

○栗原企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第80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、大変お忙しいところをお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日の議題に関連しまして、社会・援護局から吉田生活困窮者自立支援室長が出席しております。

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でございますので、御退席をお願いいたします。

(カメラ退室)

○栗原企画官 それでは、以降の議事進行は遠藤部会長にお願いしたいと思います。よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 皆さん、おはようございます。

まず、本日の出欠状況でございますが、大西委員、黒岩委員、佐藤委員、藤原委員から御欠席のお知らせをいただいております。

また、黒岩委員の代理としまして、柏崎参考人（神奈川県福祉子どもみらい局福祉部長）が御出席でございますので、お認めいただければと思います。よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入る前に、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○栗原企画官 厚生労働省では審議会等のペーパーレス化の取り組みを推進しており、タブレットを用意しております。

操作等で御不明点がございましたら、適宜事務局がサポートをいたしますので、お申しつけください。

あわせて、机上にも資料を用意しております。

続いて、お手元の資料の確認をさせていただきます。

資料1「今後の検討事項」。

資料2「介護予防の推進」。

資料3「『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会』中間とりまとめ（概要）」。

参考資料1「今後の検討事項（参考資料）」。

参考資料2「『一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会』中間とりまとめ」。

以上でございます。

不備等がございましたら、事務局までお申しつけください。

○遠藤部会長 よろしゅうございますか。

それでは、議事に入りたいと思います。

まず、議題1「今後の検討事項」、議題2「介護予防の推進」について、進めていきたいと思います。

事務局から、資料1と資料2について説明をお願いいたします。

○栗原企画官 企画官の栗原でございます。

議題1「今後の検討事項」について、御説明申し上げます。資料1を御用意いただけますでしょうか。

資料1「今後の検討事項」の1ページをごらんください。最初に、これまでの部会の議論と今後の検討方針、スケジュールについて、ざっくりと整理させていただいております。1つ目の○でございますが、本年2月25日の回において、5つの主な検討事項をこの部会において提示させていただきました。2つ目の○のところでございますが、各検討テーマについてこの5回の部会で幅広く議論を進めてきたところでございます。3つ目の○のところ、今後は、年末の取りまとめに向けて、各テーマについて、これまでの議論等を踏まえながら、さらに検討を深めていただきたいと考えております。また、地域共生社会の関係の検討会につきまして中間取りまとめが公表されたところでございますが、こちらのほうは、本日、議題3で報告させていただきますが、地域共生社会の実現につきまして、このテーマとの関係も含めてあわせて議論を深めていただきたいと考えております。

2ページ目をごらんください。「今後の検討スケジュール（案）」でございます。横軸が時間軸でございます。本日、8月29日、左のほうになりますけれども、この縦軸のほうの2つ目のところが介護保険部会・制度改正ということで整理しております。今後、月1・2回ペースで御議論いただきまして、この下にあります、予防、文書負担軽減、地域共生といった関係の検討会の議論も踏まえていただきながら、年末までに取りまとめを行っていただきたいと考えているところでございます。

3ページをごらんください。ここからは、2月に示しました検討テーマごとに、これまでの議論で出た主な御意見を整理させていただいております。それ

から、最近の動きも踏まえた上で、今後の検討方針についてそれぞれ示させていただいております。3ページから、1つ目と2つ目、介護予防・健康づくりの推進と保険者機能の強化として、こちらは3月の部会で少し御説明させていただいたとおりでございます。両事項は大きくかかわり合うテーマですので、この資料上は1つで整理させていただいております。「1. 主な論点」ということで、これは部会で事務局より示させていただいた論点を要約したものでございます。その次、2からは委員からいただいた主な意見をまとめさせていただいております。それぞれについては、時間の関係上、説明は割愛させていただきたいと思っておりますが、3ページのところから、地域包括支援センター、4ページ、ケアマネジメント、総合事業等、地域支援事業等全体ということで、それぞれに分けて事務局の責任で御意見の要点を書かせていただいております。5ページは一般介護予防事業等、6ページに行きまして、保険者機能強化推進交付金、保険者の取り組み、その他とそれぞれ整理させていただいております。

7ページをごらんください。この大きな検討事項Ⅰ・Ⅱの最近の動きでございますが、7ページの「3. 最近の動き」の1つ目の○のところでございますが、一般介護予防の検討会を設置して議論を開始しておりまして、8月23日に中間取りまとめを公表しているところでございます。こちらは、本日、議題2として説明させていただきます。2つ目、3つ目の○のところにありますとおり、骨太方針2019等におきまして、保険者機能の強化、保険者機能強化推進交付金、あるいは調整交付金といったことについて記載がされているところでございます。「4. 今後の検討」ということで、これまでの議論や最近の動きを踏まえまして、一般介護予防事業等につきましては、検討会の検討も踏まえながら、今後求められる機能等々について検討を深めるとともに、他の事業との連携方策、効果的な実施方法、在り方等について検討を進めていただきたいと思います。地域包括支援センターにつきましては、高齢化の進展への対応等の課題を踏まえた機能強化、業務や体制の在り方等について検討を深めていただきたいと思います。ケアマネジメントにつきましては、適切なサービス提供の観点から、質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策について検討を深めていただきたいと思います。総合事業等について、効果的な推進に向けて、運営面、制度面での対応方策について検討を深めていただきたいと思います。とさせていただきます。

