

第4回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和7年4月28日（月）15:00～16:31

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、間下委員、落合委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、佐々木専門委員、伊藤専門委員、
紀伊専門委員、桜井専門委員、時田専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 野村室長、渡辺次長、坂内参事官

（説明者・関係者）

邑南町

坂本医療福祉政策課課長

南原医療福祉政策課課長補佐

五島市

山口福祉保健部長寿介護課課長

北海道

諏訪保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課課長補佐

厚生労働省

吉田大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当）（社会・援護局併任）

江口老健局総務課長

4. 議題：

（開会）

1. 地域の実情に応じた介護サービス提供体制等の見直しについて
2. 規制改革ホットライン処理方針について

（閉会）

5. 議事録：

○事務局 定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議第4回「健康・医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様におかれましては、御多忙の中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日もウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催しております。

会議中は雑音が入らないよう、マイクをミュートにさせていただきようをお願いいたします。

御発言される際は挙手ボタンを押していただき、座長から指名された後にミュートを解除して御発言ください。終わられましたら、再度ミュートにさせていただきよう御協力をお願いいたします。

本日は2つの議題、議題1として「地域の実情に応じた介護サービス提供体制等の見直しについて」、議題2として「規制改革ホットラインの処理方針について」、この2件について御議論いただきたいと思っております。

本日は、杉本委員、高山専門委員は御欠席、伊藤専門委員と時田専門委員は遅れての御参加と御連絡をいただいております。

また、本ワーキング・グループ所属委員のほか落合委員に御出席いただいております、16時に早めに御退席の予定となっております。

それでは、以上、事務局からの御連絡でありまして、以降の議事進行につきましては佐藤座長にお願いいたします。よろしく申し上げます。

○佐藤座長 よろしく申し上げます。本日もよろしく申し上げます。

それでは、議題1「地域の実情に応じた介護サービス提供体制等の見直しについて」に入らせていただきます。

出席者を御紹介いたします。邑南町役場医療福祉政策課から、坂本品子課長、南原美穂子課長補佐、五島市福祉保健部長寿介護課から、山口行隆課長、北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課から、諏訪雅則課長補佐、厚労省から、吉田修大臣官房審議官、江口満老健局総務課長、ほか老健局の皆様にご出席いただいております。

なお、厚生労働省吉田大臣官房審議官は15時45分頃に御退席と伺っております。

それでは、まずは邑南町様から御説明をお願いできればと思います。時間の関係上、御説明は5分以内でよろしく申し上げます。

○邑南町（南原課長補佐） 島根県邑南町医療福祉政策課の南原です。私から、中山間地域における通所介護事業所等の現状と課題等についてお伝えいたします。

スライド1を御覧ください。邑南町は島根県の中部に位置し、面積は県内の町で最も広いです。

人口高齢化率の推移です。平成16年の合併以降、人口減少が続き、令和3年に1万人を下回りました。一方、高齢化率は令和6年3月末時点で45.7%、今後もこの傾向は進行する見込みであり、令和22年には人口7,027人、高齢化率は46.6%となる見込みです。

次に、要介護認定者の状況と今後の推計です。要介護認定者は、人口減少に伴い今後も減少傾向で推移する見込みです。要介護認定率はおおむね22%台で横ばいで推移していますが、令和12年以降は増加する見込みとなっております。

続いて、邑南町の介護施策状況です。邑南町版の地域包括ケアシステム図を掲載しましたので、御覧いただければと思います。

続いて、邑南町の介護施設の状況です。老人福祉施設等の14施設には、入所施設に併設されている短期入所生活介護4か所も含まれていますが、人口規模に対し入所施設が多いのが特徴となっております。

次に、邑南町の介護サービス提供における課題です。1つ目ですが、現在、本町には通所介護事業所が4か所、通所リハビリ事業所が2か所ありますが、中山間という地理的な

特徴もあり、送迎の所要時間は通常で1時間程度、積雪時はルート変更等もあり1時間30分程度かけて行っている状況です。そのような中、通所介護事業所については介護人材が確保できないことなどの理由により、令和7年3月をもって1施設が閉所となりました。また、もう一施設は看護師の確保が難しく、現在、開所日を縮小して運営をしております。

続いて、2つ目の課題です。サービス提供開始時間に間に合うよう利用者の送迎を行いますが、人材不足のため、介護職員、リハビリ職が兼務をしております。そのような中、先ほども申しましたが、通所介護事業所が廃止したことにより遠方地域の利用者が増加し、業務が逼迫しています。送迎時間を1時間程度要するため、送迎車両を増大し、サービス提供体制を整え、何とか対応している状況です。事業者の声もスライドに記載のとおりです。

最後に、「介護サービス提供の維持に向けて」になります。専門職の確保が著しく困難な地域などにおいて、以下のような方策を御提案します。

1つ目は、オンラインを活用した通所介護等の専門職の兼務です。事業所に1以上配置が必要な専門職について、オンラインを活用することで事業所を兼務することができればと思います。オンラインの活用にあたっては、提供者である事業者も高齢化が進んでおり、オンラインツールの導入に対する一定のハードルがあることへの留意や、専門職が担う業務がオンラインで対応できるものかの整理は必要と考えます。

2つ目は、サービス間における専門職のシェアです。例えば併設されている特別養護老人ホームと通所介護などが看護職等の専門職のシェアを可能とすることなど、サービス間の連携・柔軟化を図ることで介護サービス提供が維持できるのではないかと考えております。

邑南町からの現状と課題については以上となります。御清聴ありがとうございました。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、次に五島市様から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○五島市（山口課長） 長崎県五島市長寿介護課の山口と申します。私から、当市の介護サービスの状況について説明をさせていただきます。よろしく申し上げます。

初めに、当市の概要ということでございまして、当市は九州の最西端、長崎市から西方約100キロの海上に位置し、10の有人島と53の無人島で構成されています。人口は3月末時点で3万3279人、高齢化率は43.1%という状況です。

続いて、3ページです。こちらは5歳刻みの人口でございしますが、御覧のとおり全国に先んじて少子高齢化が進んでおりまして、要支援・要介護認定率は20.4%となっております。

続いて、4ページから6ページの要支援・要介護者数、介護施設の状況、介護施設の数については説明を割愛させていただきます。後ほど御確認いただければと思いますが、1点だけ、地域包括支援センターについて、当市では市直営で運営しているという状況でございます。

続いて、7ページに移りまして、ここからは介護人材不足に苦しむ当市の実情及び課題等について説明をいたします。こちらが昨年実施した市内介護事業者の従業者数の調査結果になりますが、これを見ますと全体の約半数が50代と60代で、従業者の高齢化が顕著になっています。外国人の雇用も増えてきていますが、60代の日本人従事者が定年で辞めていくこともありますし、当市における有効求人倍率も直近の数値で4倍ですので、この人材確保については喫緊の課題という認識を持っています。

続いて、8ページは人材不足についての民間事業者の声ということで載せております。一番上にありますけれども、居宅ケアマネ離れにつきましても、業務の精神的負担が大きいことがその要因の一つということがあります。個々のサービス利用者の実情も様々ですし、通常業務との線引きが困難であったり、クレーム対応、独居高齢者からは家族代わりの役割も求められたり、その広い業務範囲と責任の重さがのしかかっている状況があります。そのほか、ケアマネだけではなくて看護職などのほかの専門職、あるいは調理員についても確保が困難になっています。外国人活用に当たっても、在留カードの更新に当たっては本土に渡らなければいけなかったり、管理団体等への支援委託料の支払いなど、費用の負担も大きいという声が上がっています。

続いて、9ページです。これはここ6年間で人手不足が主な原因で事業を休廃止・縮小したものを載せています。休廃止を合わせて28事業所、縮小が6事業所となっています。

続いて、10ページ以降ですけれども、こうした人材不足ということも含めまして、当市における介護サービスの提供に当たっての課題を3つ挙げさせていただいております。

まず1つ目ですが、当市の地理的な特殊性に関連するのですけれども、右側の地図を見ていただきまして、左下の大きな島が福江島になります。この島に大体3万1000人、人口の約90%以上が住んでいて、右上の久賀島、奈留島を含め、福江島周辺の9つの二次離島に約2,000人が住んでいます。島から島に渡る交通手段は船しかないということもありますし、便数も少なかったりということで、事業所にとっては人手不足の中、時間的にも効率が悪いということでサービスを断る事業所もあるという状況です。

