括ケアシステムを深化させる必要があります。今後、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口が増加するため、医療ニーズを有する要介護者の受け皿の整備が必要になります。退院から在宅復帰までに医療機関や介護施設が重要な役割を担いますが、地域ごとに医療や介護の状況が異なる中で、関係者のコミュニケーションや医療と介護の連携を強化していく必要があります。地域医療構想との接続も必要です。

介護予防・健康づくりについては、効果の検証を行うとともに地域の人と自治体、専門職とも連携して取り組む必要があります。また、介護予防・健康づくりを軸に専門職とも

連携し、通いの場等を支え、地域共生社会を実現していくことも重要です。高齢者の移動支援や買い物支援など、他分野の取組を効果的にリンクさせるという視点も必要です。

28ページを御覧ください。独居の認知症高齢者等への対応が課題となる中、医療と介護のみならず、生活支援や権利擁護、意思決定支援に加え、地域のインフォーマルサービスの果たす役割にも着目し、これらの充実を図る必要があります。認知症高齢者が安全・安心に暮らすために、認知症ケアパスの再構築も必要です。

最後に、29ページの「各論点に共通する視点」のところを御覧ください。2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化、地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制の確保、介護人材を確保するための処遇改善・雇用管理、テクノロジー導入、タスクシフト、経営支援、介護は地域の雇用を支え若者の所得を支える重要なインフラという視点に立ち、介護人材等が地域で活躍できるような地域共生社会の構築といった視点を持って検討していく必要があると考えてございます。ただいま申し上げた、介護が地域の雇用等を支えるインフラという点は参考資料の16ページにも関係の資料を今回追加してございますので、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。

○松原座長代理　ありがとうございました。

ただいまの御説明に関しまして、御意見、御質問のある方はどうぞ御発言をお願いいたします。会場の方は挙手を、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただきまして、私の指名により発言を開始してくださるようお願いいたします。

なお、事務局から御案内のとおり、予定終了時間内に多くの構成員に御発言いただきたいと考えております。また、できる限り構成員間でのディスカッションも行っていきたいと思っておりますので、恐縮ですが、一回の御発言時間は5分以内をめどにお願いできればと思います。皆様の御協力をよろしくお願いいたします。

斉藤委員、どうぞ。

○斉藤構成員　斉藤でございます。御説明いただきありがとうございます。これまでの議論やヒアリングを踏まえて、まとめていただいた内容であると承知をしております。その上で、私からより具体的な部分とか、若干書きぶりを含めた中でちょっと検討いただきたいということが何点かございます。

最初に、人口減少・サービス需要に関してというところになりますけれども、この中で中山間地域に対する具体的な方策というところについてですけれども、この辺りをより具体的にどう示していくかということが重要であろうと思います。特に高齢者、そして現役世代も減少していく地域でありますので、いかにサービスをきちんと確保していくか、そのためには圧倒的な人手不足の状況下で一定の要件緩和ということが求められると承知をしております。

ただ、その際、当然のことながら、単なる緩和ということでサービスの質の担保ができれば、これは問題だということになるので、このサービスの質をきちんと維持できる

中でどう緩和をするかというところを考えていくことが重要なのではないかなと思います。

その中で、例えば一つの実例とすれば、現状、幾つかのサービスの中で検討されているような配置要件とか、例えば先般の見直しの中でグループホームについては3ユニット、平屋で幾つかの条件がある場合には夜間帯について2名の体制で配置ができるという事例がございます。こういった事例を、例えばグループホーム2ユニットに加えて小規模多機能型ということを併設しているようなケースでも同様に2人での体制が取れるなど、現状のルールに即しながら、さらなる緩和をサービスごとに横断的につくり上げるかということが重要なのではないかなと思います。

また、複合的なサービスということでもこの辺りをいかに効率良く運営していくかということでの検討、訪問と通所を組み合わせたようなサービスなどをこういった地域でサービスとして取り入れていくことが重要ではないかと考えております。

そして、大都市圏に関してなのですが、この点はちょっと私は十分に発言ができなかった点があるので補足をさせていただきたいと思いますが、大都市圏は御承知のとおり、とにかく東京を中心として施設居住系サービスが不足している。これは土地代が非常に高いということでなかなか施設が建てられない、特に昨今の物価高で建築資材が高騰している中で、実際に施設が建てられない、特養の公募が通っても取り下げているような事例も出ております。この辺りについては通常でもアパート、マンションなどでも都心部であれば少し狭い部屋で暮らしている方も多いわけでありまして、この辺りは都心部の状況を踏まえながら、施設の部屋の広さや廊下幅、またはデイサービスの機能訓練室のスペース等の設備要件の緩和といったことも質の担保とともに検討いただければと思っております。

それから、2つ目のテーマの人材のところにつきましては、人材確保の取組の介護人材確保を最大の課題であると示していただいております、全産業平均に注目をした処遇改善ということを示していただいております。表現としてはこの表現で構わないのですけれども、介護人材ということの中にしっかりと介護職のみならず他職種にも配慮した形での対応を検討いただきたい。

昨年末にケアマネジメントの専門検討会においてケアマネージャーの処遇改善ということを示していただいております。ケアマネージャーのみならず、この物価高の中でさらなる賃上げが求められる中で処遇改善加算が創設されていないサービス、ほかにも福祉用具の貸与や訪問看護等、介護職が存在しないサービスについて、ここがこの先、さらに差がついていくのではないかな。実際、多くの複数サービスを運営している事業者はやむを得ず、ほかの職種だけ給料が上がっていくわけにはいかないということで法人で利益を取り崩して対応しているようなケースもございますので、こういった部分についての御配慮を入れていただきたいと思います。

そして、3番目の雇用管理のところにつきましては、前回、私が少し長く発言をさせていただきましてけれども、大規模化について、共同化を中心というところの表現の中で

うまくまとめているかと思いますが、改めて申し上げますけれども、中小零細が大半である介護業界において大規模化を推奨するということではなくて、このスケールメリットをいかに生かして効率的な運営・経営ができるようにするかということで、大きい会社だから、小さい会社だから、どちらがいいということではなく、それぞれをどう支援していくかということが伝わるようなメッセージを御検討いただきたいと思います。

同様に、このDXの推進につきましては、各種団体などの取組も積極的に推進をしていく。私が代表を務めております全国介護事業者連盟においてもDXの相談窓口ということを設置させていただいております。こういった事例や共同購買等におきましても、団体や組合等の活用、また、他の業界・職種であれば、ボランティアチェーンのような形で仕入れの部分だけの共同化といったことは民間会社を含めて取り組んでいくことができるのではないかと思います。

最後の4つ目の項目につきましては、こちらも介護予防、そして重度化防止という表現を入れていただいているのですけれども、科学的介護の推進ということも同時にしっかりとこの中に入れていただけるとありがたいと思います。

また、認知症高齢者において独居ということを示していただいているのですけれども、独居対応は認知症高齢者のみならず全般的に大きな課題であろうかと思いますので、この辺りの文言についても何らか組み込んでいただければありがたいと思います。

以上、私から全体になります。

○松原座長代理 質を担保した上でいかに緩和を図っていくかということで、複合的サービスや施設の要件緩和、また、人材の処遇の他職種への処遇改善等々、具体的に現場からの重要な御意見をありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

大屋委員、お願いいたします。

○大屋構成員 大屋でございます。ありがとうございます。

3点ほど申し上げたいと思います。

1つ目は、6ページぐらいで中山間におけるサービス維持の話が扱われておりますけれども、鳥取県の例について御紹介をいただいたこともありますが、やはり介護医療だけではなくてほかの領域との連携も進めてトータルにパッケージとして考えていく必要があるだろうと思います。また、その際には、都道府県が中心となって音頭を取っていただくことがそういった連携を進めるためには欠かせないと思いますので、この点を強調しておくべきかと思いましたというのが一点です。

2点目は、19ページ辺りで事業者の連携や大規模化の話が出ております。これについては、前のほうにも出てきたことではありますが、大都市部と中山間地などの地域特性の違いを考えて進めていく必要があるだろうと思います。中山間地の場合には、要するにサービス対象である高齢者や要介護者の方々はかなりまばらにおられるわけですね。そのような状態で事業者を統合してサービス提供拠点を集約したとしても、サービスの提供効率は

上がらないと思われます。したがって、現状のように存在する対象の方々に近い場所に小規模なサービス提供拠点を置いていくということはほぼ必然的になる。その状態で効率化を進めるとすれば、これはバックオフィスの集約や統合・連携を進めることが主な選択肢となってくるだろう。大都市部の場合はそうではなくて、サービスを受ける側というのが周密に存在しているわけですから、これはもちろんバックオフィス連携でもいいけれども、例えばサービス拠点の統合や大規模化ということが非常に有力な選択肢となってくる。というわけで、ここについても地域特性との重ね合わせを考えるべきであるというのが2つ目の点になります。

3点目は全体に関わることですが、介護保険の保険者、市町村の体力がかなり落ちてきておりまして、特に中小町村については非常に厳しい状況になっているし、さらに厳しくなっていくだろうということが予測されているところであります。既に保険者について広域化しているところも多いとは聞き及んでおりますが、今後、さらに人手が減る小規模町村では、保険者としての機能自体が単独では維持できなくなるということも十分考えられますし、かなり追い込まれてから統合を考えると、保険料水準の問題が出てきて関係者の間の意見が一致しないという傾向が強まってまいります。したがって、事業の持続可能性という観点からはさらなる広域化を早い段階で検討するということが必要だと思われますので、これについてだけ述べておきたいと思います。