8ページをごらんください。続きの部分でございますけれども、保険者機能強化推進交付金につきまして、評価指標の見直しやめり張りづけ等について検討を深めていただきたいと思います。また、保険者インセンティブの強化の方策について検討を進めていただきたいと思います。さらに、調整交付金について、求められる機能等を踏まえながら検討を進めていただきたいと思います。保険者機能の強化に向けて、国・都道府県による支援の在り方について検討を進める、また、データ利活用の方

策等について検討を進めるとさせていただきます。

9ページをごらんください。3つ目の「地域包括ケアシステムの推進」についてでございます。「1. 主な論点」、「2. 委員からの主な意見」ということで、「2. 委員からの主な意見」のところは、介護サービスの基盤整備、10ページに行ってくださいまして地域の高齢者を支えるサービス整備、さらには、11ページ、医療・介護連携、その他という形で整理させていただきます。

12ページをごらんください。「3. 今後の検討」でございます。介護サービスの基盤整備について、地域特性や高齢者向け住まいの整備状況等も踏まえながら適切に進めるための方策について検討を深める。地域の高齢者を支えるサービス整備について、地域特性等も踏まえながら、各サービスを適切に組み合わせ整備していくための方策について検討を深める。医療・介護連携につきましては、在宅医療・介護連携推進事業の在り方、介護医療院への円滑な転換等について検討を深める。また、介護DB等のさらなる活用や科学的介護の実現につながるよう、介護分野におけるデータ活用方策について検討を深めさせていただきます。

13ページから、認知症の関係でございます。

14ページをごらんいただければと思います。この関係で最近の動きとしましては、骨太方針2019におきまして、大綱に基づき、総合的な認知症施策を推進する等が記載されております。また、本年6月に、これは議員立法でございますけれども、認知症基本法案が衆議院に提出されている状況でございます。今後の検討としまして、認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の総合的な推進方策について検討を深めさせていただきます。

15ページからが、「V 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新」についてでございます。ここの部分は「介護人材の確保・介護現場の革新」ということで整理させていただきます。「1. 主な論点」、「2. 委員からの主な意見」を整理させていただきます。17ページに「3. 今後の検討」ということで書かせていただいております。人材確保・定着促進の方策、生産性向上の取り組みの推進方策、介護現場革新の取り組みの横展開の方策等について検討を深めさせていただきます。

18ページをごらんください。5番目の議題の「給付と負担」の関係の部分でございます。「1. 主な論点」、「2. 委員からの主な意見」を18ページに整理させていただきます。19ページに「3. 今後の検討」ということで書かせていただいております。1つ目の○のところですが、介護保険制度は、創設から19年がたちまして、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきているところでございます。一方で、高齢化に伴いまして、介護費用の総額も制度創設時から約3倍、保険料の全国平均も上昇してきている状況にござい

ます。こうした状況の中で、3つ目のところですが、必要なサービスを提供していくと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題となっているところでございます。4つ目の○のところでございます。前回の制度改正に向けたこの部会での議論、閣議決定されている文書の関係を踏まえまして、「以下の課題について検討を行う」とさせていただいております。これは全部で（1）～（8）まででございます。

それぞれにつきまして、現状等について簡潔に整理したペーパーを次のページ以降でつけさせていただきますので、説明を続けさせていただきたいと思っております。この関係で参考資料1にそれぞれについての関係資料もつけさせていただきますので、横に置いてごらんになりながらお聞きいただければと思っております。

20ページをごらんください。「（1）被保険者・受給者範囲」でございます。1としまして創設時における考え方ということで、介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的としまして、被保険者は65歳以上の第1号被保険者、40歳以上64歳以下の第2号被保険者となっております。2つ目の○のところですが、40歳以上になれば、一定の受益があるため、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立ってということ、ここの部分が被保険者とされているところでございます。それから、財源構成につきまして、1号、2号というところは、被保険者数に応じて按分ということになっております。給付については、65歳以上は原因を問わず要介護・要支援状態であれば給付対象、40～64歳では特定疾病による場合に限定しているところでございます。2としまして、これまでの議論でございます。介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行うという「制度の普遍化」を目指すべきか、それとも「高齢者の介護保険」を維持するかということを中心に議論が行われてきているところでございます。