続いて、11ページ、2つ目の課題も今と同様なのですけれども、一番人口が多い福江島においても事業所からか1時間かけて車で移動せざるを得ない中山間部の集落が多いという状況があります。

3つ目の課題、基準該当サービス等に移行してもやはり人材が不足して、当然サービスのニーズということも関連すると思うのですけれども、数年で事業廃止になったというケースもございます。

こうした状況を解決するためということで、12ページから8つの解決策例を載せております。

まず1つ目、入所系施設のサテライト化の基準緩和ということで、本体とサテライトの距離要件が緩和されることで、委託、契約、医師含め専門職の人材配置が可能になり、サービスの持続化につながるのではないかと。

2つ目は、訪問系サービスについて、移動時間・待機時間を考慮した加算であったり、もしくは事業継続を可能とする補助制度の創設が検討できるのではないかと考えています。

続いて、13ページですけれども、3つ目は、ケアマネ業務におけるICTの積極的な活用ということで、ケアマネの月1回のモニタリング、あるいは例えば本土の長崎市のケアマネが当市内の要介護所を担当できるようになればということで、居宅訪問の負担を軽減すべくICT活用のさらなる推進が必要ではないかと考えています。

4つ目は、ケアマネ確保が著しく困難な地域については、それに特化した簡易なケアプランの導入を検討し、負担軽減が図れないかと考えています。

14ページですけれども、5つ目は、ケアプラン作成が可能な専門職の範囲拡大でセルフプランの推奨を図っていく。

6つ目が、ケアマネの資格更新制度の見直しということで、更新にかかる時間的・経済的な負担が大きいという現場の声もありますので、そういった点の見直しができないかと考えています。

15ページに移りまして、7つ目、入退院支援事業の設立ということで、ケアマネの法定業務以外の業務については地域全体の課題として地域で対応していくべきという考えは認識しつつも、その地域自体が疲弊しているという実情もありますので、例えばケアマネが実際に行っているケースが多い入退院の部分を別事業として制度化して立ち上げを希望する事業所に支援ができないかと考えています。

続いて、8つ目、例えば身寄りのない対象者については、介護保険だけでは解決できないような課題もありますし、人手不足も相まって居宅事業所を敬遠してサービスにつながらないということもありますので、こうした対象者を支援することを評価の算定に加えていくこともできるのではないかと考えています。解決策についても整理・分析すべきことが多々あると思っていますが、希望を含め書かせていただいた次第です。

説明は以上となります。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、次に北海道様から御説明を5分以内でよろしく願いいたします。

○北海道（諏訪課長補佐） 北海道庁高齢者保健福祉課の諏訪と申します。本日はどうぞよろしく願いいたします。

私からは、北海道の地域の実情に応じた介護サービス提供体制の見直しということで、5分程度お話しさせていただきます。

まず1ページ目ですが、北海道の推計人口ということで、御覧いただいたとおり、札幌市とその近郊の2次医療圏の札幌というのが大体道内の人口の45%を占めるような状況ということで、全土の各圏域において人口減が進んでいきますが、特に人口の少ない圏域において人口減のスピードがより加速している傾向にございます。

続いて、2ページですが、65歳以上人口は2040年頃までは増加が見込まれる一方で、生産年齢人口はどんどん減少していく状況ということでございます。

高齢化率の推移ですが、左のとおりもうピラミッドの体をなしていないですけれども、

逆三角形のような状況になりつつある。要介護認定率についても第1号被保険者に占める要介護認定率も全国と比較して非常に高い状況にあって、年々増加傾向にあります。

介護事業者の状況についてですが、札幌市や函館市、旭川市は政令中核市ですが、こちらは当然人口が多いので事業所数も多いという状況にはなっていますが、過疎地である上から2つ目の檜山地域や一番下の根室地域などについては人口も少ないのですが、他の地域と比較した人口10万対などで見ても非常に少ないような状況が見てとれます。

そして、次が今回いろいろ話題にもなっている訪問介護事業所の状況ですが、先日、NHKのクローズアップ現代においても報道がございましたが、困窮する訪問介護事業所について特集がなされておりまして、訪問介護事業所が1か所しかない市町村、または1か所もない市町村について、各都道府県ごとの状況について紹介があったのですが、特に北海道はその割合が全国的に見ても高いような状況というのが確認できております。訪問介護事業所がない市町村につきましては、近隣市町村の事業所から訪問いただいているという部分と、あとは当該市町村のほうで基準該当サービス事業所をしていただいているという状況にあります。

北海道は御承知のとおり広域分散といった地域特性から、事業所から利用者の家まで100キロ以上の距離がある場合も少なくなくて、訪問に要する時間もそれに伴う経費もよりかさんでしまうような状況。また、積雪、寒冷といった地域特性も併せ持っておりますので、冬季間においてはさらに時間も経費も費やすことになってしまっているような状況にあります。

こちらは国のほうの検討会の資料でございますが、これの右中段のところの中産間・人口減少地域におけるサービス維持・確保のため、地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討として配置基準等の弾力化も示されたところでございます。

先ほどのお話にも出ました基準該当サービスについてですが、事業所確保が困難な地域などでは都道府県が基準該当サービスに関する条例を定めた上で、この条例に基づき市町村が人員配置基準などを緩和し、事業所を指定することができるという制度がございます。道内は現時点では右側の赤字で書いているような事業所の指定がなされているような状況です。

先ほど御紹介した訪問介護について言いますと、基準省令上は常勤換算2.5名以上のヘルパーが必要なところを、基準該当サービスでは頭数で3以上の配置基準であれば可能という基準省令の条例をつくっているところでございます。

続いて、離島等相当サービスです。これも道内の多くの地域はこの離島等相当サービスの対象地域に該当してくるのですが、離島振興法や山村振興法で離島等相当サービスの対象地域に該当している場合については基準該当サービスよりもさらに基準が緩和されて、市町村自らが指定要件の内容を定めることができるもので、道内では右側にある奥尻町と西興部村の2市町村において実施がなされているところでございます。

次に、介護人材の賃金状況ということで、これは次のまとめにもつながる話ではござい

ますが、介護人材の賃金は全産業平均に比べて8万円以上も少なく、介護職員についてはこれまで処遇改善加算などによるベースアップも徐々に進んでいるところではあるのですが、より賃金格差が広がっているような状況にある。そうした状況も受けまして、生産年齢人口がどんどん減少している社会情勢の中で各産業間での人材の奪い合いが始まっている状況で、賃金・給与が低いという状況ではそもそも介護人材の確保がままならないという現実もございます。賃金格差是正のために、道としては期中での介護報酬改定などの要望も国に対して行っているところでございます。そうした前提の上にはなるのですが、僻地や山間部において少ない介護人材を効率的に配置していく観点から、人員配置基準の柔軟な取扱いを進めていくことも重要であると考えております。

道内におきましても、基準該当サービスや離島等相当サービスによる事業所指定を実施している市町村もありますが、さらなる活用を促す意味でも、基準該当サービスについて地域実情に応じた人員配置を認める取扱い、あるいは離島等相当サービスの対象地域の要件をさらに緩和するなどの検討も必要ではないかと考えているところでございます。

ただ一方で、人手不足のところでは基準を緩和すれば、サービスの質が低下したり、勤務する職員の負担が逆に大きくなってしまったりと、特に移動にかかる負担が大きい中山間地域の訪問介護などでは職員一人一人の負担がますます重くなってしまい、人材確保が一層難しくなることなども懸念されますことから、介護報酬体系も含めた総合的な検討が必要であると考えているところでございます。

報告は以上になります。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に厚労省様から御説明を10分以内によろしくお願いいたします。