ありがとうございました。私からは以上です。

○松原座長代理 中山間地域と大都市地域ではバックオフィスの集約、サービス拠点の統合等のありかたも変わるだろうということ、介護保険者の広域化の問題等々、重要な御指摘をありがとうございました。では、次は笠木構成員、お願いいたします。

○笠木構成員 ありがとうございます。

取りまとめの内容との関係で、資料6ページの中山間・人口減少地域のサービス維持・確保について申し上げます。

まず、具体的内容に入る前に全体としてですけれども、これらの地域においては市町村の介護保険事業計画などを通じた既存の提供サービス体制整備の枠組みを十分に活用しつつ、当該地域におけるサービス提供が一定の時間的な継続性を持って維持されていくということを制度的にいかに関担保していくかということ、また、そのときにサービスの質をいかに維持していくかといったことが重要になってくるかと思います。そのための枠組みや工夫としてどういったものがあるかを考えていくということになるかと思いますが、具体的に何か御提案をするところまでは至らないのですけれども、3点ほど論点として検討の余地があると思われることについて敷衍して申し上げます。

まず一点としましては、現在、中山間・人口減少地域で行われている事業者のサービス提供が持続していくために、サービス提供事業者が直面し得る困難を軽減するような施設基準や報酬体系の在り方について検討する必要があるかと思います。一例として、こうした地域の訪問介護などのサービスでは、サービス提供を行う利用者宅の間で相互に

距離があり、利用者宅間の移動にかかる負担が特に小規模事業者にとっては大きいといった状況もあるかと思われますので、こうした問題について例えば介護報酬の中で一定の包括的な評価を組み込んでいくという対応も検討に値するのではないかと思います。介護保険全体の募集体系との関係の整合性や利用者の自己負担の公平性などにも十分に配慮する必要があるとは思いますが、検討の余地のある論点ではないかと思います。

2点目ですけれども、現存するサービス提供の維持という観点からになりますが、地域の中核的なサービス提供主体を特定して、制度上、その主体に特別な責任と位置づけを付与するという点についても検討の余地があるかと思っています。現在、社会福祉法上既に一定の特別な位置づけを付与されている社会福祉法人であるとか、社会福祉協議会といった主体が例えばその対象として考え得るかもしれませんが、こうした主体に対して一定の支援を行いつつ、具体的な時間的スパンを設定して、当該地域におけるサービス提供の継続を担保する役割を求めていくというスキームも検討の余地があるのではないかと考えます。

3点目ですけれども、最後に、人口減少が進んでまいりますと、様々な工夫をしてもサービス提供がどうしても維持できない地域というものも出てくる可能性があるかもしれないと思います。初回にも申し上げましたように、介護保険が法の予定する本来の機能を果たすためには、サービス提供体制が全国で整備されているということが前提となっています。介護保険法はあらゆる被保険者・要介護者のサービス利用が可能になるような供給体制の構築を国や地方公共団体に求めていると考えられる一方で、最終的に要介護者が受けられるサービスが不足してしまう、あるいは欠如してしまったという場合に誰かの責任を問えるような構造にはなっておらず、サービス提供の最終的な責任の所在が明らかでない面もございます。

今後、人口減少地域においてサービスの欠如が深刻な形で顕在化してきたという場合において、地方公共団体、具体的には市町村が自ら行うサービスの役割や責任について考える余地もあると考えております。これまでの介護保険法の考え方との整合性に十分に配慮する必要がありますけれども、現状の介護保険法と老人福祉法の役割分担とはまた全く異なる形で、介護保険制度の枠内で民間のサービス事業者と連携しつつ、自治体が自ら行う、あるいは強いイニシアチブを取る形での福祉サービスについて何らかの枠組みを用意しておく可能性が検討されてもよいと考えます。

先ほど大屋委員からの御発言にありましたけれども、市町村に役割を期待するといいますが、その市町村にどの程度の体力があるかという問題もあるわけですので、その点も考慮しますと、広域自治体やさらには国の役割といったところも当然検討する余地があると考えております。

以上です。

○松原座長代理 移動コストを包括的に評価する点や社福や社協への一定の支援の一方でサービス提供の継続の担保を求めること、市町村のサービス提供に対する責任等、貴重な

御意見をいただきました。ありがとうございました。

続きまして、津下構成員、お願いいたします。

○津下構成員　ありがとうございます。

まず、全体的にこの方向性について、総論的にはうまくまとめられていると思いますけれども、今、構成員からも御発言がありましたように、より具体的な中身がしっかりと書き込まれるとより良くなるのではないかと感じました。その点で、4の地域包括ケアと医療介護連携、介護予防・健康づくり等に関して発言させていただきたいと思います。

27ページにございますように、地域包括ケアシステムにおいては介護予防や健康づくり、介護が必要になった方々だけではなく、その前の段階、または地域に在住しながら介護予防に取り組むということが重要でありまして、幾つかの生駒市や大分県の事例のようにサービスCが非常に有効性が高いという御発言がございました。

一方では、参考資料の120ページを見ますと、サービスを実施している市町村割合の中でサービスCに取り組んでいる自治体というのはまだ半数に満たないという状況もあり、非常に熱心にやっている自治体と動けない、動いていない自治体の間の差が大きくなっているのではないかなと思っています。そういう点で、地域における介護予防の支援をどうしていくのか、また、サービスCを行う事業所を中心にフレイルへの対策を含めて地域資源も見える化をして確実にアクセスできる、例えば一体的実施で取り組んでいる高齢者の質問票でフレイルの疑いがある人についてはどのような事業が地域にあり、どのようにつなげていくのかということを明確にし、そして、アクセスの改善を図るということが重要ではないかなと思います。

通いの場にしても、様々な機能がある中でその人に合った通いの場にどうつないでいくのかということについては住民の自発的な活動だけでは難しいと思います。そうなりますと、保健師等の地域の専門職が今までのノウハウを活用しながら高齢者の健康づくりについて状況を把握し、確実につないでいく。そこにはかかりつけ医などの様々な関係者があるわけですが、そこにそういう情報を伝えていく、確実につないでいくということが重要ではないかなと思っています。

老健施設についても、施設内のことだけではなく地域に開かれたということが前回、東構成員から御発言がありましたけれども、地域の生活の中でどんなインフラがあって、集中的なサービスと地域における緩い支え合いとか、地域において民間サービスも含めてどう生活をしていくかというところが着地点だということを考え、医療機関、または老健施設、老人福祉施設等が地域の状況についても同時に把握していく仕組みが必要なのだろうと考えます。

2点目というか、それに関してなのですが、連携というキーワードが先ほどの厚生労働省の説明にも何度も出てきております。ただ、連携といいますと、どうしても自分の本業とどうつながるかみたいな形でうまく進んでいかない地域の自治体もあるように思っております。連携をすることの目的やその具体的な内容、そして、どのように情報交換

していくか、役割分担などということについても、スケジュール管理も含めてきちんと連携の体制を取り、担当者が変わったら崩れてしまったということのないような連携の仕組みを構築していく。そして、その中に市町村だけではなく、さらに広域的な観点の連携という点でいけば、都道府県の役割が非常に大きいのではないかなとも思いますので、その連携の仕組みを構築する、そしてそれを見える化する、そして公表するということが重要ではないかと思っています。

取組の好事例は多くの場で発表しますから、随分プレゼンテーションが洗練化され、また、連携の体制がより具体的になっていくというケースがあると思います。公表することで情報を整理するということにつながるのではないかなとも思いますので、その点の促しをお願いしたいと思っております。

最後に、今回は住まいに関する情報や住宅の流動性に関することがあまり踏み込まれていないようにも思いました。今、高齢者の住宅環境は随分変わってきておりますし、独居の不安などで転居したり、流動的になっております。そのような状況を踏まえたニーズ予測をしないと、現状から予測してサービスを構築してしまうと過剰になったり足りないということがあります。

例えば保育園では、ビルを建てるときに都市部では保育園を併設するとか、そういう保育環境についても配慮することがポイントになっているとか、得点になっているということがありますが、これからのまちづくりに対して高齢者に配慮した環境をつくる、またはそういうサービスを提供できる体制をつくるということをポイントとするというか、ある意味必要な地域では義務づけていくなどの方策が必要ではないかなと感じました。

以上です。

○松原座長代理 連携の仕組みの構築化、地域資源を見える化して公表して情報を共有する必要性、また、最後に住まいに関する方策について御指摘いただきました。ありがとうございました。

続きまして、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。御説明いただき、ありがとうございました。

私も検討の方向性等の案の全体的な方針については賛成する立場から、より具体的な検討が必要と思われます中核的介護人材の位置づけとその対応について意見を述べさせていただきます。

多様な介護人材の参入の実現には、介護サービスの機能分化を図る業務分析やICT等を効果的に活用した生産性向上の取組が重要であるということはこれまでの議論の中で十分共有されていることだと思っています。

また、その中で無資格者でも安心して仕事ができるための介護スキルの教育も欠かすことができません。介護現場においてこうした活動を役割として誰がどのように担っているかと考えますと、そこには介護職が実務に従事しながらマネジメント的役割も担って、中核的な介護人材がこうした役割を担っているという存在があると思っています。具体的に