21ページをごらんください。前回、平成28年のこの部会の意見を書かせていただいておりますが、これは、一番下のところにありますとおり、「引き続き検討を行うことが適当である」とされているところでございます。2つ目の○のところ「なお」で書かせていただいておりますけれども、障害者施策との関係につきましては、障害者総合支援法において介護保険が優先となっておりますけれども、これを超えて必要な部分は障害者総合支援法で支援するといった仕組みになっております。

22ページをごらんください。こういったことを踏まえて、論点ということで書かせていただいております。今後の人口構成の変化、制度創設時の考え方や、これまでの議論の経緯を踏まえて、被保険者・受給者の範囲についてどのように考えるかということで書かせていただいております。

23ページをごらんください。「(2) 補足給付に関する給付のあり方」でございませう。1つ目のところでございますけれども、制度発足時の介護保険においては、介護保険三施設とショートステイについて、居住費・食費が給付に含まれておりましたが、2つ目の〇のところでございます。平成17年改正により、在宅の方との公平性等の観点から、これらのサービスの居住費・食費を給付の対象外としました。ただ、住民税非課税世帯である入所者については、補足給付という形で居住費・食費の負担軽減を行っているところでございます。3つ目の〇のところでございます。平成26年改正においては、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、1つ目は預貯金、2つ目のところで配偶者の所得、3つ目のところで非課税年金、こういったものを勘案する改正を行っているところでございます。

24ページをごらんください。平成28年の部会では、不動産を勘案するかどうかということを検討しております。ここにつきましては、部会の意見を書かせていただいておりますが、この2行目のところですが、「様々な実務上の課題が明らかになった」ということで、3行目のところ、「一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である」ということで整理されております。下のところ、論点でございます。補足給付に対して、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の観点から見直す点はあるか。それから、不動産勘案について、実務上の課題等を踏まえ、どのように考えるかということとさせていただきます。

25ページをごらんください。「(3) 多床室の室料負担」でございます。この上に書いてある施設、特養等における居住費については、先ほども少し御説明したとおり、平成17年10月から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じて、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を負担することとされております。低所得者については、補足給付を支給することとしております。これに関係して、平成27年度からは、介護老人福祉施設の多床室について、在宅で生活する者との負担の均衡を図るために、一定の所得を有する入所者から室料の負担を求めることとしております。なお、3つ目の〇のところですが、平成30年度に、介護療養型医療施設の経過措置期限が令和5年度まで延長される、それから、介護医療院が創設されるという動きがあります。介護医療院の居住費の取り扱いについては、介護老人保健施設、介護療養型医療施設と同様とされているところでございます。論点ということで、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等における多床室の室料負担の在り方について、在宅で暮らす方との公平性の観点や、過去の経緯、それぞれの施設の機能、介護療養型医療施設の経過措置期限等を踏まえて、どのように考えるかとさせ

ていただいております。

26ページをお願いします。「(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方」でございます。1つ目の○のところでございますが、ケアマネジメントは、居宅介護支援事業者が居宅の要介護者に対してケアプランの作成やサービス事業者との連絡調整等を行うものでありまして、重要な役割を果たしているところでございます。これにつきまして、要介護者等が積極的にサービスを利用できるように、制度創設時から10割給付のサービスと位置づけられてきております。この給付の在り方につきましては、これまでも議論されてきているところでございます。ここに記載のとおりでございますけれども、結論は得られていない状況でして、平成28年の部会の意見におきましては、「ケアマネジメントの在り方とあわせて引き続き検討を行うことが適当である」とされているところでございます。論点のところ、ケアマネジメントに関する給付の在り方について、経緯、ケアマネジメントの実施状況、質の高いケアマネジメントの実現等の観点を踏まえて、どのように考えるかとさせていただきます。

27ページをごらんください。「(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」でございます。1つ目の○のところに書いてございますとおり、平成26年の介護保険法の改正で、「総合事業」ですけれども、介護予防・日常生活支援総合事業が創設されているところでございます。この文章の下のところですが、この改正により、要支援1・2の者の訪問介護と通所介護が総合事業へと移行されております。2つ目の○のところに、総合事業の実施状況について記載させていただきます。サービス利用量について、調査によると、利用者1人当たりの利用日数について、移行前後において大きな変化は見られなかった。一方で、住民主体のサービスなどの多様なサービスが実施されている市町村数は6～7割にとどまっているという状況がございます。一番下のところですが、地域の実情に応じたサービス提供が行えるようにする観点、事業の実施状況、あるいは市町村の意向等を踏まえ、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方を含めた総合事業の在り方について、どう考えるかとさせていただきます。