○厚生労働省（吉田審議官） 厚生労働省の審議官の吉田でございます。ありがとうございます。

それでは、私から簡単に資料に沿いまして説明をさせていただきます。

今、3つの自治体の方からプレゼンがございました。厚生労働省も基本的には同じような問題意識を持っているところでございます。これを踏まえまして、「2040年に向けたサービス提供体制等の在り方検討会」というものを立ち上げまして、このたび、中間の取りまとめがなされましたので、それについて御説明をさせていただきます。

1ページ目でございます。こちらはその立ち上げのときに配られたものに若干修正をその後施したものでございますけれども、1月から5回にわたり議論をいたしました。4月10日に高齢者施策についての中間取りまとめというものをまとめたところでございます。この後、ほかの福祉サービスを含めた共通課題について検討しまして、これを含めたものは夏を目途に取りまとめる予定としております。

それから、先ほどの4月10日に取りまとめました中間まとめにつきましては、4月21日に社会保障審議会の介護保険部会、こちらは佐藤座長にもメンバーに入っていておりますけれども、こちらにも報告させていただいておりまして、今、バトンを引き継いだ

ような形になりますので、今後はこちらの介護保険部会におきまして、年末に向けて制度的な議論を進めてまいりたいと考えています。2040年までと銘打ってはおりますけれども、2040年に向けたものでできるものはもちろん早くからやっていくということで、次期の制度改正に向けてこういったもので早くから取り入れられるものは取り入れていくという考えでございます。

では、次の2ページをお願いいたします。中間まとめの概要でございます。左上にございますけれども、2040年に向けた課題でございます。全国で見ると高齢者人口がピークに達するのが2040年頃とされており、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者、それから認知症高齢者、また、独居高齢者等が増加していくと見込まれております。

一方で、これを地域ごとに見ますと、高齢者人口の変化には差がありまして、サービス上には地域差が生じてくるというところがございます。先ほどのプレゼンにもございましたが、既に高齢者人口が減り始めているところもございまして、これから増えて減るところ、それから増え続けるところ、様々なところがございまして、こういった地域の実情に応じたサービス提供体制を構築して、介護人材や利用者等が地域で活躍できる地域共生社会を構築していく必要があると考えております。

右上に行ってくださいまして、基本的な考え方でございます。基本的な考え方としましては、地域包括ケアシステムは2025年、これは団塊の世代の方が後期高齢者になっていくということで、これを一つの目安としてこれまで構築を図ってきたものですが、これをさらに進化させていくということ。それから、先ほど申し上げたような地域軸・時間軸、地域による時間の差があるということも踏まえましてサービス提供体制を確保していくといったことを挙げてございます。

また、介護は、地方において雇用を支えるインフラ、産業の一つと位置づけられているところも多いと思います。また、他分野の地域の共通課題への解決に向けた関係者との連携というのにも必要になってくるだろう。人手も全体的に足りなくなっていく中で、全国的にもそうですけれども、特に地方において足りなくなってくる分野において他分野との協働も必要だということでございます。

それから、次が方向性でございます。下の中段左に行ってくださいまして、サービス需要の変化の地域差に応じまして、ここでは地域を3つに分類しております。一つは中山間地域、右側に大都市部、それから一般市等ということでございます。中山間地域につきましては、今ほどのプレゼンにもあったとおりですけれども、2040年に向けて高齢者人口が減少し、サービス需要も減少していくといった中でサービスを維持・確保するための柔軟な対応が求められております。

柔軟な対応の一例としまして、例えば夜勤や専門職の確保等に係る配置基準等の弾力化であるとか、訪問系サービスにつきましてはキャンセルや移動の負担を考慮した包括的な評価の仕組み、それから、訪問、通所などサービス間の連携柔軟化などが考えられます。また、地域においてサービス事業者が少ない場合には、市町村事業によるサービス提供と

いった形も考えられるところです。地域に最後まで残り続けて周囲の事業者とも連携し、地域の介護を支える法人については何らかのインセンティブを付与するというものも考えられるところです。また、社会福祉連携推進法人というものについても引き続き活用の促進を行いたいと考えております。

中山間・人口減少地域におけるこの柔軟な対応に当たりましては、今ほどのプレゼンの中にもございましたけれども、一定のサービスの質の維持というものも前提となるところでございます。4月21日の社会保障審議会の介護保険部会におきましても、この点を十分に踏まえた上で議論していくことが必要という御意見をいただいているところです。こうした点に留意をしながら、引き続き介護保険部会において議論を進めていきたいと考えております。

続いて、右側の中ほどに移っていただきまして、大都市部でございます。サービス需要急増を踏まえたサービス基盤の整備が引き続き必要ということでございますので、ICT技術等を活用した24時間対応・包括的在宅サービスの検討が必要といった議論がございました。

最後に、その下でございます一般市等におきましては、サービス需要が当面は増加するものの、その後減少に転じるということがございますので、既存の介護資源等の活用であるとか、将来の需要減に備えた準備というものが必要になってくると考えております。

この3つの地域の類型についてですけれども、人口や高齢化率、過疎地域かどうかといったどういう基準で区分すべきかといったことにつきましては、今後、介護保険部会における制度の議論の中で検討していく必要があると考えております。人口構造の変化に応じまして、必ずしも固定したものではありませんので、ある地域が3つの地域の類型の中を行き来するといった可能性もございますし、各地域におきましてサービス需要の変化を注視しながらサービス提供等を検討していく必要があるのかなと考えています。

最後に方向性でございますけれども、まず左下の(2)のところでございますが、最後と言いましたが方向性の中の2番目ということでございますけれども、人材確保、あるいは生産性向上、経営支援といったことでございます。様々な人材確保の取組は実施してはいますけれども、引き続き推進することが必要でございます。

処遇改善についても今、御意見が出ておりましたけれども、それに加えまして、地域においては人材確保について福祉人材センターやハローワーク、介護労働安定センターなど、様々な機関が人材確保の施策を実施しているところでございます。介護事業者の側、あるいは人材を養成する養成校の側から見てそれらがより使いやすくなるような連携が必要であるということで、何らかのプラットフォームの構築や充実が重要であると考えております。

それに加えまして、テクノロジー導入やそれに伴うタスクシフト・タスクシェアは生産性向上の両輪と考えておりますので、今後、生産年齢人口が2040年にかけて減少する中で、それに先駆けて導入支援に取り組むことが重要であると考えております。とりわけ小規模

な事業者への伴走支援であるとか、在宅についての技術開発も必要であると考えています。

また、こういった形で人口・需要が大きく変動する中で、介護事業者には様々な経営に関する課題があるということでございますので、雇用管理や生産性向上をはじめとしまして、地域の関係者が都道府県単位で支援体制を構築するというのも重要であると考えております。

また、複数の介護事業者が連携をしまして、特に報酬の請求や書類作成といった間接業務を効率化することによりまして、特に小規模経営をしている事業者が安定的に必要な事業を継続していくことができると考えていますけれども、そのためには介護事業者間の協働化を進めていただくことが有効でございます。その際、離職率の低下、協働する事業者間での有資格者の確保、経営の安定化、利用者のニーズへの対応強化、一括仕入れによるコスト減など、協働化や事業者間の連携により全体の規模を拡大すること等によるメリットを十分に理解していただいて取り組んでいただければと考えております。

最後に、右下の（３）でございますけれども、地域包括ケアシステム、それから医療介護連携等についての方向性でございますけれども、2040年に向けまして介護と医療の連携というものがますます重要になってくると考えております。高齢化も進展するということもでございます。地域の医療・介護状況の見える化を進めて状況分析を行うことが必要です。今、地域医療構想というのは都道府県でつくって、その中で都道府県を幾つかの区域に分けるといった形でつくっている場合が多いと思います。一方で、介護の構想というのは介護事業計画については市町村が定めるということで、こういったものを都道府県と市町村の間で接続していくという必要もございますので、地域の関係者が議論をする場を設けるといったことも考えたいと思っております。