は、介護福祉士、有資格者の存在です。施設ではユニットリーダーや主任などと呼ばれる方々がこうした役割を多く担っていると考えますけれども、介護職はチーム活動を基盤にした組織集団ですので、ユニットケアをはじめ、小規模でのケアを展開していくサービス提供体制においては、チーム活動の縮小化に伴うリーダーの数というのはこれからどうしても必要になるというのがサービス提供体制の維持においても欠かすことができない観点だと思っています。

この介護人材のチーム単位での活動をどのように支えていくかという観点で私が非常に重要だと感じていることは、資格取得後に研修をうまく活用している介護福祉士たちの存在です。これは厚生労働省の老健事業で各リーダー的役割を切り出したり、キャリア開発をどのように行っているかといったキャリアモデルに関係する調査研究事業の報告書の中で数多く取り上げられている内容でもあります。具体的にはここでは報告書の名称等を挙げることはありませんけれども、かなりの複数のことを重ねてやっている中で山脈型モデルというものもつくられているというところが一つの今の流れでもあると思っています。

この中で、日本は介護サービス提供体制の発展とともにかなりの研修が生み出されているということは非常に注目するべきで、それをより有効に活用するという観点を強化していくということをこの検討会の議論の内容等ものせて、サービス提供体制をより安定的に推進できる環境が整うことを期待したいと考えています。

その中で私が課題感と思っていることは、例えばユニットリーダー研修や認知症実践者研修、リーダー研修のように法定研修のような位置づけは、職場から義務的に行ってきてくださいという受講のしやすさと、そこで取り組む内容をどのように自職場に反映させるかという職場の理解が得やすいというところが非常に利点としてあると思うのですが、例えば私は昨日、日本介護福祉士会の生涯研修体系の一つであるファーストステップ研修の講師養成研修を担当してきました。この職能団体が行うファーストステップ研修というのは皆さん御存じでしょうか。これはケア領域に加え、連携領域や運営管理基礎領域というまさに生産性向上に対応したような研修にもなっているのですが、あくまで職能団体の生涯研修という位置づけでつくられているものですので、受講者の多くは職場から送り出してもらおうというよりも、休日を取って自分で受講するという方が多いです。これはキャリアアップに有効に活用されながらも、なかなかその学びを現場の中では理解が得られずに、その取組を推進しにくいという課題が出ていることも声として聞いております。

こうした研修との関係を、より介護士のキャリアアップと、それからこうした取組が一つの離職防止にもつながるリーダー的役割のロールモデルにもなっているという考え方の中から、より中核的介護人材の育成と研修活用を見えていくことが重要だと思っています。

また、最後になりますけれども、ICT等への対応については、今、私は研修というお話で出しましたが、介護福祉士養成施設等の養成機関でもその必要性は非常に高まっております、その導入や取組に対する課題をどのように整理していくかというところには

非常に学会や介護福祉士養成施設協会の活動の中でも注目されているところだと理解しています。こうした今後の取組に対する後押しにもぜひつながるような検討が進むことを期待したいと思っています。

発言は以上です。

○松原座長代理 中核的介護人材の育成や研修、そして位置づけについて、貴重な御意見をありがとうございました。

続きまして、藤原構成員、お願いいたします。

○藤原構成員 藤原でございます。よろしくお願いいたします。

人口減少の部分と介護人材確保について意見を申し上げます。人口減少・サービス需要の変化に関しましては、6ページにもありましたように、高知県のあったかふれあいセンターの取組の紹介がありました。地域住民に対して相談機能をはじめとした分野横断的なよりどころとして、また、より身近な場にある小規模多機能支援拠点としての役割を御説明いただきました。

今後、社会においては人口規模を問わずこうした分野横断的な体制の構築がより一層重要になるのではないかと考えます。高齢者の場合には特に距離的にも近い範囲での拠点の整備も重要であり、高知県の資料ではサテライトということも示されていました。例えば看護小規模多機能型居宅介護では、地域密着型のサービスとして日頃からサービスを通して地域との関わりが深い強みを生かし、市町村と連携して地域で暮らし続ける上での多様な困り事への相談対応や住民同士の支え合いの醸成に取り組む事業所があります。こういった地域密着型のサービスを活用するのも御検討いただけたらと思います。市町村を中心として、高齢者に限らず分野横断的な拠点づくりを地域特性・事業所特性を踏まえて推進することが重要であると思います。

また、鳥取県さんからの移動に関して、地方では移動に関することが極めて大きな課題ということの説明がありました。中山間・人口減少地域の介護事業所の移動に関する課題解決を図って、利用者へのサービス提供を確保するための方策も検討が必要だと考えております。

2番目の介護人材確保・定着、テクノロジーの部分に関しましては、介護の人材確保が大きな課題となっております、医療と介護の両方のニーズを併せ持つ高齢者の増加に応える体制の確保、そして、人生の最期まで本人、家族の暮らしの場を支えるために、介護職員に加えて看護職員の確保も今後一層重要となります。若い世代に施設、また、在宅で働くことを選んでいただけるよう、その方を支え、その暮らし、生きることを支えるという魅力を伝えていくことも今後重要と考えます。

看護師確保についてですけれども、以前、私も発言させていただいたのですけれども、都道府県ナースセンターが地域の状況も把握した上で無料職業紹介を行っていることを発表させていただいております。14ページにハローワーク、福祉人材センターによる無料職業紹介とあるのですが、介護職だけでなく、施設・在宅では看護師等も含めた介護に従事

する人材の確保が必要かと考えられますので、ナースセンター、福祉人材センター、ハローワークとしていただきたいと思います。

有料職業紹介は手数料が発生し、事業所の経営に大きな影響があります。各事業所の経営状況は非常に厳しいものがありますので、無料職業紹介の推進を図る必要がありますので、よろしくお願いいたします。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○松原座長代理 分野横断的な拠点づくりの重要性や、介護のみではなく看護職員の確保について、貴重な御意見をありがとうございました。

オンラインが続いております。フロアからはいかがですか。

香取構成員、よろしくお願いいたします。

○香取構成員 大変すばらしい方向性のまとめを作っていただきまして、非常にありがとうございます。

私におきましては、人材確保の件に関しまして意見を少し述べさせていただければと思います。介護人材は今後は増えない、むしろ減っていく可能性があるという中で、どうやってさらに介護サービスを提供していかなければいけないのかといった観点が必要であって、それでは、それはどのようにやっていくのかということが論点として必要ではなかろうかと考えるところでございます。

これに当たって、介護人材の確保におきましては、もう既に介護の人材の資源があって、その人的資源を前提に、その方々に効率的にサービスを就労していただくという観点が必要であると考えます。

こういったところはタスクシフトに対して人材のシェアという考え方で示されているところです。一人の人材に対して幅広く多くのタスクを担ってもらう、人材をシェアするという考え方が必要であるというところでございます。イメージを御説明しますと、複数の事業所が一人の人材をシェアしていくということが必要であって、これを前提とする制度整備というものが必要ではないかということでございます。お一人働きたいなと思っていらっしゃる方はいらっしゃる、場合によっては一法人の中で各種の事業所の中で多くの仕事を担ってくださるような形もあるやもしれません。場合によっては法人さんが違う中で、一つの業務に対しまして発生するたびにそこで働きたいなというお考えの方も人材としておられるのではないかと。そういった人材がいらっしゃるのではないかと。こういった人材のシェアというものに関しましては、今、AIの力を借りましてみんなでシェアリングしましょうというものは、介護の業界以外では非常に多く出現してきて、働く方々の気持ちを捉えて多くの方が就労するような流れができていると認識しているところでございます。

このためにはどうすればいいのかというお話なのですが、少し技術的な話も含めてちょっとイメージしていきますと、既にいる人材がいつ、どこで、どれだけ働きたいのか、何を働きたいのか、これを一人一人について把握します。その把握された情報に基づいて業務のタスクのデータを持っています。そこでAIで組合せをしていくわけです。そ

うしますと、御本人がお好きなお仕事があてがわれていって、私はそこで働きたいわ、ぼちっという形で押していただいて、そのお仕事の就労に向かっていく。イメージ的にはそのような感じです。既に雇用されている同一法人内でタスクシフトで分離された業務を一人が引き受けていくことは日常的に行われています。また、技術の発展にともなって、複数の法人にまたがって、一人の人材が分離されたタスクを行うということが考えられます。

こういったことに関しては技術が大変進んでいくことが予測されていますし、現にアプリサービスとして提供されている、他の業界ではそれを活用されているという背景から、制度整備としまして一人の人材を多くの皆様方でシェアしていくといったことを可能とするような制度整備というものは一つ必要なのではなかろうか、このような形で御提案をさせていただきます。

以上でございます。

○松原座長代理 人材をシェアする制度づくりという現場ならではのアイデアをありがとうございました。

ほかにフロアからありますか。

池端構成員、お願いいたします。

○池端構成員 ありがとうございます。池端です。

何点かお話ししたいところがありますけれども、まず、今、香取委員がおっしゃった点については私もすごく賛成で、ここまで来るとかなり大胆な発想をしないと、今の制度の延長上で求めても難しいと思うので、本当に他の業界ではクリック一つすることによって1時間のバイト等々があって、場合によって法人内のアルバイトということも通って行って、それを上手に組み合わせるのがAIだということで、それは非常に働き手にとってもすごく合っている働き方だということで非常に伸びていると私も聞いていますし、ただ、そのときに恐らく一方で反対が出るのは、基準緩和はいいけれどもその質の担保をどうするのだという問題があると思うので、ここは徹底的に見える化をするということではないかと思います。それは徹底的に利用者、あるいは利用者の家族等にアンケート調査をして、質問してどう感じているかどうかとか、いろいろなところで見える化の方法がまだまだ足りないことがある。それを本当にどんどん出していくということが必要ではないかということで、それを担保した上でそういうことが必要ではないかと思っています。