28ページをごらんください。「(6) 高額介護サービス費」でございます。一番上のところ、介護保険制度におきましては、利用者負担額に一定の上限を設け、超えた額が高額介護サービス費として利用者に償還される仕組みとしていただいております。3つ目の○のところでございますが、平成29年改正においては、負担上限額につきまして、医療保険と同じ水準である4万4400円（世帯）とされたところがございます。このときに、長期利用者に配慮いたしまして、3年間の時限措置でございますけれども、年間上限を設けているところがございます。4つ目のところでございますが、介護保険制度の高額介護サ

ービス費の限度額は、制度創設時から医療保険の高額療養費制度を踏まえて設定されているところでございます。医療保険制度における高額療養費につきましては、これまで累次の改正が行われてきておりまして、平成30年8月からここに記載のとおりとなっているところでございます。医療保険における自己負担額の上限額を踏まえて、高額介護サービス費の在り方についてどのように考えるかとさせていただいております。

29ページをごらんください。「(7)『現役並み所得』、『一定以上所得』の判断基準」でございます。現状の1つ目の○でございます。介護保険制度においては、制度創設以来、利用者負担割合を一律1割負担としていたところですが、平成26年の改正におきまして、3行目のところですが、「一定以上所得のある方」について、負担割合を2割としたところでございます。また、2つ目の○のところ、平成29年の介護保険法改正におきまして、現役並みの所得を有する方の負担割合を2割から3割に引き上げたところでございます。2割負担に該当する方、3割負担に該当する方は、3つ目の○、4つ目の○に書いてあるとおりのパーセンテージとなっているところでございます。5つ目の○、6つ目の○のところ、それぞれ導入による影響調査を行っておりまして、その結果についてここに書いてあるとおりでございます。一番下のところです。制度の施行状況を踏まえ、こうした「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準についてどのように考えるかとさせていただいております。

最後になります。30ページをごらんください。「(8)現金給付」でございます。1つ目の○のところでございます。介護保険制度創設時より、現金給付を介護保険給付として制度化するか否かについては議論が行われてきているところでございます。3つ目の○のところ、前回と申しますか、平成28年の介護保険部会の意見では、ここの3行目のところがございますとおりの、「現時点で現金給付を導入することは適当ではないと考えられる」と整理していただいているところでございます。最後のところ、介護保険創設時の議論、その後の議論の経緯等を踏まえ、現金給付についてどのように考えるかとさせていただいております。

私からの説明は、以上でございます。

○眞鍋老人保健課長　続きまして、老人保健課長でございます。

資料2を用いまして、「介護予防の推進」について御説明をさせていただきたいと思っております。

資料2をお開きいただきますよう、お願いいたします。

ページ番号1でございまして、こちらは「介護予防の推進」のマル1、その中で「1. 経緯」についてお示ししたものでございます。まず、簡潔に御



説明申し上げます。介護予防につきましては、平成27年度以降に、それまでのハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチへの考え方も踏まえ、取り組みに大きく考え方を変えたところをごさいます。バランスのとれた取り組みが重要であるということで、通いの場の取り組みを中心とした一般介護予防事業等を推進しているところをごさいます。この一般介護予防事業等につきましては、一部の自治体でその取り組みの成果があらわれてきているということで、介護予防に加え、地域づくりの推進という観点からも保険者等の期待の声大きいところをごさいます。ここに記載はごさいませんけれども、現時点で、65歳以上人口の4.9%が通いの場に参加し、9万1000力以上の通いの場が設定されているということも報告されたところをごさいます。こういうふうな状況を踏まえ、3月に開催されました当部会におきまして、一般介護予防事業等に今後求められる機能やPDCAサイクルに沿ったさらなる推進方策等の検討を集中的に実施するという、「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を設置することで了承していただいたところをごさいます。これを受け、本日までに4回議論を行いまして、今般、こちらは参考資料2につけてごさいますけれども、中間取りまとめを実施したところをごさいます。メンバー構成はこの1ページの右側の表にあるところをごさいます。座長は遠藤部会長をお願いしてごさいます。また、ほかにも当部会のメンバーの先生方に多く入っていただいているところをごさいます。

そのまとめの概要でごさいますけれども、2ページ目、3ページ目でごさいます。まず、2ページ目からごさいます。主な内容といたしまして、(1)～(3)がごさいます。まず、「(1)一般介護予防事業等に今後求められる機能」でごさいますけれども、先ほど申し上げました通いの場をより魅力的なものとするといった観点から、今は住民主体の通いの場ということで一定の類型をお示ししておりますけれども、多様な取り組みがあるということで、通いの場を類型化して示していくことも検討すべきであると。その際、スポーツや生涯学習等の介護保険の担当以外の部局が行う取り組みとか、民間企業あるいは医療機関等の自主的な取り組み、いわゆる就労に類する取組なども、通いの場として明確化していいのではないかと。次の○でごさいます。これはアウトリーチが重要であるということをごさいます。参加していない高齢者の方々のうち、支援が必要な方を把握し、つなげることができないかということをごさいます。4つ目の○でごさいます。こちらは参加促進をどのように図っていくかのツールといたしまして、ポイント付与とか、有償ボランティアなどがごさいますけれども、これは当日の検討会でも議論があったところをごさいますけれども、このポイント付与に関しましては、対象の偏りとか費用対効果の点などにつきまして、社会的におのずと理解が得られる範囲があるだろうとい