それから、介護予防の支援の拠点について、介護予防についても重要であることは論をまたないところでございますけれども、令和6年の補正でモデル事業を実施しております。一つの例として挙げられるのが、高知県の「あったかふれあいセンター」というものがございしますが、こちらは拠点を設けましてそこに地域の高齢者のみならず障害児などの子供が集う場といったものを設けているものがございますけれども、こういった形の地域共生の拠点を整備していくことが求められると考えております。また、フレイルの方を早めに把握することや、現在、様々な取組が進められております地域保健活動との組合せといったことも必要になってくると考えています。

最後に、これから増えると見込まれております認知症の高齢者の方々に対しましては、昨年、認知症基本法が成立いたしまして、基本計画も国のほうではつくられたところでございますけれども、今後、都道府県、市町村において基本計画をつくっていただくことになるわけですが、その中におきましても医療・介護等に加えまして権利擁護の支援であるとか、さらには地域におけるインフォーマルな支援の推進が必要ではないかと考えているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

本日は資料1-5として、大石専門委員、紀伊専門委員、時田専門委員の連名で意見書を頂いております。

では、代表して紀伊専門委員より御説明を5分以内でよろしくお願いいたします。

○紀伊専門委員 ありがとうございます。紀伊でございます。代表して御説明させていただきます。

今回の意見書に関しましては、個別具体の論点に関しての意見というよりは、今後の介護分野に関する在り方についてこの会議体で御議論いただく際の前提や基本的な考え方に関して取りまとめて御意見を申し上げる次第でございます。

資料の上段につきましては、今、厚労省様より御説明があったところでございますので割愛いたしますけれども、資料下段のほうにございますとおり、今日も報告のあったような逼迫した状況というのは中山間・人口減少地域以外でも顕著になっているところでございます。こうした状況を踏まえて、介護保険の本来の理念である自立支援というところは根底に置きつつ、また、各地域での介護サービスの質の確保というところは前提にしながらも、各地域においてより効果的・効率的にサービス提供が持続可能な形でなされるような抜本的な制度の見直しというのが、「早急に」と書いておりますけれども、かなりスピード感を持って検討を進めていく必要があると考えてございます。

ポイントを2枚目に5点ほどまとめております。

1点目として、今、申し上げたとおり各サービスの質の確保というところを前提としながらも、配置基準の弾力化、今日は様々な御提案も自治体様からございましたが、こうしたことも含めて抜本的な介護サービスの提供の在り方の見直し、手段としてのテクノロジー導入やタスクシフト・シェアが進むような具体的施策というところを早急に詰めていく必要があるだろうというところでございます。

2点目の丸でございまして、過疎地や離島というところは、まずここから議論というところはそのようなことなのかなと思いますけれども、過疎地・離島に限らずかなり全国的にも様々な地域で人材が逼迫しているというところも聞こえてきてまいります。今日も御報告があったとおり、例えばケアマネという職種に関して言うとこれは地域限らずといった課題も出てこようかと思っておりますので、議論していく地域の設定というところは、段階的ではあってもいいかと思っておりますけれども、より広く捉えていく必要があるだろうという点でございます。

3点目、こちら先ほど厚労省様より御説明がございましたが、事業者の生産性向上や処遇改善ということを考えますと、法人の規模が小さいというのがこの介護業界の特徴でございますので、こうした点がカバーされるように法人間の統合、協働化というところを進めていく、あるいは大規模化を進めていくということ、あるいは中小の法人事業所であっても効率的で質の高いサービスが提供できるようなプラットフォームということが具体化されていくことも急ぐ必要があるかと思っております。そうした中では中核的な事業

者への支援や保険者・自治体への支援というところも必要になってこようかと思っております。自治体も規模の小さい自治体になりますとマンパワー、ノウハウというところで非常に厳しいところもあろうかと思っておりますので、そうした自治体に対する国、あるいは都道府県の支援というところも大きな課題ではないかというところがございます。

それから4点目として、今後、人員配置基準等の弾力化、あるいはサービス提供の在り方を考えていく際には、質というものをどのように定義し、それを見ていくのかというところが前提としての議論として非常に大事ではないかという点でございます。従来のストラクチャー、プロセス中心の評価から、アウトカムの特に介護のサービスの質というところをしっかりと見ていくという前提がないと、生産性向上といってもできるところが限られたり、一つ一つのサービスで本当にこれは質が確保できているのかというのを一個一個詰めて議論していかないといけない、あるいは実証していかないといけないということになりますので、共通したベースとして質とは何なのかということをきっちり定義して、それを見える化していくというところが大事ではないかと考えてございます。そうした点も含めて抜本的な制度設計の見直しが必要なタイミングに来ているのではないかと考えてございます。

最後ですけれども、今後、具体的な制度設計の際には、これは本日も含めてかと思えますけれども、議論していく際にはエリア、それからサービス種別、そして専門職種の種類等、様々な論点が出てこようかと思っております。一つ一つというところになると時間がかかってまいりますので、きっちり優先順位をつけながら、2040年は気がつくとあっという間に来ってしまうということかと思っておりますので、非常に切迫度の高いところからしっかり議論を進めていくことが大事ではないかと考えてございます。

説明は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、質疑に入りたいと思います。4時20分ぐらいまでをめどに議論できればと思っております。

では、委員、専門委員の皆様方から御質問、コメントがあればお願いいたします。今日御報告いただいた自治体の方々も、もし追加のコメント、あるいは質問があれば、よろしくお願いいたします。

では、早速間下委員、お願いします。

○間下委員 御説明いただきましてありがとうございます。間下です。

厚労省様にまずお伺いしたいのですけれども、先ほどの今後の対応のところの中でテクノロジーというのが何回か出てきていましたが、どのようなテクノロジーの活用を直近で考えられているのかを教えてくださいたいということと、各自治体からもテクノロジーを使ってこう変えたいというところが出ていますが、そこにアラインしているような話なのかどうなのか、恐らくテクノロジーだけではなくてテクノロジーを使うための前提となるルールも変えなくてはいけないと思うのですが、そこについてのお考えを教えてください。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚生労働省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（吉田審議官） テクノロジーにつきましては、もちろんいろいろなテクノロジーが開発されておりまして、それぞれの事業所において様々な創意工夫をしていると思うのですが、我々として特に大きな効果があるというものについては3つぐらい分野を特定しております。

一つはインカムを使ってコミュニケーションを取るといったことです。

それから、記録ソフトです。紙でやっているものをスマートフォンやタブレットで記録をするといったものが場合によってはそのまま一気通貫で報酬の請求にも流れていくといったこと。

それから、もう一個はセンサーです。寝ているときにバイタルのサインをセンサーで測ることによって、例えば特に夜間に寝ている方については一々見回りに行かなくてもいいので、そうすると人手も削減できますし、実際に利用している人も途中で夜に何度も起こされることもなくて、介護の質もある意味上がっているということで、こういった分野については実際に効果もかなり出ているということが実証もされてきていますので、こういったところは中心にやっているということでございます。

そして、何よりも大事なのは機械を入れるというだけではなくてタスクシフトをするということで、介護職員がやるべきこと、やれることと、介護職員ではなくてもできることというのをございますので、こういったことの仕分けをまずしっかりしていただいて、それから、先ほどもありましたけれどもなかなか慣れないとか、もちろん年齢もあるでしょうけれども、実際誰しも使い慣れていないのは当たり前なのですけれども、これまで紙でやってきた人がタブレットを使うといったことについてはもちろん最初はいろいろな抵抗であるとか、逆にちょっと効率が下がったのではないかということもあるのですけれども、慣れてしまうと非常に使いやすいねということで、また、若い人から見ても自分たちのふだん使い慣れたスマートフォンを使って仕事ができるということもありますので、逆にこういったものを導入することが介護人材の確保にもつながっているという声も聞くところでございますので、こういった重点分野を中心に引き続き介護テクノロジーの導入を進めていきたいと考えております。

○佐藤座長 間下委員、いかがですか。

○間下委員 さら問いをよろしいですか。

今の3つのところは10年ぐらい前から大分普及してきた技術を中心としたものだと思うのですが、特にコロナ禍で急速に伸びたりリモートを活用したところについての対応はいかがでしょう。それが今、まさに各市から上がってきているポイントにもなると思うのですけれども。