これは医療界でもそう言いたいと私はすごく思っていて、例えば医療界でも慢性期の病院などは幾つかの病院では当直1人で1時間以内に行ければそれでいいのではないかという意見も出ているぐらいなので、そういう少し思い切った発想が必要ではないかということが一点です。

それから、先ほど斉藤委員もおっしゃったように、私は大規模化というのは非常に大事だけれども、ただ大規模化すればいいわけではないけれども、一方で地方では本当に小規模のサービス提供者がどんどん辞めていっているのですね。非常にもったいない話で、せっかく一定の利用者様もいて、ある程度の人材を確保してやっているのだけれども、そこ

をくっつけるような、医療の世界で言えば連携推進法人等のようなものがあるといいのですけれども、今、一方でM&Aの会社がどんどん出ていて、医療界では本当にそういうダイレクトメールが毎日のように送られてくるのですけれども、非常に玉石混交で、ある場合には本当にM&Aをすることによって利益を出して、あとは知らないよというところもあるので、これは人材派遣会社もそうですけれども、その辺の質の担保をいかに図るかということも、公的機関がしっかりそこを担保しなければなかなかこの大規模化というのは進まないのではないかと思いますので、これは国の立場でやっていただきたいなということ 생각합니다。

それから、私の本音は医療と介護の連携の話をしたかったのですけれども、医療と介護の連携に関しては、前回もお話しさせていただきましたけれども、新たな地域医療構想の中で医療機能というのを病棟の高度急性期、急性期、包括期、慢性期だけではなくて病院そのものがどういう機能を持つかを報告することになっています。その中で、地域包括ケアを支える機能としては、将来だんだん高齢者医療をどこが見るかということに絞られてきていて、地域包括ケア、病床、あるいは地域包括医療病棟等を中心とした在宅を支える医療機能を持っているところが地域包括を支えるということが分かってきていて、となると、ここをある程度データを集めて、それを見える化しているのが都道府県なので、介護保険は基本的に市町村単位だと思いますけれども、都道府県と市町村のより連携というか、一緒に考えるということが非常に必要になってくるのではないかと。だから、ここは都道府県の立場でもそれは市町村ですよと言わずに、そういうことを一緒に考える時代が来ているのではないかと。

そういう意味で、私はもう医療・介護は連携から統合の時代だと思っています。連携というのは医療が終わったからあとは介護でよろしくとバトンを渡せば介護でやってくれるというのではなくて、85歳以上の医療も介護も同時にニーズを持っている高齢者がこれからどんどん増えていくわけですので、真ん中に利用者を置いて、医療と介護、あるいは都道府県と市町村が一緒になってその方を支えるためにどういうサービスをつくったらいいか、どういう規制を外したらいいかということを考える時代ではないかと思うので、連携から統合の時代が来ているのではないかということを感じています。

それから、在宅を支えるために、あるいは施設を支えるために必要なのがその中間施設ということになると思いますが、これは東先生もいつもおっしゃっているように老人保健施設です。急性期から在宅、あるいは施設に行くまでの間に老人保健施設もありますよ、あるいは病院の中でも先ほど言った地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を持っている、あるいは一部の療養病床機能を持っているところ等が間に入ってそこをつないでいくことになると思いますけれども、そこでキーパーソンになるのがやはりケアマネージャーとかかりつけ医だと思うのですけれども、先ほど斉藤構成員がおっしゃったように、特にケアマネージャーも物すごく今疲弊して、燃え尽きている。それはなぜかということ、処遇があまりにも介護福祉士と比べても満たされていないということに対して、本当に成り手がい

ないのですね。だから、そこは古くて新しいテーマと言われるかもしれませんが、医療と介護連携を進める上でもケアマネさんの再評価ということはぜひ必要ではないかということを感じております。ぜひその辺も御検討いただいて、少し具体的な話も織り込んでできるといいかなと思います。むしろ反対意見もあると思うので、ここはぜひこの場で議論させていただけるといいかなと思います。

それからもう一点だけ、長くなりまして申し訳ないのですが、ICTに関しては私も本当に非常に重要だと思いますけれども、まだまだICTに対して受け手が教育を受けていない。これからは介護福祉士の研修会の中にもICTを研修する、ICTを使うとこういう良いことができるよ、これだけ効率化できるよということをする研修もやっていかないと、お題目だけ言ってもなかなかそれを受け手が受けられないというところもあるので、そういうことも必要ではないかということを感じています。

以上、雑駁な意見になりましたけれども、思いついたことをお話しさせていただきました。ありがとうございます。

○松原座長代理 ありがとうございます。

人材のシェアと見える化の方策、M&Aや人材派遣会社の質の担保は国の立場でやっていただきたいこと、医療と介護の連携、またはさらにその統合に対して都道府県と市町村でデータを共有して応援する仕組みづくりや、ケアマネジャーの再評価、ICT等々、多様な貴重な御意見をいただきました。ありがとうございました。

では、またオンラインのほうに戻りたいと思います。お待たせいたしました、中村構成員、お願いいたします。

○中村構成員 中村でございます。

私も基本的にはこの方向性で十分きれいにまとめていただいていると思っております。

私からは3点お話ししたいと思います。

特に私は3番目の経営の支援というところで、16ページから19ページにかけてのところでございます。まず、私は経営者の意識、特に将来展望というものがすごく大事だというお話をしていたと思うのですが、それだけではなくて、当然経営者の意識を背景にした外部支援というものが極めて重要であると。特に生産性向上を中心に雇用管理、経営支援を合わせて一体的な外部支援が必要なわけですが、そのためには資金の問題といいますか、基金の活用などを含めて財政支援といったものが需要ではないかと考えております。これによっては地域単位でどこが中心になるかということはあると思うのですが、ネットワークをつくって支援をしていくということが必要かと思っております。

それから、2番目は法人格の違いによる施策のバリエーションということをお話ししたいと思います。株式会社、NPO、社会福祉法人で特に社会福祉法人の場合は、いろいろな形で守られている部分もある反面、いろいろな規制も多いということで、例えば社会福祉事業と公益事業のお金のやり取りが多少窮屈なところがあって、同じ法人の中なのにお金を自由に使えないという、収益事業はまた別だと思うのですが、社会福祉事業と公益事業に

関してはもう少し資金のやり取りを緩和するような施策があってもいいのではないかなと思っています。

最後に、ちょっと話があれになるかもしれませんが、今回は介護中心という話で話が進んでいるのですが、今は必ずしも介護だけをやっている法人というのが多いわけではなくて、障害や子供といった福祉全般の分野についてもいろいろ活動している法人が多いわけで、そういう意味では経営支援というのは福祉全体の課題だと考えております。ですから、例えばWAMによる資金融資の強化とか、あるいは法人間連携の強化ということに対しても、もちろん介護というのが軸にあるとしても、障害や保育といった分野も全て含めて取り組んでいくことではないかなと思っています。

私のほうは以上でございます。

○松原座長代理 経営支援に関する非常に分かりやすい御意見をありがとうございました。

続きまして、松田構成員、お願いいたします。

○松田構成員 松田でございます。

連携に関してなのですが、今の介護報酬・診療報酬で医療・介護の連携に関してはたくさん点数が設定されています。ただ、実際はそれがあまり算定されていない。恐らくその算定されない理由のところは連携をしにくくしているいろいろな原因があるのだと思います。そういうものを少し明らかにしたいということで、私は少し調べた経験があるので、その算定の要件がかなり複雑であると。しかもその算定の要件が個々の類似しているいろいろな連携の要件の中でもかなり異なっている。そういうものを整理していただいて、限られた人材で連携がしやすくなるような体系に診療報酬・介護報酬も変えていくということが必要だろうと思います。

具体的には、例えばいろいろな連携をする対象となっている算定項目において同じようにADLを評価するものにしても、ADLの評価の基準が違うわけですね。そういうものは連携を難しくしていると思います。

あと、ICTの活用に関してはあまり難しく考える必要はないのかなと思っています。例えば愛媛県のHITO病院などは既存のITのツールを使って非常に効率的にやっているところがありますので、そういうところを参考にしながら、少し厚労省のほうで考えていただけたらいいのではないかなと思います。

以上です。

○松原座長代理 ADLの基準が違うなどの算定要件が複雑という厚労省側に検討いただきたいという点と、既存のIT活用施設などを参考に考えていただきたいという大変貴重な御意見をありがとうございました。

東構成員、お願いいたします。

○東構成員 東でございます。3点申し上げます。

まず、資料1のテーマ、人口減少についてでございますが、6ページに中山間・人口減少地域における柔軟な対応というものが検討の方向性で示されております。その2つ目の

ポツに「地域の介護事業所が様々なサービスを効果的・効率的に提供できるための方策」とございます。この点について、中山間・人口減少地域におきましても、特養や老健施設については比較的多く配置されておりますが、訪問介護や訪問看護等のサービスは少なく、不足しているというところも多いと思われます。