うことをございまして、そこを見きわめながら進めることが重要であるということをございます。「(2) 専門職の関与の方策等」をございまして、より通いの場における取り組みを効果的・継続的に実施するために、幅広い医療専門職との連携や、医療分野以外の多様な専門職種や学生等の関与も期待されるところということ、こちらは保険局からも事業を御紹介いただきましたけれども、今般、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が法改正により可能になるということをございまして、現場において連携した取り組みがさらに推進されるように検討すべきと。また、プロフェッショナル集団である医師会等の医療関係団体や医療機関等との連携も重要である。こうした事例の把握を進め、そして、自治体に情報を提供するということをございます。通いの場への定期的な医療専門職種等の関与を初め、地域リハビリテーション活動支援事業のさらなる活用促進が適当であると。こうした取り組みを進めるに当たりまして、通いの場が住民主体で進めるものであることについて留意しつつ行うことが必要であるとなってございます。「(3) PDCAサイクルに沿った推進方策」をございまして、こちらは、自治体の業務負担等も考慮しつつ、いろいろな指標がございますけれども、プロセス指標やアウトカム指標の在り方について検討すべきであるということをございまして、その評価指標を検証できるように、データ整備とか、ICTなどを活用したシステムの活用方策についても検討を進めるべきと。次の○でございますが、一般介護予防事業を含む介護予防に関する事業全体のPDCAサイクルに沿った推進方策についても、制度的な対応を含めてさらに検討を深めることが適当である。最後の○でございますけれども、介護予防に関し、抜本的に強化が検討されている保険者機能強化推進交付金の指標と、この前段で御説明申し上げましたいろいろな指標とが整合のとれたものとなるよう、さらなる検討を進めることが適当ということをございます。

最後のページ、3ページ目でございます。「(4) 今後の進め方」といたしまして、きょうまた御紹介をするようにメニューにはございますけれども、地域共生社会の実現に向けた取組が進められている中で、地域づくりの担い手としての高齢者の役割があるのではないかという指摘もあることから、今後、こうした視点も勘案しつつ、地域支援事業、他の事業との連携方策とか、効果的な実施方法、在り方等についても、引き続き検討することとし、後半と思っておりますけれども、秋以降には関係団体や自治体とのヒアリングを行って、さらなる議論を進めてはどうかと。「3. 論点」として、この下でございますけれども、2つ○がございまして、1つ目の○の中に4つのポツがございます。ここについて後半戦で議論を深めていきたいということ、先ほどの(1)～(3)にほぼ相当するものが上の3つのポツでございます。専門職種の効果的・効率的な関与の具体的な方策、PDCAサイクルに沿った評価の在り方、自治体の

業務負担も考慮したデータ収集やシステム活用の仕組み、地域支援事業の他の事業との連携方策や効果的な実施方法、在り方などでございます。こういうことについて検討を行いまして、本年末を目途に全体の議論を取りまとめ、またこちらの部会に御報告申し上げたいと思っているところでございます。また、部会におきましては、きょうは中間取りまとめでございませけれども、この検討会をこのように報告をさせていただきますまして、第8期の介護保険事業計画におきまして介護予防の推進をさらに図るための推進方策について、検討していただく場になるということで、そのようにしてはどうかと提案を申し上げているところでございます。

先ほど御説明の中で触れましたけれども、参考資料2が一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の中間取りまとめでございませ。今月、8月23日に取りまとめております。

説明は、以上でございませ。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局から説明をいただいた内容につきまして、御意見、御質問等があれば、承りたいと思ひませ。ただ、論点も非常に多様でございませすし、多くの委員の発言が予想されませので、論点に沿った形で要領よく御発言いただければと思ひませので、どうぞ御協力のほどよろしくお願ひいたしませす。いかがでございませしょうか。

濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

まず、論点の一般介護予防事業等の在り方について検討を進めるということとでございませが、現行の好事例を地域性を踏まえながら、非常によい事例も発表されておりますので、柔軟に横展開できるように検討すべきであると思ひませしております。また、記載のように、地域支援事業も併せて活用できるようにしていけばよいのではないかと考えませ。また、専門職の関与につきましては、それぞれの地域で活躍されている専門職がございませので、恐らく人口規模の多い地域ですと、全ての保健・医療・福祉・介護の専門職がそろう場合が多いと思ひませが、人口規模の小さいところと、例えば、ある特定の職種となれば確保が難しいということもございませので、特定の専門職に限らず幅広く活用できるようにしてはどうかということをお願ひしております。