○佐藤座長 いかがですか。

○厚生労働省（江口総務課長） すみません、コロナのときの話をもう一度よろしいでし

ようか。具体的にどういったことでしたか。

○間下委員 コロナによって、要はこの5年ぐらいでリモートのテクノロジーと文化が急速に構成されてリモートが一般的になったというところで、これを活用した業務改善の要望が大変強くなっていると思うのですけれども、そこについてはさっきの3つに入っていないのですが、いかがでしょうかということです。今の3つは大分古い話でしたので、正直やらなくてはいけないことだと思うのですが。

○厚生労働省（江口総務課長） 厚生労働省の老健局の総務課長ですけれども、具体的に介護現場へのテクノロジーの導入に当たっては、重点分野として具体的に導入を図る機器を経産省と一緒に決めて上で、それを具体的に導入するためのイニシャルコストの財政支援といったことをやってきておりまして、現時点において具体的な重点分野として定めている各テクノロジーの機器について、リモート関係というのは現時点では入っていないということになります。

○佐藤座長 今の御質問に関わるのですけれども、邑南町さんから具体的に御提案としてオンラインを活用して通所介護との専門職を兼務できるようにというのもオンラインの要望だと思うのですけれども、こういうことについては今、現実に厚労省さんとしてどういう立場なのか。推進していいと思っているか、あるいはちょっと慎重なのか。幾つか自治体の方々から具体的な御要望や御提案もあったものですから、それに関連して。

○厚生労働省（江口総務課長） 厚労省ですけれども、1点補足させていただいてよろしいでしょうか。

○佐藤座長 どうぞお願いします。

○厚生労働省（江口総務課長） 今、間下委員からお話のあったリモートの関係ですけれども、資料を確認しまして、重点分野として導入を図っているテクノロジーの機器の中には、在宅での見守り関係ということでリモートを活用したそういった機器というのも対象には入っているということなのですけれども、一方で、現場においてこの機器を導入している事例というのはまだそこまで広がっていないという状況であります。

○間下委員 機器というのもコミュニケーションを取るためのリモートのソフトの世界だと思うのですが、特に各自治体から上がってきている兼職したいというところなどはまさにソフトウェアを使って遠隔で対応するということだと思うのですが、そういったところの議論というのはないでしょうか。

○厚生労働省（江口総務課長） 老健局ですけれども、それは単純にテクノロジーの導入ということに限らず、恐らく人員配置基準といったことをどのように介護サービスの質の確保という観点から考えていくかということとセットになりますので。

○間下委員 もちろんそうです。

○厚生労働省（江口総務課長） 現時点においてそれを導入するような形で認めているというのはありませんけれども、先ほど審議官から御説明させていただいたように、特に中山間地域・人口減少地域においては人材確保の難しさに加えて具体的に介護の需要が減っ

ていくという局面にも既に入っておりますので、そういった中でいかに介護のサービスを確保していくかという観点の中で様々な夜間や常勤職員の配置基準の弾力化をどのように考えていくかという中でそういったことも含めて検討することになるかと思えます。

○佐藤座長 よろしいですか。

私からの質問になってしまいますが、先ほど伺った専門職の兼務についてもこの配置基準の見直しと一体だと思ってよろしいですか。

○厚生労働省（江口総務課長） はい。まさしく今回の中間取りまとめの中でも、具体的な弾力化の中身として介護人材や専門職の確保が困難な中、常勤、専従要件、夜勤など様々な配置基準について弾力化していくことが考えられると記載しておりますので、こういった記載に沿ってこれから具体的に佐藤座長も入っていただいている社会保障審議会介護保険部会でも議論して、実際に具体的に配置基準みたい話になってくると、これは介護報酬とも関連しますので、そうするとその具体的な議論は介護保険部会ではなくて介護給付費分科会ということもありますけれども、そういった形で議論を今後進めていくところになると考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合委員が4時で退室ということなので、順番が前後して申し訳ありませんけれども、落合委員からお願いいたします。

○落合委員 どうもありがとうございます。

そうしましたら、2点ほどお伺いしたいと思います。改めて、今、議論があったところではありますけれども、どういう形で質というかアウトカムを評価していくかというのが非常に重要ではないかと思っております。その観点で言いますと、これは今のところは人をどう配置するかというので、人がいればできてしまうのではないかということである種仮定的にというか、人の配置の仕方だったりというので、評価している部分ではあるのですけれども、もう少し本当に何をしないといけないのか、タスクシフトの話も当然議論されると思いますし、誰がどういうことをしておけばそれで施設として成り立っているのか、また、そのときに、ちょうど先ほども議論のあったような、当然ながらテクノロジーというのは、最大限使いながら行っていく、という前提で議論していくものかなと思っておりますけれども、こういったサービスの質であったり介護の質というものを、今後、改めてどのように定義をつけていったり、評価をしていったりするのか、というのが大事ではないかと思っております。それが人員配置基準であったり何かという議論をしているものの、さらに上段の一番基本的な論点になると思えますが、それをお伺いしたいというのが一つ。

もう一点が、実際、中山間地などについても議論をされているかとは思いますが、これは別の厚労省の会議でも少し議論させていただいておりますが、時間が変わってくると過疎化であったりというものは進んできますし、なので当然ながら中山間地と言われているような範囲というのは、今の時点に照らしてというものがより広がってくるでしょう

し、一方で、それだけでもなくて、都会であつたりいわゆる政令指定都市みたいなどころでも、虫食的に人口減少だつたり人口動態の変化が起こっていくというのは、別に新しい話ではなくて何十年も前から言われているようなことだとは思いますが。そうした中でどういう形で今後、分類とか地域ごとの区分というのを見直していくおつもりがあるのか、また、それに対して時間軸はどのように捉えられているのか、という辺りをお伺いしたいと思いました。

以上2点です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答をお願いできますでしょうか。

○厚生労働省 ありがとうございます。

サービスの質をどう考えるかというのは非常に難しい問題だと思っております。現時点においてはストラクチャーやプロセスという点で、人員配置基準も含めて、そして何をやるかのプロセスとアウトカムということだと思います。

これまでの流れとしましては、アウトカム評価が重要だということで徐々に導入が進んでいるということかとは思いますが。ただ、それを今後どうするか、介護の質というのは非常に多様な側面があると思しますので、かちっと定義するというのはなかなか難しい面もあるかと思いますが、アウトカム評価については今後も介護報酬改定に向けて検討していくということかと考えております。

○厚生労働省（江口総務課長） 続いて、2点目について御回答いたします。

今回の中間取りまとめの中では、今、御質問のあつた地域の類型については、今後、制度の議論の中で検討していく必要があるということですので、まさにこれから議論することですので、現状としてはそういうことでもあります。

一方で、中間取りまとめの中では、地域の類型について、中山間・人口減少地域以外でも既に中山間や人口減少エリアを抱えている地域もあると考えられるということで、近い将来、中山間・人口減少地域になることを見越して早い段階から準備を進め、必要に応じた柔軟な対応を図っていく必要があるという記載もございます。

また、これも先ほど審議官の御説明の中でも少し触れましたけれども、この3つの地域の類型についてこれから議論していくに当たって、人口構造の変化に応じて各地域が3つの地域の類型を行き来する可能性があるといったことも踏まえて検討していく必要があるということになっておりますので、まさに今、御質問のあつた時間軸の話についても念頭に置きながら具体的な議論をしていきたいと考えております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合委員、いかがですか。

○落合委員 2問目についてはおおむね理解いたしました。

1問目のほうは、おっしゃっていただいた質の評価が非常に難しいというのは、多義的

になりやすいというのは、質というものを見ていった場合に、どの分野でも起き得る話でもあると思います。ただ一方で、何かの評価の物差しがないと、政策の優先順位であったり、何をすべきかということは決まってこないと思いますので、そこは次第に議論していかないといけないのではないかと思いますし、今、既に進めていただいている部分もあってそこは前進されていると思うのですけれども、より広い議論については少し時間をかけながらでも議論していただくといいと思います。大事ではないかと思いますが、その点だけいかがでしょうか、というところを1点追加でお願いいたします。