現状、私ども老健施設では、訪問リハビリのサービス提供がみなし、みなしとはつまり人員、設備基準等が老健施設の基準を満たしていればサービスの提供が可能という制度でございますが、訪問リハビリのみでございます。訪問介護や訪問看護は制度上みなしではサービス提供ができないようになっております。中山間・人口減少地域におきましては、例えば特養からみなしで訪問介護を行う、老健施設からみなしで訪問看護のサービスが提供できるようにするというふうにすれば、今ある社会資源を有効活用するという観点からも非常に有効であり、不足するサービスを補完することができるのではないかと考えます。

次に、2番目、介護人材について申し上げます。13ページに検討の方向性が示されております。その中で2つ目の丸に書いてございますが、中でも私はテクノロジー導入とタスクシフトが重要だと考えております。そのことについて少し意見を申し上げます。

まず1つ目ですが、タスクシフトにつきまして、先日2月25日、総理官邸におきまして生産性向上等に関する車座の意見交換会がございました。その場におきまして、タスクシフト、いわゆる介護助手を横展開するために必要なこととして提案したものを3点御紹介申し上げます。

一点が、元気高齢者の活用に着目すること。元気高齢者については様々な産業で必要とされているわけですが、介護現場への元気高齢者の参入というのは元気高齢者が日常生活で行っている生活そのものを周辺業務にやっていただくわけですから、ハードルが低いと思われます。これらのことを元気高齢者にどう周知していくか。

2点目が、介護現場における意識改革の必要性。タスクシフトというものはあらゆる職種でまずは抵抗感が生まれます。しかし、その意識改革が必要で、介護業務を身体業務、それから周辺業務にちゃんと切り分けてタスクシフトを進めることが必要。

3番目が、介護助手の人件費負担の問題です。介護助手も必要数を導入しますと当然人件費もございますので、今後、介護助手を導入したことによる報酬上の評価等があれば、この問題も解決するのではないかと提案をさせていただきました。

2つ目でございます。介護テクノロジー、介護ロボット、ICTのことについて申し上げます。まず、地域医療介護総合確保基金におきましては、介護テクノロジー導入支援事業がメニュー化されています。その補助率は、一定の要件を満たせば4分の3以上、それ以外は2分の1となっています。介護現場でICT機器等の導入を得ようとししますと、Wi-Fi等の環境整備や複数の機器の導入コストで数千万円の費用がかかることになります。そのときに基金の補助率が2分の1とか3分の4、三重県では5分の4になっておりますが、それでは介護現場側の負担が多過ぎます。

一方、介護テクノロジーを導入する際の基金の支援事業の中には、補助率が10分の10と

なっているメニューもございます。例えば介護施設等の大規模修繕の際に合わせて行う介護ロボット、ICTの導入支援事業という名目のものは、介護ロボット、ICT導入に10分の10、税込みでの補助となっております。国で今後、介護DXを強力に推し進めるのであれば、介護テクノロジーを支援する補助率を一律に10分の10にさせていただきたいと考えます。これぐらいしなければ介護DXは進みません。

私が提出した資料を少し御説明いたします。資料3を御覧ください。これは、私ども全老健の事務局で各自治体に聞き取りを行いました、令和6年4月時点のものを取りまとめたものでございます。最終的な実態とは異なりますが、御覧いただけますように5億円以上を計上した県は8都道府県にすぎず、5000万円以下も5都道府県あることが分かります。

2枚目を御覧ください。仮にこの額を各都道府県の老健施設で分けた場合の一施設当たりの予算額を示しました。1000万円を超えているところは3都道府県にすぎません。

3枚目、令和7年2月に公表されました、令和6年度の介護分の内示額をお示ししております。これは国の資料です。

4枚目を開けてください。この内示額をグラフにしたものでございます。突出しておりますのは、東京都については介護分の全てを介護従事者分に充てていること、一方、大阪府においては従事者分はゼロであること、人材が極端に不足している今、施設の整備に基金のお金を使うのではなく、従事者対策に使うべきだと思います。

繰り返しになりますが、国で本格的に介護DXを進めたいのであれば、基金における介護ロボット、ICT導入支援にもっと配分を広げるべきですし、国を挙げて進める事業であれば、各都道府県でこのような差がないように財源を確保すべきと考えます。そういう意味では、この介護DXのメニューを都道府県に任せるのではなく、国で一括して配分する仕組みを考えると、補助率10分の10など、抜本的な思い切った施策を進めるべきと考えます。

最後に、資料1のテーマ4、介護予防について少しお話をいたします。25ページの上から5つ目にフレイルの問題が出ております。今後、我が国においてはこのフレイル対策というのが非常に重要と考えますが、フレイル対策については医療専門職の評価の下、どこで介入していくかが非常に重要です。特にフレイルの場合は医療専門職の介入が有効と思われております。老健施設は各地域に配置されており、医療専門職がバランス良く配置されておりますので、そこでプレフレイル・フレイルの介入を行うことは大変効果的だと考えています。

課題としては、総合事業で受け入れる場合、費用対効果が厳しいということです。老健施設に義務づけをするのであれば、その費用も併せて検討していただきたいと思います。

また、最終的な課題はプレフレイル・フレイルをどのように見つけ出すかということですが、このことに関しては、東京都が行っておりますフレイルサポートドクター・フレイルサポートナースを活用した取組が参考になると考えます。

以上です。

○松原座長代理 東構成員、ありがとうございました。

質を担保しながらみなしで見ていく必要性やタスクシフト、介護DX、都道府県の格差、そしてフレイル対策の効果やそれへの取組、老健の役割などについて貴重な御意見をいただきました。ありがとうございました。

続きまして、江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員　ありがとうございます。

中山間地域や人口の多い大都市部、一般市等、全て共通ですけれども、今後の人口推計や地域住民の介護サービスの利用状況を踏まえた将来の介護事業に対して時系列的にマッチした提供体制、あるいは人材体制を構築していくことがあくまでも理想的であります。とはいえ、これは大変難しいことであります。

また、人材推計、介護人材等の推計も併せて、今後、介護需要が減るのであれば、必要な人材も当然減ってまいりますので、そういったところも踏まえながら、人材推計というの併せて見える化していく必要があるのではないかなと思います。

現在、介護サービスの類型には居宅介護サービス、施設サービス、地域密着型サービス、指定権者がそれぞれ都道府県や市町村と異なるわけですが、どこかでそういった枠を取り払えるものがあれば取り払って、融合、あるいは集約を図って、地域で総力を挙げて抜本的に見直していく必要があるのではないかなと思っています。特に施設系の箱物以外においては大変重要な視点ではないかなと思っています。

また、人口過疎地域であれば、隣同士の市町村、保険者が合併したような仕組みが考えられないのかどうか。いろいろなこれまでの発想にないことを考えていかざるを得ないのではないかなと思っています。

また、施設系の箱物ですが、既存の社会資源は有効活用するべきでありますから、もし人口減少・介護需要の低下に伴って施設に空きスペースができてくるのであれば、地域のニーズに応じて住まい、あるいは在宅サービスの提供拠点、あるいは介護予防拠点など、いろいろな有効活用ができるように施設基準のハード・ソフトを含めた大胆な緩和策というのも考えていく必要もあろうかと思っています。

また、例えば施設基準で配置する人を減らすとか、あるいは兼務を推進するとか、あるいはタスクシフト・シェアを推進するのであれば、特にタスクシェアはされる側を含めた現場職員の負担を十分に考慮していく必要があると思います。

いずれにせよいろいろな選択肢が必要で、集約的にケアを提供する場というのは必要性が高まりますので、ということは、住まい政策とは密接に連携していく必要があろうかと思っています。

また、中山間地域や人口減少地域において、なかなか人材に余裕のある施設はほぼないわけですが、仮に全国の中で地ならしということを考えていくのであれば、そういった人口の過疎地域に介護職のみならず、いろいろな事務職もありますので、いろいろそういった介護従事者を派遣して、そして、その派遣した職員には基金等で十分な手当てをしていくとか、あるいはそういった潜在介護職も含めたマッチング機能みたいなものを

立ち上げていくことも方策ではないかと思っています。

また、医療との連携は、新たな地域医療構想で議題に応じて市町村の行政担当者、あるいは介護の関係者が地域医療構想調整会議に参画していく方向になりますので、それに呼応するように市町村に協議の場、特に障害福祉サービスも含めた介護構想を常日頃から協議する場というものを市町村内に持っておく必要があろうかと思っていますので、しっかりとそういった協議の場を持ちながら、医療との連携をどう図っていくのか。特にこれから85歳以上の医療と介護の複合的ニーズを持つ方が増えてきますので、そういった方の受け皿をどうしていくのか、あるいは余った介護施設に医療というものを付加してサービスを提供して支えていくことが可能なかどうか、医療も含めた抜本的な大きな見直しを考えていかなないと立ち行かないのかなと思っています。

また、介護予防ですけれども、現在の介護予防はおおむね2次予防、3次予防というところだと思うのですが、まずはやはり1次予防、要介護にならないようないわゆる若い世代からの生活習慣病の管理などをやっていかないと、なかなか結果は出ないのかなと。介護予防はやはり検証すべきだと思いますけれども、要介護認定の原因の上位は脳血管疾患、あるいは高齢者の虚弱フレイル、あるいは認知症でございますから、その中には生活習慣病の管理に由来するものは多々ありますので、そういったことを含めて介護予防についてはいま一度1次予防から十分に考えていかないと難しいのではないかなと思います。