続きまして、地域包括支援センターについて、高齢化の進展への対応や介護離職防止等の課題を踏まえた今後の在り方でございませけれども、以前より申し上げておりますが、この機能強化につきましては働き方として過度の負担と

ならない配慮を踏まえつつ、現行の配置人員の増員も視野に入れながらさらなる機能強化を図るために、例えば、圏域の地域包括支援センターをバックアップする体制というものを関係機関で持てるようにもできるようにしてはどうかということでございます。例えば、居宅介護支援事業所、特に特定事業所加算を算定しているところでございますと365日の相談支援が可能でございますので、あるいは、さらに、土曜・日曜・休日等ですと、介護支援専門員等、専門職が配置されていて地域包括ケアを積極的に展開している多機能な介護保険施設等のバックアップが受けられるようにするなど、そうした機能展開も考慮すべきではないかと考えております。

ケアマネジメントについては、高齢者の多様なニーズに対応した適切なサービス提供の観点から、介護支援専門員がその役割を効果的に果たしながら、質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策についての意見でございます。これにつきましては、引き続き、多様なニーズに対応するために、このケアマネジメントの特に居宅介護支援利用の入口という段階において、導入に当たる総合相談的な機能が重要と考えております。一義的には地域包括支援センターがございしますが、居宅介護支援事業所においても、近年では、非常に街の中にあるということで、世代や対象者を超えて、例えば、障害のある方、あるいは、ひきこもりの方。また、その他の状態像の方を含めた利用者、あるいは介護離職防止のための家族介護者等の相談しやすい環境を進めるためにも、そうしたバックアップ機能の環境整備についても評価されるようにすべきであろうと思っております。

さらに、人的な環境整備ということでございますが、昨年度、介護支援専門員実務研修受講試験受験要件の見直し等もありまして、国家資格等の法定資格保持者になったということで、大幅に減少しているということもございまして、介護支援専門員も介護人材不足というところにかかわってきているということで、環境整備、人員配置、業務負担軽減、さらには処遇改善等、そういうことも検討していただけないかということでございます。ベースとなる介護支援専門員がふえませんか、主任介護支援専門員がなかなかふえてこないということで、居宅介護支援事業所の管理者の育成も進まない可能性もありますので、またこの受験者が減少した要因等の分析も、今後、実施いただく必要があると考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでございましょうか。

津下委員、どうぞ。

○津下委員 ありがとうございます。

この介護予防の推進についての検討会がございまして、その中で御紹介された事例から、1点、御検討のお願いをしていただきたいと考えております。

世田谷区さんからの事例の中で、住民主体のサービス等、多様なサービスが行われているわけですが、要介護認定を受けると、その利用を中止して要介護給付の通所型サービスに切りかえることとなり、サービスが継続的に行われないう実態があることが御報告されました。高齢者にとって安心した人間関係を続けるためにも、このようなサービスが途切れないことが必要と思われまます。現在、要介護者以外に限定されている事業についても、要介護者も対象に加えていただき、一括して事業を進めることができるようにならないかというような御意見が出されておりました。

私としても、そのような住民主体のサービスが充実している中で、多様なサービスの選択肢が確保できるように、要件の緩和といいますか、弾力化などについて御検討願えればと思ひます。

もう一点ですが、そのような総合事業などの充実に自治体は熱心に取り組んでおられるわけですが、その予算の上限管理がございまして、その中に押し込めていかなければならない。つまり高齢者の伸び率でその上限額が設定されておりますけれども、上限額がオーバーする場合、もちろんそれは保険者としてのマネジメントが非常に重要であります、このような総合事業を行うことで、より効果的・効率的、また、住民の介護予防に資するというような事業であるということであれば、何らかの方法で弾力的に運営していただくというような御配慮が欲しいという御意見が出されておりましたので、また御検討をお願いできればと思ひております。

2点目なのですが、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施ということで、こうなりますと、庁内の各部門の連携とか、医療・介護の制度を熟知し、地域の方々と顔の見える関係をつくっていくということが非常に重要ですので、地域づくりの経験値の高い保健師等が、自治体において専門的にこのことについてかかわっていける体制ができるといいのではないかという御意見が各所で出ております。このような保健師等の配置について、その一体的な実施の中で、さらにその役割とか、一方、保健師1人で抱えることなく、事務職や関係者、また、各部門と連携しながら体制づくりをする方策について御検討いただければと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