○佐藤座長 いかがでしょうか。

○厚生労働省 介護の質をどう評価するというのはまさに報酬の議論そのものにかかなりリンクするということだと思います。多義的かどうかという御意見は受け止めたいと思いますが、これは介護報酬改定の議論の中で相当尽くされていくと考えています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合委員、大丈夫ですか。

○落合委員 最後のそれだけで尽くされているというのはまだちょっと言い過ぎなのではないのかなと思いましたので、改めて御検討いただきたいなとは思いました。

○厚生労働省 すみません、老健局です。尽くされているというよりは、今後、そこでちゃんと議論していく必要があるというところですね。既に尽くされているという認識ではないです。

○落合委員 そういうことですね、分かりました。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。大石専門委員、よろしくお願いたします。

○大石専門委員 ありがとうございます。質問が1つと、あとは要望が1つございます。

質問のところは落合委員の質問にちょっとかぶるのですけれども、厚労省様が示された方向性というのは、いわゆる大きな意味ではみんな異論はないのだと思うのですね。ただ、冒頭にいろいろな自治体様から発表があったみたいに、非常にせっぱ詰まった課題なのだと思うのです。もうすぐ高齢者が減っていくから今のままでいいとは別に誰も思っていないと思うのですけれども、今、すごく困っている人がいる、今、すごく困っている自治体がいるということの中で、今回は中間取りまとめなのでまだ大きな方向性だけだと思うのですけれども、8月とおっしゃいましたか、最終取りまとめがある中では、先ほどの質問の中にもあった具体的なタイムライン、もしくはどの地域なのか、その地域の定義だとか、あとはテクノロジーとタスクシフトの関係、要はテクノロジーだけ使ってください、でも今のままでやってくださいねという何とも効率化しないので、テクノロジーを使ったタスクシフトも含めた、要は具体的な内容を詰めて出していきたいなと思うのですね。そうでないと、総論的には良い話なのだけれども、結局いつになったらこれが実現するのか分からないとか、それが本当に困っている地域、困っている高齢者の皆さん、御家族の皆さんにとって役に立たないものになってしまうので、ぜひ8月の取りまとめまでにはそう

いう具体的な誰が聞いてもこれはそういう定義なのねとか、こうなっていくのねというどういう施策なのかというの分かるような感じで出していただけるとありがたいのですが、そういう予定なのですかというのが質問です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いいですか。

○厚生労働省（江口総務課長） 老健局ですけれども、お答えしてよろしいですか。

今の御質問については、今回、検討会のほうで中間取りまとめを行いましたけれども、これについては高齢者施策について先行して議論をした結果として中間的に取りまとめをしたということになります。その議論の過程で、これは介護分野だけではなくて障害分野や子供関係の分野にも共通する課題だねみたいな議論がありましたので、これから検討会のほうではそういった福祉分野共通の課題についての議論を深めていくということになっています。最終的にはそれを夏頃を目途に整理をするということです。

一方、今回中間取りまとめを行いました介護の分野については、社会保障審議会の介護保険部会に報告をして、そちらで制度改正について議論してもらおうという立てつけでもともと議論をスタートしたということでありまして、この介護保険部会への報告というのは先週4月21日にまず行いまして、今後、具体的に各中間取りまとめのテーマに沿った議論を行っていくということにしております。この介護保険部会での議論というのは次の介護保険制度改正に向けた議論を昨年12月からスタートしておりまして、この審議会介護保険部会では年末にかけて議論してそれを整理していく、意見をまとめていくという形になりますので、そういった中で今回の中間取りまとめの内容についても議論していくということでもあります。

以上です。

○大石専門委員 ごめんなさい、私が正しく理解しているかどうかですが、要は年末までにはかなり具体的なものが出てくると理解すればよろしいですか。

○厚生労働省（江口総務課長） 老健局です。

どこまでをもって具体的かというのはこれからの議論次第ということでありましてけれども、当然今回の検討会の中間取りまとめは御指摘のあったとおり方向性を示したのになりますので、それを具体的に制度改正にどうつなげていくかという議論を今後、審議会でしていくこととなります。その結果として年末に取りまとめを行いたいと考えております。

○大石専門委員 分かりました。

御担当の部局が違うでしょうからあれなのですからけれども、厚労省全体としてはかなりきっちりと何をするのかとか、どう定義されているのかみたいなことが見える化されたものを年末までに出していただけるとありがたいと思います。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に桜井専門委員、よろしくお願ひいたします。

○桜井専門委員 ありがとうございます。全がん連の桜井です。

私もこの間、テレビ番組で見まして、こんなに介護の空白域があるのだとすごく衝撃だったことを覚えています。今回、地域の実情に応じていろいろな配置や基準を変えていくというのは本当に新しい展開だなと思っておりまして、この点に関しては本当に素晴らしいことだなと思っているのですけれども、一方で、今のアウトカムの基準というのが資格を持った、あるいは人材の配置の数というところで数でやっているかと思うのですね。こうなると地方においてはその数をまず担保することが難しい。では、デジタル技術を入れていけばいいよねとなると、今度はそのデジタル技術の投資に関する費用や、地方だったらこの間のテレビでもやっていましたが、ガソリン代が今は非常に高くなっていたりします。東京みたいにタワーマンションの中でぐるぐるっと一回りすれば20人ぐらい見られるというのと、地方で2時間かけて行ってやってというのは状況が全然違うと思うのですね。この辺りは局が違ってもいいのかもしれませんが、このデジタルの導入に関するコスト、それからそれ以外の運営に対するガソリン代やそういうものに対する補助というところまで踏み込んで提言なり意見を行っていかれるのかということアアウトカムとは別で教えていただければなと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○厚生労働省（江口総務課長） 厚生労働省の老健局です。

まず、テクノロジーの導入の関係ですけれども、既に現在、テクノロジー導入のためのイニシャルコストに対する財政支援というのを厚生労働省で行っております。これについては今回の中間取りまとめの中でも引き続きそういった導入支援というのをやっていくべきだということになっておりますので、これについては我々としてもしっかり対応していきたいと考えております。

それから、今、お話のありましたガソリン代の高騰に対する対応みたいな話ですけれども、こちらについては物価高騰への対応が必要だということで、これはもちろん介護分野でもそうですけれども、他の分野でも共通の課題だということで、これは政府全体として都道府県に対する重点支援交付金というのを設けていまして、この交付金を各都道府県が活用して、光熱費の高騰や食料費の高騰といったことに対して各事業者に対する支援を今、まさに緊急的に行っているということがございます。状況を踏まえてこういったことをしっかりやっていくということかと思えますし、また、實際上、介護報酬の中でそういったものをどう手当てしていくのかということも今後の議論の課題だと思っておりますので、それについてはこれからの介護報酬の議論の中でしっかりと議論していくということかと考えております。

以上です。

○桜井専門委員 ありがとうございます。

そういう現場の課題というのはやはりお金の部分が結構あるなと思っておりまして、特に介護人材に関しましても報酬が上がっていないという現状ですね。今、デジタル化を進

めていく上でもデジタルフレンドリーな世代の若者たちが地元の地域のために何か仕事をしていきたいというふうを探せるような、それを後押しできるような介護報酬の体系というの私も必要だと思っておりますので、ぜひアウトカムの評価方法として人の数だけではなくて、そういった工夫みたいなのところに対する評価だったり、その部分を報酬でしっかり手厚くしていくということをトータルで考えていただきたいなと思っております。

以上です。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。印南専門委員、お願いいたします。

○印南専門委員 コメントなのですけれども、地域区分を設けるというアイデア自体は非常に良いアイデアだと思うのですね。ところが、厚労省の1ページ目を見ると、地域区分の地域の状況みたいなのところは需要のことしか書いていないですね。だから、これはやや大ざっぱといえますか、中山間・人口減少地域でも需要が減るところと維持される、あるいは若干増えるところもあるはずで、その際、この間の北海道からの例もあったとおり、地理的に非常に広範になっていると交通コストが非常にかかるとか、つまりここで需要だけ見るのではなくて、地域区分をする際に供給とのギャップを見るべきなのです。でない議論が需要が減少しているとか上昇しているというところだけに着目して、あとは人材を確保するという別の論理になってしまっているのですね。ここは供給不足が常態化しているので、ぜひ需給ギャップで見るべきだと思います。これは需要だけ見る場合と後で結論が違ってくるのではないかと私は思いますので、ぜひそういうことを検討していただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