また、以前も申し上げたとおり、総合事業のうちの介護予防・生活支援サービス事業、いわゆるABCやABCDというものですけれども、ここはデータベースを作るなどして見える化をしていくことが重要で、そういったところでどういった方がどういうサービス介入を受けてどういう結果になっているのかというのは検証していく必要があろうかと思っています。

また、通いの場については専門職の関与が以前から言われておりますが、なかなか派遣するのが難しい状況にもなっておりますので、医療機関や老健、特養などの施設で通いの場を開催するとか、一年のうちの何回かはそういった施設を活用するといったことも方策になるのではないかなと思います。

一番重要なのは、もう一つは通いの場に来る方は比較のお元気な方が多いので、一番ハイリスクな閉じ籠もりがちな人へのアウトリーチをどうするのか。現在、我が国はかかりつけ医やケアマネージャーなどが身近にかなりいるので、結構多くの自治体で認知症初期集中支援チームの介入する件数がかなり減少してきています。したがって、ああいう今の一定のルールに基づいた訪問ではなくて、単発的に介入をしていく、サポートしていくようなところで、また、認知症に限らずいろいろな閉じ籠もりの方なども含めたアウトリーチの方法で、認知症初期集中支援チームはせっかく全国各地域でチームがたくさんできていますから、それをどのように有効活用していくのかという点は重要であるので、今、アウトリーチをやっているわけですが、そういったことを閉じ籠もりの高齢者とか、もちろん障害者も含めてそういった方へ、しかも今の様な型にはまったルールではなく

て単発的でもいいし、サポート支援チームみたいなイメージで介入していくということは検討する余地があるかなと思っております。

最後に、やはり行き着くところは、しっかりと財源がないと今日書いてあることも何も実現しないのではないかなと思っております。物価高騰、あるいは賃上げに応じた報酬体系をどう考えていくのか、それから、現在は介護事業者の4～5割が赤字とも言われる異常事態で、これでは長続きしないので、こういった状態が続くと必ず事業者は倒れていきます。しかも、介護事業所というのはほぼほぼ報酬の多くが人件費に消費されており、高額な機器等もございませんので、必要経費も少なく、人件費という従業者を支える部分、が大半であり、特に近年、医療もそうですけれども、介護職のみならず事務職員が大幅に賃金が引き離されていて、もう立ち行かない状況になっています。

そういった意味でしっかりと今後の財源確保をして、今日のいわゆる検討の方向性をどう実現していくのかというのは非常に重要な視点だと思いますし、赤字の事業所には一般的には就職したいと思う人も当然いらっしゃらないし、賃上げも厳しいだろうと容易に想像がつかますので、しっかりとその辺りも含めて健全経営の担保、しっかりとした処遇改善といったものに対する財源の確保というのは非常に重要だと思っております。

以上でございます。

○松原座長代理 既存の箱物を活用して空きスペースを活用するための施設基準の緩和とか、医療を含めた人材に関する抜本的な取組、介護への取組の在り方、最後に財源確保の話について、貴重なお話をありがとうございました。

ほかに御意見、御質問等のある委員は。

大山構成員、お願いいたします。

○大山構成員 大山でございます。

それでは、お話をさせていただきたいと思います。

まず、離島・中山間地域・人口減少地域において顕在化している問題点とその対策に対して、敷衍して3点ほど申し上げたいと思っております。

まず1点目ですが、行政の介入による介護サービス量の調整をしていただきたいということです。地域の要介護・要支援高齢者に対する介護サービスの需要量と供給量はピークとピークアウトの時期を踏まえて、国・都道府県及び当該地域の行政によって調整をさせていただかないことには成り立たないと思っております。参入と撤退を事業者の自由に任せていては、サービス過剰の地域とサービスの空白地帯が生じてしまうのではないかと思っております。サービスの空白地帯が生じるおそれのある地域を指定して、その域内では通常の法規制とは異なる特例措置を設けてほしい。すなわち過剰なサービス種別に対しては参入規制の徹底、そして、不足するサービスには配置基準上の緩和と介護報酬上の特例を講じることで、必要な介護人材及び介護施設等を全国的に過不足なく効率的に配置できるのではないかと思っております。

人材確保対策でございますが、専門職の確保について、離島・中山間地域においては絶

対数の少ない専門職の確保は一層困難になっております。全国的に困難でございますが、特に離島・中山間においては現実的に厳しい問題にさらされています。

特に3種類の職種を申し上げます。1つ目、ケアマネです。全国の居宅介護支援等の従事者は、平成29年度から令和4年度までの5年間で9,153名、6.8%が減少しております。ある離島の事例ですけれども、75歳の施設ケアマネが退職をしたくてもできないと。仮に退職したら、その法人の居宅介護支援事業所を閉鎖して特養への配置を優先するか、島内に唯一ある地域包括支援センターと統合するしかないため、辞めるに辞められないという現実がもう目の前にあるということでございます。

次に、看護職員でございます。看護職員の確保が厳しいという声が寄せられておりますが、特に看護職員の員数が基準を満たさないというところで、介護報酬の3割減算で運営しているという離島の特養も現実にあるということです。

次に管理栄養士ですが、栄養マネジメント強化加算は、入所者の数に応じて管理栄養士の加配が求められておりますけれども、人材確保が困難との声が寄せられており、実際加算の取得が大きく伸びていないという現実がございます。

以上の3種類の専門職がございますけれども、地域に絶対数の少ない専門職について、一定の条件の下で常勤専従要件を緩和してオンラインやオンコールを中心とする関与を認めるなど、先ほどもお話が出ておりましたが、人材のシェアによるサービスの質の維持・確保が必要ではないかと思っております。

また、介護保険制度の基準該当サービスや離島等相当サービスについて、施設サービスにも適用することも検討の余地があるのではないかと思います。

次に、夜勤職員でございますが、介護現場における夜勤は大変厳しい労働環境と言われている要素の一つです。この大きく変化しております夜勤業務について、ICTの導入施設は勤務内容もかなり変わってきたと。本検討会の第3回の社会福祉法人友愛十字会の鈴木さんが発表しておりました内容の中で、起床介助の概念が変容した、大きな効果があったという報告がありました。介護DXのもたらす業務オペレーションの変化によって、介護の職場環境を魅力あるものに転換する、そして、さらなる機器の導入促進が必要であるということです。そのためにも、現在認められている見守り機器の設置や情報通信機器を使用することによる夜間の人員配置基準について、報酬単価を維持した上で一層の緩和が必要であるということでございます。

こういう職種の不足等によるもの、それからICT導入によるもの、それらは今の基準では合わなくなってきたこともあり、この基準を緩和するかどうするかという介護報酬上の基準の見直しをしていかなければ対応が難しい地域があるのではないかと思います。

最後ですが、施設整備について申し上げます。建物についても時間軸や地域軸を見据えて、需要の変化に合わせて地域単位で計画的にダウンサイジングしていくことが必要かと思えます。先ほども中村先生がおっしゃっておりましたが、重度化などの利用者の状態変化に合わせて機能を柔軟に変化させることができれば、その対応力が上がるかもし

れません。

しかし、建てる際に補助金を受けた場合、事業を廃止するときは残存年数に応じて補助金を返還しなければならないという制度になっております。この負担は既存ストックを最大限活用したサービス基盤の確保対策へのネックになるかもしれませんので、現在の補助金適正化法による財産処分によれば、補助対象となった事業は10年間経過しないと転用等ができません。また、10年未満の一部転用は限定的でございます。

このようになっておりますので、厚労省の通知を元に整理した資料2のように、国庫納付に関する条件を付加しない財産処分が認められております。幅広く認められてはいるものの、経過年数が10年未満については、転用後も補助対象事業の継続が条件の一部転用に限られています。また、その一部転用施設も小規模施設への転用に限られているということです。人口減少が著しい中山間地域の施設からは、10年未満の地域密着型特養から広域型への転換を認めてほしいという声は何件か寄せられております。

一つ目の理由は、地域密着型特養というのはその市町村内の住民票を持っていच्छる、住んでいच्छる方しか利用ができません。利用者の確保が年々厳しくなっています。なぜかという、人口減少の中で高齢者の人口も減少しているからです。その中で、隣接する市や町等の利用者が万が一この地域密着型特養に入りたいと思っても、他町、他市ですので入れないという状況になっておるということでございます。

二つ目の理由としましては、地域密着型であっても重度化が非常に進んでいるということです。ですので、ある意味広域型の特養よりちょっと軽い方たちがお入りの地域密着型にとっては、その設備の中で例えば入浴の寝たきりの浴槽が配置されていないために、併設の広域型特養の浴槽を利用させてもらっているというところも含めて、やはり10年未満であっても地域密着型特養が広域型に転換できる方法がないかということも一つの声として上がっております。

以上は一例ですけれども、冒頭申し上げたように、特例制度を設けるに当たってはいろいろなニーズがあり得るために、10年を待たずして国庫納付を条件としない財産処分を認める特例の拡大についてぜひとも検討をしていただき、こういうことを柔軟にやることによって大変厳しい離島や中山間部の施設がどう生き残るとい、か、利用者のためにそこに存在できるかということになってくるのではないかと考えておりますので、ぜひとも御検討をお願いします。