ただいまの御発言の内容は、一般介護予防に関するお話ということでございますので、一般介護予防の検討会のほうで御議論いただければと考えております。

武久委員、どうぞ。

○武久委員 ありがとうございます。

今回は、今までのまとめとこれからのことという非常に広範囲なことですけれども、大きく分けると、介護保険の規模の拡大とか、要介護者の増加とか、介護職員の不足とか、そういうようなものがあちらこちらに出てくるわけでございますけれども、要介護者になる場合は、ほとんどの場合、その前に病気をして、医療を受ける。その結果として要介護者になっているという例が非常に多いわけでございますので、7月26日の会議でも言いましたように、介護職員はどんどん不足しているというときに、我々も、介護の場面では、医療が終わった後にお引き受けするというイメージがございましてけれども、医療の在り方がいろいろ問題になっておりますけれども、高度急性期病院での入院患者のうちの高齢者が20年前の倍になって7割以上になっている。そうすると、従来の医療のやり方では、要介護者が医療の現場でふえていく。要介護者がふえていくと介護職員が相対的に不足してくるということがありますので、介護は医療と密接に関係しておりますので、医療等の話し合いとか、いろいろなものがございまして。

どうしても、入院すると、安静にしたり、また、高齢者がどんどんふえているにもかかわらず、病院には介護職員がほとんどいないと。看護師さんがその役割を担っているということもございまして、結果として、要介護者はどんどんふえている。そのこのところを、ここは老健局の介護保険の担当でございましてけれども、要介護者を医療から受ける立場のところもございまして、このところを少し医療と介護で話し合っていくということも重要かと思えます。また、介護保険は市町村が保険者になっておりまして、小さい市町村では高齢者が非常に多いので、要介護者が非常にふえるということで、少し介護保険の収支バランスが全国的にちょっといびつになっていることもございまして、国民健康保険は18年に都道府県になりましたように、介護保険も都道府県が保険者にならないと、きょうの検討事項の中にもございましたように、今後、非常に大きな問題になるのではないかと。

もう一つ、介護三施設といいまして、老健、特養、介護療養型とあるのですけれども、この介護療養型の場合に、以前から、介護職員の処遇改善の交付金を申請しているところが他の2つの施設に比べて非常に少ない。これはどういう理由かということ、基本的に介護の場での介護職員には処遇改善交付金が出て、

今回、また10年したら8万円とかということが手厚くあるわけですがけれども、医療現場の入院現場では、介護職員が結構いるにもかかわらず、これに対しては処遇改善交付金がないということで、医療経営者としては、介護と両方運営している場合に、なかなか病院で介護側の介護職員と同じように給料を自分のところの補助金なしに上げることが非常に厳しくなってきた、いつの場合でも介護療養型医療施設の場合の処遇改善の交付金のパーセントが非常に低いわけでございます。これが今度は介護医療になったということで改善されていくと思いますけれども、この3つの入所施設のそれぞれの特徴を生かした運営をして、できるだけ要介護者の要介護度を改善する。また、大もとの要介護者になるのを抑制するという視点も少し加味して、今後、検討していただいたらありがたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。柏崎参考人、どうぞ。

○柏崎参考人 ありがとうございます。

2点ほど発言させていただきます。

まず、資料1の8ページに保険者機能強化推進交付金と調整交付金が出ておりますけれども、まず、調整交付金については、求められる機能を踏まえながら検討を進めるということがありますけれども、こちらはあくまでも保険者の責めによらない年齢構成等の要因による水準格差の調整でありますので、今後の検討に当たっては、保険者機能の強化といった観点はこの趣旨に反すると思います。それと、保険者機能強化推進交付金のほうですけれども、メリハリをつけるということは適切なことかと思っておりますけれども、逆に、点数の低い保険者に対して国庫負担金を減額するといったディスインセンティブのような仕組みは設けることが適当ではないのではないかと考えております。

2点目ですけれども、今回、資料1では介護予防とか認知症「共生」・「予防」の話、また、資料2では「介護予防の推進」とあります。これまでの議論の中でも、介護認定された、あるいは認知症と診断されたということが、御本人の尊厳を傷つけたり、あるいは新たな偏見に結びつかないような議論が必要であるということがありました。こういった点は非常に重要かと思っております。予防が悪化の防止や軽減を含んでいるという理解はぜひとも必要だと思っておりますし、神奈川県としては、そうしたことも踏まえまして、介護未病改善あるいは認知症未病改善という考えを取っておりますので、今後の議論に当たりましては、そうしたことも念頭に置きつつ御議論をお願いできればと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、こちら側に行きましょう。

石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。

大きく2点でございます。

まず、1点目でございますが、この後の報告の中で地域共生社会に資するということに触れられようかと思いますが、8050問題に代表されるように、地域ニーズが非常に多様化・複雑化してきている中におきまして、ソーシャルワーク機能が地域の中でもっと活用される環境をいかに整えるのかということが、今、非常に求められているところでございます。資料の7ページにございますように、包括支援センターの役割は非常に期待が大きいところでありますけれども、他方で、以前から言われているところでございますが、業務量の過多というのは非常に大きい問題になっております。人員配置の体制など、今、現場では非常に悲痛な声が上がっているというのも実情でございますので、こういったところが改善されるような議論で進められるべきではないかということの一つ申し上げたいと思います。