その観点はいかがでしょう。確かに需給ギャップというのは医療の世界でもよくいえますね。

○厚生労働省（江口総務課長） 老健局ですけれども、御指摘も踏まえてどういった検討ができるかということも含めて対応していきたいと思えます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、順番が前後しますが、まだ発言がないので佐々木専門委員からお願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

私も既に落合委員や大石専門委員から言われた内容と一部重複するのですけれども、一つは介護報酬というのがちょっと安過ぎるというのが一つ課題としてはあるのではないかなと思うのですね。人材を確保しようにもその報酬では仕事ができないというケースというのは増えてきていると思います。実際、都市部でも実は介護業界とか、あとは医療機関でも、例えば医療事務などのスタッフがホテルの受付をやっていたほうが時給が高いのでそちらに転職をしますみたいなケースというのは全然珍しくなくて、他業界の給与が全体的に上がっていく中で介護業界、ヘルスケア業界で仕事を続けるためには、報酬のベース

を上げるというところは一つ検討しないと、幾ら職場の魅力を高めても背に腹は代えられないというのはありますし、特に介護業界は長く働いても給料が上がりにくいという特性があるので、どうしても一定の年限を過ぎると次の仕事に移らなければいけないみたいないところが出てくるかと思います。これはここで議論すべきテーマではないと思いますが、人材不足の一つの要件はやはり対応があまり良くないというところが一つあるので、その部分を何とかできないのかというのが一つあるかなと思います。

それから、結果として例えば地方などでは介護サービスを提供しようとしても実際利用者さんがそんなにないのではないかみたいな議論もありますが、一方で、こういう言い方は悪いのですが、あまりきちんと機能していない病院の病床が介護施設のように運用されていて、実はそういったところに収容されている要介護の高齢者というのが結構いるのではないかなというのが、特に地方都市においては多いのではないかと考えています。社会的入院という形で高齢者の方々が病院で過ごすのと、あるいは自宅や介護施設で過ごすのでは単価が大分違うと思うのですね。こういった部分を補正できれば、恐らく介護業界にもうちょっときちんと予算を振り分ける財源にもなるのではないかなと感じています。

それから3つ目は、人口が減少していく中で全ての介護サービスを一通りデパートのようにそろえるというのはちょっと難しくなってくるのではないかなと思うのですね。例えば訪問入浴もありますよ、通所もありますよ、例えば私は千葉市で仕事していますが、いろいろな介護サービスがあるので利用者さんは選択できますけれども、ただ、地方に行くところの地域で訪問入浴は提供できない、通所サービスも使えなくなってしまうというとお風呂に入れなくなったりするのですね。こういうものは大変困るので、人口が少ない地域でも少なくとも必要最小限のサービスが受けられるようなサービスの類型を確保する、例えば地域密着型という包括報酬でフレキシブルな多様なサービスが提供できる小規模多機能や看護小規模多機能といったものがありますけれども、人口が少なくなっていくとこういったサービスが減っていくみたいな傾向があるみたいですが、むしろ様々な個別専門的な介護サービスをこういった包括的なサービスに集約していくようなところでイニシアチブを取っていくというのは、限られた介護人材がより多様な介護サービスを地域に提供していく上では一つやってみてもいいアプローチなのではないかなと感じながら厚労省さんの資料を拝見していました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

以上3点のコメントをいただきましたけれども、厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（江口総務課長） ありがとうございます。

御指摘も含めて今後、検討していきたいと思います。

○佐藤座長 よろしいですか。

では、紀伊専門委員、よろしくお願ひいたします。

○紀伊専門委員 ありがとうございます。

1点お願いというか御要望と、それから御質問で、要望というか意見としては、いろいろな方からも出ていましたけれども、質の定義が非常に難しいというところはあるのだと思うのですけれども、例えば今日も御提案があったような通所における看護師等専門職の配置というのは、これは何のために配置しているのかということを考えて、利用者の方の健康管理であったり、急変時の対応という話なので、そのアウトカムや質とは何なのかというのは割と定義できる話なのではないかなと思っていますので、その体制だったり専門職の配置の目的から照らしてきっちり一つ一つ質を詰めていくことができると、これは地域に限らず展開していく話なのではないかなと思いましたが、改めてアウトカム評価や質を大事にするという今のストラクチャーベースにプロセスがあって、良いこともできたらいよいよねという質の評価ではなく、ちゃんと担保しているものという意味で質を決めるということをぜひ御検討いただけたらなというのがお願いでございます。

質問は、せっかく今日、各自治体の方々にいろいろな解決策を御提案いただいたので、この辺りの感触みたいなところも、ちょっと今日は答えづらいかもかもしれませんが、こういう解決策は非常に選択肢としてあり得るのだとか、逆にこういうところは非常にハードルが高くて議論の時間を要するとか、プロセスが大変なのだとか、この辺りの温度感が分かれば、コメントできるところはコメントいただければありがたいなと思いましたが、

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょう。確かに幾つか各自治体から提案や要望をいただいています、いかがですか。

○厚生労働省（江口総務課長） 老健局総務課長ですけれども、3つの自治体から具体的な御提案をいただいています、全てについて一つ一つお答えすることは難しいですけれども、例えば具体的に専門職の兼務の話がございましたけれども、こういったものはまさに今回の中間取りまとめでも具体的に専門職や常勤夜間の配置基準について弾力的なことができないか考えるということがありますので、まさに現場としての問題意識も同じようなことだということも踏まえてそこは議論していきたいと思えます。また、既存の今の介護保険制度の中で地域の状況に応じて基準該当サービスや離島等相当サービスということ認めているという中で、それでも弾力的な含みで対応しようと思っているけれども、それでも難しい実情があるという話もございました。これについても今回の中間取りまとめの中ではさらに拡充・見直しができないかを検討していくという話がありますので、その点についても同じような方向性で今後、議論していきたいと思っています。

また、具体的にケアマネジャーの確保がなかなか難しいという中で、そこに様々な課題があるということも御意見としていただきまして、これは今回の中間取りまとめでは具体的にケアマネジャーの課題みたいな話には触れていないですけれども、一方で、ケアマネジャーを取り巻く様々な状況についての検討というのは昨年度、厚労省で検討会を立ち上げて行いまして、昨年12月に中間整理というのをやっております。例えばその中で、今回、

具体的に御意見がありましたケアマネジャーの更新研修についての取扱いを見直してほしいということについても検討会の中間整理の中では、まずは大幅な負担軽減を図るとともに、更新研修そのものの在り方についても見直しを行うという方向性が示されております。こういったケアマネ検討会の中間整理に基づいて、厚労省でもこれから具体的に議論を進めてまいりますので、今日いただいた各自治体の皆さんの現場の率直な御意見ということで受け止めさせていただきます、今後の議論につなげていきたいと考えております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○厚生労働省（江口総務課長） 1点、補足があります。

○厚生労働省 1点、先生からいただいた前段のところ、質の定義が難しいということ、本日の御議論を踏まえて質をどのように考えるかというのは我々も考えたいと思いますが、これまでいろいろ議論している中では、質を定義するときに高齢者自体が状況が変わりやすいとか、特に居宅においてはいろいろなサービスが高齢者に関わりますので、それをどう評価するのかといったいろいろな課題があるとされているところでございます。

その御紹介と、本日あった資料の中でちょっと言うのであれば、専門職それぞれの中で議論すべきといった御指摘があったかと思いますが、例えば専門職の中でもオンラインの兼務というのはなかなか厳しいのではないかとこのころはあると思います。夜勤というところの配置というのは先ほど総務課長から御説明したところですが、専門職のそれぞれの職能に応じてどうした形での兼務が必要かということを検討していくということかと考えております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、最後に時田専門委員、よろしく願いいたします。