最後になりますけれども、居室面積と廊下幅等、いろいろ基準が設けられております。転用先の施設の最低基準が満たされなくても、ある程度の範囲内であればそこは柔軟に対応していただきたいと願っております。御検討のほど、よろしく願いいたします。

以上でございます。

○松原座長代理 どのような地域であっても、介護サービスの提供を継続させるためにも行政の介入による介護サービスの調整や、人材や施設などの様々な基準の見直し、DXの導入の支援、特例拡大の必要性等々、貴重な御意見をいただきました。ありがとうございます。

した。

そのほかに構成員から御意見がございましたら、お願いいたします。

それでは、香取構成員、お願いします。

○香取構成員　ありがとうございます。2点、お話しさせていただければと思います。

一点は、人材の確保に当たりまして、タスクシフトと人材のシェアの関連に関しまして少しお話ができればと思います。この方法論で少し解決手段があるのではないかというところがございます。

まず、タスクシフトはどうしても我々にとって必要なものだと考えるところです。どの業務は専門職でなければいけないのか、どの業務はそうでない方で大丈夫なのか、この辺りで業務をきちんと細分化していただいて、仕分けをしていただくということが重要かと思います。専門職でなくてもできる場所に関しましては、先ほどの人材のシェアという形でそういった方々に参画していただくということができるのではないかということがございます。

具体的に例えばケアマネジャーの業務を思い浮かべますと、ケアマネジャーでなければいけないものとケアマネジャーでなくてもよいものというので仕分けができると思うのです。ケアマネジャーではなくてもできるものについては仕分けをして、十分な業務の精査をした上で、ジョブディスクリプション、業務の内容を明確にした上で、先ほどの人材のシェアにおきましてのアプリに上げていただきますと、私はその資格がないのだけれども、未経験者なのだけれども、それならできるわ、ぼちっみたいない感じでその地域の方々が参画してくださるという形になってくると思います。同一法人内でも各部署で業務を集約して、それを一人の人材に集中して担っていただくということができると思います。

そういうことから、東構成員、大山構成員がお話しいただいているのは至極ごもっともなお話で、大変勉強になりました。十分なタスクシフトをしていただき、その中でジョブディスクリプションを明確にした中で、人材のシェアというところの流れがあって、その流れを意識した制度設計があって人材の確保ということができるのではないかという点を御提案できるのかなと思っています。

2点目でございます。大規模化と共同化について、雇用管理、職場改善などの経営の支援等に関しますところがございます。これにおきましては、20ページに大規模化によるスケールメリット等について書かれております。テクノロジー機器の一括仕入れによるコスト減などの効果などをお示しいただいているところがございます。おっしゃるとおりでございます、大変ありがたいところがございます。

この中で、共同化や事業者の連携というところにおきましては、一括仕入れのコスト減以上にAIやICTの使い方に対してどのように取り組んでいくのかということに関しまして共同して学んでいって、その新しい知識を共有して、その中で一人一人の介護人材がICT、AIに対して向き合っていくという支援がまず共同化において大きな効果を生むのではなか

ろうかと思っています。

今まで私どもは、介護におきまして利用者の接遇についてどうあるべきかというカンファレンスを行って、一つ一つの方法論というのを学んでまいりました。今後におきましては、AIを使ったらこんな取組ができましたよ、こんなやり方があって大きな発展がありましたよ、このようなカンファレンスしていただいて、その中でそうなんだ、そのようにやったらうまくいくんだ、今までちょっとおっかなびっくりだったけれどもやってみるわという一人一人の気づきを誘引するような仕組みが必要かと思われま。

弊社、在宅介護やさしい手では、AIカフェというものを常時開催しておりまして、今さら聞けないけれどもこんなときにどうするの、ウェブで気軽に集まってお話しして、「そういうふうに使ったらいいの、分かったわ、あしたからやるわ。」みたいに言い合える集まりが非常に大きな効果を上げています。こういった背景から、共同化や事業者さんの連携ということに関しましてはAI化並びにICT化、DXに関する取組に関してカンファレンスを行うようなものを対象として御支援をいただくことは非常に重要なのではなかろうかと思ひます。

介護テクノロジー導入支援事業等、共同化・大規模化、職場改善事業等で多くの御支援をいただき非常にありがたく思っているところでございますが、やはりAI、ICTを職場改善としてどのように投入していくのか不安であるといった人間の気持ちに対してどういう働きかけをして、共同して「私も怖いものだけれども、みんなと一緒になら大丈夫だわ」という気持ちの向上につきましても、このような事業で対象としていただくことによって大分前進するのではなかろうか、このように御提案をさしあげるところでございます。

以上でございます。

○松原座長代理 タスクシフトと人材の確保や共同化、連携にAIをどのように活用するかという御意見をありがとうございました。

続きまして、齊藤構成員、お願いいたします。

○齊藤構成員 斎藤でございます。他の構成員の皆様方の意見を踏まえまして、賛同の部分や補足的な観点から意見を3点述べさせていただきたいと思ひます。

まず、香取構成員の最初の発言にもありました、介護保険の制度は大きく抜本的な見直しが必要であるということは、私自身も第1回目の検討会でもそのような趣旨での発言もさせていただきました。それらを踏まえてまず1つ目に、最初の6ページの人口構造に応じた、3つの地域に応じたということについてですけれども、中山間・人口減少地域のみならず、一般都市も含めて、先ほど私からも幾つかの事例的なことをお伝えしましたが、加えて、中山間やさらに一般の地方においては、報酬の在り方ということについても、特に在宅のサービス、訪問介護や通所介護についてはそれぞれの自宅の場所が離れているということでどうしても移動コースに時間がかかってしまう、送迎に時間がかかってしまうということでは、事業の効率が非常に良くない。

しかしながら、報酬は全国一律、そして地域区分単価でいうと地方に行くと点数が低い

という状況になっており、収益的な厳しさということがあります。中山間や地方都市でこれから事業所のサービスをどう確保していくかという中で、こういった地域に対する報酬的な考え方ということも、中山間地域については様々な加算等がありますけれども、そうでない地域に対しての検討ということもこれから必要なのではないかと感じております。

続いて、2点目ですけれども、2点目、3点目は池端構成員からお話がありました、人材確保における人材紹介会社ということについての課題のお話、さらには大規模化につきましてはM&Aの事例のお話がありました。その中で2点目は、14ページの人材確保に向けてというところで、人材紹介会社については医療・介護・福祉の公的サービスについては既に政府でも取り組みいただいておりますが、さらなる対応策を検討いただきたいということとともに、14ページのハローワーク、福祉人材センターについて、「公的な機関等の連携の取組の強化」という書きぶりがございます。この連携の取組の強化ということのみならず、ハローワークや福祉人材センターの機能自体の強化ということの徹底をぜひ図っていただきたいと思います。

今、若い世代はインターネットやSNSで情報収集をしております。実際に「各都道府県 介護 求人」という検索をすると、1ページ目、2ページ目には人材紹介会社やネットの求人広告会社しか出てこない、ハローワークが出てくることがない状況にあります。のみならず、「ハローワーク 介護 ○○県 求人」で出してもハローワークのページが最初に出てこない。広告会社等がハローワークの名前を使ったSEO対策等をしっかりしていることによって情報収集ができないという状況下にあります。そういう意味でも、ハローワーク等の強化ということが何よりも重要なのではないかなと思っております。

現状、事業所の方々にお聞きすると、ハローワークの人材はこういうネットを見られない世代の方々が対応して求人で応募に来ている。もちろん民間とハローワークには役割の違いということがあることも承知しておりますが、この状況はDX推進という観点から言うと、ネットやSNSを使えない人材しかハローワーク経由では来ないとも取れるわけでございまして、こういった人材を強化する観点からもハローワークのさらなる強化ということは大変重要ではないかと感じております。

最後の3点目は、20ページに大規模化におけるM&A等の事例のお話もございましたけれども、先ほど来私が申し上げている大企業の推進ということではなくて、これは大企業も中小零細も等しくそれぞれ専門的なサービスをどう提供していくかということを考えていくことが重要であり、昨今、このM&Aということも活発になっている中で、老健調査等でも大規模化・共同化の推進の中でM&A等の事例も示されてくることになろうかと思います。その場合にも、いわゆる一般的にM&Aというと中小零細が事業継続が難しくて大企業が対応していくという捉え方が一般的であります。この辺りも実際には大手の会社ですら継続が難しいので、大手の会社が大手の会社にM&Aというケースや、中小零細同士のM&Aの事例などの様々な事例があると思います。繰り返しになりますが、中小零細が大企業に集約されていくということを示していくのではなくて、多面的な視点での情報発信ということが

何よりも重要ではないかと感じております。

私からは以上でございます。

○松原座長代理

人口構造に応じた報酬の在り方、そして人材紹介会社の課題対策と併せてハローワークなどの機能の強化、最後に大規模化だけではなく多面的視点での情報発信の必要性などなど、貴重な御意見をありがとうございました。

大変お待たせいたしました。津下構成員、お願いいたします。

○津下構成員 ありがとうございます。

認知症高齢者の増加への対応ということがあまり触れられていないので、発言したいと思います。認知症高齢者について、施設等での方も多いのですけれども、在宅での認知症、またはMCI、そして独居、または老老介護という方々が多いということや、認知症になっても比較的体力がある場合には徘徊ということも非常に問題になっているということで、多くの負担がかかっているところだと思います。