○時田専門委員 よろしく願いいたします。

それぞれ皆様がおっしゃっていることをトータルに考えると、介護保険制度が始まって25年たって、その価値も十分に理解をしています。同時に、様々な齟齬といいますか、変更しないといけないところも見えてきているという今だと思います。

まず一つは、介護保険制度は基本的に保険者の仕事ですね。基礎自治体の仕事だと思います。今日も自治体の皆様に来てくださっていますけれども、自治体がどこまでの自己決定ができる制度なのかというところがいまいまいち分かりませんで、特に介護保険が始まってスタートの段階では指定権者が県でしたから、それぞれの各地方自治体はもしかしたらある意味計画にない実態をお持ちなのかもしれない。途中で地域密着型が出てきたことによって保険者の機能が初めてそこで計画の中に生かされるということになったのかもしれない。つまり、保険者機能がどうやって十分に働いているかということに対しての評価というのが果たしてされているのだろうかと思います。

今、御回答いただいたように、一つ一つの事業所の質を評価するのが極めて難しいのは

よく分かります。だとすると、保険者機能全体を評価するというやり方はどうかと思っています。つまり、それは介護保険制度が本来持っている自立支援に資するサービスかどうかということ、質はもうここしかないのですね。同時にそれは国民自身も自立支援に自分自身も努力しなさいねと言われていた。ほとんどの国民はそれを知りません。介護保険の保険料を払っているのだから、サービスを受給してもらうのは当たり前と思っている。この感覚がまずは本来国の側が是正をしていかなければいけないことではないかと思っています。

そうした大きな枠組みの中で、介護保険の制度、それから本来の目的をみんなが共有するところから始まったときに、保険者は、単純に言えば自立支援が資することによって自分の自治体で要介護認定率が下がったというのは絶対評価ですね。本当に必要な人に本当に必要なサービスが届けられて、結果的に自立支援が徹底されたことによって要介護状態になる人が少なくなる、これは自治体の評価そのものだと思うのです。現実には地方自治体の方々は国から示されるもろもろをただ受け止めるだけで、それに対して自分たちの意思が十分に働いていないという実感をお持ちです。本来、保険者機能であるべき、なおかつ、介護保険サービスを経営しているわけですから、そこが十分に機能できるような自治体の在り方というのを本当に考えていただきたいなと思っています。

もう一つは、今、現実には私たちサービス提供事業者は、要介護認定がついてくると、ましてケアマネさんからケアプランが来ると、サービスを提供するということが前提なので。ということは、そもそもこの要介護認定の仕組みそのものを根本的に見直して、本当にこれは必要なサービスを受けるべき人なのかどうかということから見直していかない限り、サービスは受給されて当たり前というこの感覚そのものから変えない限り、人材も財源ももたないと思います。必要な人には十分なサービスを提供する、でも、不要なサービスまで提供しているというのが、私が現実を見ているとあるように思います。これは要介護認定の仕組みそのものです。できれば根本的にそこにメスを入れていくべきときではなかろうかと思っています。ぜひその辺りの御検討をお願いしたいところです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょうか。確かに市町村の保険者機能というのをどう評価して、また、その強化を図るかというのは重要な論点だと思いますが。

○厚生労働省（江口総務課長） ありがとうございます。老健局の総務課長です。

保険者機能の在り方については介護保険制度を改正する際に必ず一つの柱として議論していく項目でもあります。今回も次の制度改正に向けて議論を今スタートしておりますけれども、その中でも保険者機能ということについては様々な角度から議論していただくことになると思いますけれども、今、いただいた御意見も参考にさせていただきながら議論していくことになると思いますが、もう一つ、実際介護保険制度においては市町村が保険者ということで運営していただく形になっておりますが、保険者である市町村の規模も

様々で、特に自治体機能として地方公務員の数もかなり少なくなっていく中でどうやって基礎自治体としての役割を果たしていくかという議論も別途総務省で行われていると聞いております。この介護保険の業務というのは基礎自治体である市町村にとっても一つの大きな業務の塊ですので、そういった議論も横目で見ながら各市町村が保険者としての機能を発揮していただくためには、これは国、それから都道府県の支援も含めてどのようなことが考えられるのかということもぜひ議論していきたいと思っております。

ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

おおむね時間が過ぎておりますので、大丈夫ですかね。

では、本日の議論はここまでとして、取りまとめという形になります。全体として、厚労省さんの見直しの方向性については総論としては妥当というか、皆さん賛成なのだと思いますし、必要な取組をされているということは理解できると思います。

他方で、問われるのは次の3点かなと思って、一つはスピード感。もちろん2040年に向けてというのはあるのですが、離島の自治体の方々や山間地域を持っている自治体の方々などの実際に目の前で今困っている自治体があるわけですので、これに対する早急な取組が求められるだろうということで、それは配置基準の見直しもそうですし、ICT技術を含めた新しいテクノロジーの導入もそうかもしれないですね。なので、スピード感を持って今の現場の課題に対してどう取り組んでいくかということが問われるということ。

それから2つ目は、今回、地域を3つに類型化するという話が出て、ステップ・バイ・ステップで見直していくのかなとは思うのですが、まずは2040年に向けてここ東京も高齢化していくわけですから、大都市もこの問題からは無関係ではいられないということになると思いますので、単に山間地域で規制を見直すのですというだけにとどまらず、今後、これをどのように大都市、あるいは一般市に広げていくかという辺りもちゃんと視野に入れた具体的な工程表、スケジューリング感が必要なかなと思います。

最後の3つ目は実効性でありまして、実効性を担保するためにどうしても必要なのは介護の質の評価だと思うのです。これまでの質はどうしてもインプットで評価されて、人を何人配置しましたかとか、そういったところの要はストラクチャーやプロセスで評価されていますけれども、我々が求める質というのはアウトカムだと思うのです。難しいというのは分かっているのですが、諸外国での先行事例も含めて介護の質をどう評価していくかということについて真摯に取り組んでいく必要があるのかなと思います。これができないと、現場のほうで創意工夫も働きにくいですし、時田専門委員が先ほど言われましたが、私も財政学者なので気になるのですけれども、処遇改善をしたくても無駄な場所を切らないと財源が出てこないのですよ。なので、そういっためり張りのあるサービス提供につなげるためには質というのをどう評価していくかということが必要だと思います。どうしても質の低下に対する懸念というのはあるので、ならば、ちゃんと質を評価しないところの議論は堂々めぐりになってしまいかねないので、そこはしっかりと取り組んでいた

だければと思いました。

ただ、全体として厚労省さんの御努力はよく理解しております。ありがとうございました。

では、こんな感じで今日の取りまとめはここまでとさせていただきます。

では、よろしいでしょうか。議題1はここまでとさせていただきます。まだ足りない質問がありましたら、あるいはコメントがございましたら、4月30日までに事務局にお伝えいただければと思えます。事務局からまとめて厚労省さんにお伝えします。

また、議題1はここまでですが、今日、御参加いただいた3自治体の皆様方、非常にありがとうございました。現場の状況がよく伝わりました。こういった声が本当に規制改革において非常に重要であります。本当に御協力に感謝申し上げます。ありがとうございました。

では、議題1はここまでとさせていただきます。よろしいですね。自治体の方々は退室されて大丈夫です。ありがとうございました。

では、議題2はさくっと行くと思えますが、「規制改革ホットラインの処理方針について」、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、規制改革ホットライン処理方針で、資料2-1を投影しております。これは過去に関係省庁に再検討を要請して、それに再検討の回答があったものについてお示ししております。本ワーキングで既に検討中、または検討を行う事項として二重丸をつけたものを2件、その他、再検討の要否を判断するため、引き続き事務局で検討を進めるものが三角、これが4件となっております。

事務局からの説明は以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

今の御報告に何か御質問はありますでしょうか。大丈夫ですね。

では、ホットライン処理方針については資料2のとおり決定させていただきたいと思えます。

では、本日はこれで会議を終了いたします。本日も御参加いただきましてありがとうございました。

速記はここで止めてください。