ICT化やデジタル化という動きの中で、在宅の認知症のある高齢者の方をどう見守っていくのか、地域のインフォーマルサービスの中でICT情報をどう活用していくのかという観点も議論していく必要があるのではないかなと思います。近年は防犯カメラなど、いろいろなセンサーやカメラなどが町中に設置されているわけですが、その情報の利用は犯罪などというときに非常に限られているのですけれども、これから増えていく認知症の方々が家に閉じ込められるのではなく、安心して出歩けるような社会を目指すために、少し道が分からなくなってもちゃんと戻ってこられる、それは例えばスマートフォンで家へ帰れるような機能というのが強化されたり、周りの方がそれに気づく、また、そういう情報が介護サービス事業者さん、関係者にアラートが入ってサポートできるなどの様々な仕組みを導入することで行方不明者を減らすことができるのではないかなと思いますので、テクノロジーの進化ということについて、在宅の認知症の方々をどうテクノロジーでサポートするかということについても議論や、それからプライバシーのことがありますから、そういう社会的な仕組みづくりということを考えていく必要があるのかなということで追加させていただきます。

認知症の方が安心して暮らせる社会のために医療と介護の認知症ケアパスというのはあるのですけれども、そこがさらに地域でも広がって、その方がどう安心して過ごせるかという観点で、認知症の方を支えるネットワークのさらなる充実、そこにICTの活用ということを御検討いただければと思います。

以上です。

○松原座長代理 不足していた議論として、認知症高齢者に関する対応、特にいかにテクノロジーでサポートしていくかという貴重な御意見をありがとうございました。

鈴木構成員、大変お待たせいたしました。よろしくお願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございました。

本日の議論をお聞きしておりまして、地域単位においてどのようにネットワーク化の中でディスカッションを重ねられるかということが今後、より重要になるということを再認識いたしました。特に地域における介護や医療等の状況をエリア別に見える化して、その状況把握や分析を進めていくというところには地域単位での関係者間での共有と議論を欠かすことができませんので、これをいかに地域単位で創出できるかということが今、非常に目の前にある課題だと思っています。

私は先週、静岡県内において市町単位でネットワーク化されています島田市社会福祉協議会が主催する施設ネットワーク会議に参加してきました。このネットワークは私が第2回の発言で情報提供させていただいた静岡県内のプラットフォームの一つです。これは社協がネットワークの事務局となって地域課題の共有や解決に向けた議論を行っているという場になります。

今回の検討テーマが介護人材確保でした。この担当者から、これまでこうした地域のネットワークづくりやプラットフォーム的な会議というものは地域福祉関連のもので数々取り組んできたという経緯の中で、介護人材確保というテーマにすると参加率も上がりますし、その中でのディスカッションというものも深まるということで、非常にこの介護人材確保ということがネットワークを構築推進する上で非常に有用なテーマになっているということを改めて感じたところです。

ただ、このネットワークなのですけれども、情報交換にとどまらない課題解決に必要なアイデアや対応策をいかに見いだしていくかという点では、やはりその力が必要で、この力がどのように生み出されるかという点では、私は行政や社会福祉協議会のほか、福祉人材センターや介護労働安定センター等と一緒に参加することで関係機関の専門家からアドバイスを受ける機会も得られ、取組の協同などにもつなげていくことが期待できるのではないかと考えています。

発言は以上です。ありがとうございました。

○松原座長代理 いかにエリア別に見える化していくか、そしてネットワークを課題解決につなげる力を得るための方法についてか貴重な御意見をありがとうございました。

池端構成員、お願いいたします。

○池端構成員 ありがとうございます。

まず、先ほど斉藤構成員に、ハローワーク機能の強化を私と全く同じ思いで深掘りしていただいてありがとうございました。

その上で、今日、各構成員のお話を聞いていてもやはり共通しているところがあるかなと思っていますが、一つは私が第1回目のときにちょっとお話ししました能登地方の震災を受けて、今、それが2040年を先取りしているような状況だという話をさせていただいたかと思います。現状をお話ししますと、どう能登地方を復興しようかという中で、実は最初に半分近くの人がいなくなって関西以南に避難していて、それから、コンパクトシティをどこかにつくってそこに集めるしかないのではないか、インフラを全部元どお

りにすることはかなり不可能だということでそういう話が出ましたけれども、ただ、残念ながらというか、やはりそうかということで、高齢者の方々は戻ってくるのですね。今、能登地方にいっぱい戻っていて、8割ぐらい以上戻ってきている。でも、そこに医療・介護がまだまだ戻っていない。特に医療についてはどうしようかということで、今、珠洲市と輪島市と、それから能登町、穴水町等々にもともと市立病院が3つ、それぞれの市にあったのですけれども、それを一つにして中核病院を造って、あとは必要最低限の機能をサテライトで、面でやったらどうかという話が出ているのですけれども、そこで一番引っかかったのが、医療人材、介護、医師はみんなもう関西に住んでしまって戻っていかないというところがあって、どうするかという話が出ていました。

非常にそういう意味でなかなかこういうものも難しいなというか、ただ、そこを考えながら、どちらにしてもそういう方法を取らなくてはいけないということで、これは市町村ではなくて県がそこに10年後、20年後を考えて施策を基に今の人材をどう効率化するかということをしなくてはいけないので、繰り返すようですけれども、県が全体を見てということは能登地方の状況を見てもすごく感じます。

あともう一点お話ししたいのは、皆さんはいろいろな施設基準や人員配置基準の規制緩和ということが非常に重要だという話をされていましたが、一方で、ではどこまで緩めたらいいのか、どこまで緩め過ぎていくと質が担保できないのかというところがあると思うので、やはりその検証が必要ではないかと思う。

そこでちょっと今、思いついたというか、浮かんだのですけれども、規制緩和するときには特区みたいなものを設けますね。そこには何らかのルールづくりが必要で、ある程度の特区構想みたいな感じでモデル事業を立ち上げて、そこで例えば人員配置基準の緩和とか、あるいはICTを使ってどれだけ人が減らせるか、あるいはタスクシフト・シェアをどれだけやったらどれだけ人が減らせるかということのある程度幾つかのパターンを出して、あるいは直接介護と間接介護を分けて、それをどうタスクシェア・シフトしていくか、あるいはリハビリ的な感覚を持って介護士を育てることによってADLを落とさずに介護ができるのではないかとといった発想も含めて、少し柔軟な施設基準の緩和を考えて、幾つかのパターンでモデル事業を立ち上げて、それをしっかり検証して、うまくいったところはそれをどんどん全国展開するというのを、まだ介護報酬改定が2年先にありますので、そういうことをやっていくのも一つの方策かなとちょっと思い浮かんだので、提案にはなりませんけれども、ちょっと御議論させていただきました。

以上です。

○松原座長代理 能登地方を例とした都道府県の役割、そして最後に規制緩和のモデル事業の実施という貴重な御意見をありがとうございました。

そのほかはよろしいでしょうか。

皆様、貴重な御意見をありがとうございました。

本日は急遽野口座長に代わりまして進行を務めることになりましたけれども、最後によろしければ、私からも構成員として一意見を述べさせていただければと思います。

日本社会全体が労働の規制緩和で非常に非常勤の方々が増えていったわけですが、この介護事業というのも特に非常勤の方が多いかと思います。これから魅力ある職場にするためにも、この非常勤の職員の方々の常勤化についてもっと支援していく方策も考えられるのではないかと思います。もちろん本人が望んでいなければ別ですが、例として130万の壁ということを気にして労働調整する方も多いと思います。こういう方に関しましても、実は壁を越えて働くといかに自分にとって将来の年金が分厚くなってプラスになるかという説明とか、こういう点はなかなか各事業者さんでは難しいと思いますので、既に年金局では資料も整っているはずなのですから、さらにこうした情報提供支援をしていただければと思います。常勤が増えるということでももちろん事務負担が増えることになりますので、それへの支援も必要だと思います。

また、医療・介護・福祉というのは社会のインフラであり、これは経済を支えていると考えられますので、社会保険料に対して抜本的に医療・介護・福祉関係の職員に関して支援していくような取組も考えられるのではないかと考えております。

最後に、世代間格差が非常に問題視されております。これにつきましては、例えば地域包括ケアを高齢者のためだけではなくて、まさに全世代型の地域共生社会を実現するためのネットワークづくりをするとか、取組をするといったこと、また、それに対するさらなる支援が求められると思います。

私からは以上です。

ほかに御発言はありますでしょうか。よろしいでしょうか。

構成員の皆様から一通り御意見を伺うことができたと考えますので、これまでいただいた意見を踏まえて、事務局と相談の上、次回は中間取りまとめに向けた議論ができるよう資料を準備したいと思います。

それでは、予定の時間になりましたので、本日の審議はここまでにしたいと思います。

最後に、次回の日程について事務局から連絡をお願いいたします。

○大原補佐 次回の検討会の日程については、追って事務局より御案内いたします。

○松原座長代理 それでは、本日の検討会はこれで終了させていただきたいと思います。

急な代理で拙い進行となりましたが、皆様の御協力、御支援のおかげで何とか無事に終えることができました。ありがとうございました。