もう一つ、今度は介護現場の担い手に関するところでございます。1つ目の視点としては、人をいかに集めるかという視点はもちろん大事なのですが、提供体制が過多になっていないかという視点も大事ではないかということは以前からも申し上げているところでございます。この地域にどれぐらいのニーズがあって、それに対してきちんと提供体制が充足しているのか・していないのかという視点で、しっかりとチェックされる機能が働くべきではないかと思うところが1点。

人材に関しては、多様な人材を取り入れながらいかに質を落とさないかということで、何層からかで成る人材で構成されていくことになろうかと思えます。真に専門性を必要とする、まさに自立支援や重度化予防またはその尊厳を守るケアという部分が求められる質の高い介護を提供する部分につきましては、資料でいいますところの15ページ、以前発言させていただいておりますが、そのコアな部分に関しては、介護福祉士という国家資格を持つ者が介護の質にはしっかりと責任を持つ。介護職のチームとしてマネジメントをしっかりと機能を果たすということが重要かと思えますし、それがきちんとこの介護保険という制度の中で、ルール上、まだ、きっちり位置づけられていないということ、ここは課題ではなかろうかと思えます。これらの課題については、配置基準等々の



中に位置づけていただくということが大事ではなからうかと思えます。

その一方で、住民を巻き込みながら、介護予防であったり、サポーター養成などを行うような場面におきましては、今度は14ページで以前発言させていただいておりますが、専門職の高齢化というのも進んでいるのが事実でございます。高齢化でリタイアした人たちの人材が地域の中で一定程度いるだろうと思えますので、そういった方々も利活用しながら、住民を巻き込み、介護予防であったり、認知症に対する啓蒙・啓発を進めていくというアプローチを進めていただければということをお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、河本委員、お願いいたします。

○河本委員 ありがとうございます。

時間の関係もありますので、私は給付と負担のところに関して2点ほど申し上げたいと思えます。

これは、以前の部会でも申し上げましたが、介護給付費は医療費の伸びを大幅に上回る勢いで伸びております。そういう中で、本日の資料にも書いていただいておりますが、制度の持続可能性を担保していくためには、給付と負担のバランスがしっかり確保されることが必要だということでございます。今回、改革工程表に記載されている項目をずっとそれぞれ論点等々書いていただいておりますが、こういった改革工程表に記載されていません、例えば、現役並み所得の基準の見直しとか、あるいは補足給付の在り方とか、軽度者への生活援助サービスといったことをしっかり議論を進めていただきたい。もっと言えば、将来的には、本当に保険料の極めて大幅な伸びを少しでも抑制していくということを考えたときに、将来的には、財制審の中の指摘にもありました。利用者負担の原則2割化とか、そうしたことも議論していく必要があるのではないかと考えております。

もう一点、その関係で、2号被保険者の範囲の話も本日の資料にも出ておりますが、2号の範囲を拡大するといった議論がございます。これは現役世代の負担増に当然つながるわけで、そうでなくても現役世代はいろいろな負担が急激に増えているという中で、慎重な議論が必要だと考えております。一方、60代後半の方の就業率は近年かなり上がってきておりますし、体力とか、運動能力とか、社会活動等への参加とか、そうした高齢者の若返りということがいろいろなところで言われてきております。60代の後半の要介護の認定率は極めて

低いこともございますし、将来的には60代後半の方が本当に今の1号被保険者のままでいいのかということも議論としてあるのではないかと考えております。そういう意味では、被保険者範囲の見直しを議論するときには、そうした論点も必要ではないかと考えるところでございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

まず、17ページにあります今後の検討、介護人材の確保というところですが、何度も申し上げているのですが、この人材確保・定着を促進するに当たって、業務につきましての正しい評価といいますか、個別の一つ一つの業務もさることながら、トータルで介護全体を見きわめてマネジメントをしていくという業務についての総合的な評価が非常に重要になってくるということが1点と、いつもここに書かれております生産性向上の取り組みということで、「生産性向上」という言葉が何度も繰り返されております。作業や業務の効率化というのは非常に重要なことであるとは思いますが、介護の仕事の中で、効率化になじまない業務というのがあります。この点については、業務内容を精査したうえで明確に振り分け、もう一度再確認した上で、効率化、生産性の向上を推進していくことが非常に重要ではないか。これが1点です。

もう一つは、この20ページにあります、被保険者の範囲というところが非常に重要なポイントと考えます。20ページの最後の部分には、平成19年の有識者会議の中で、これの範囲を30歳に引き下げるという案が提示されていることが書かれてあります。その次の21ページ、22ページの内容を見ていきますと、今後、この範囲については検討をしていくということになろうかと思えます。例えば、20ページには30歳とありましたが、それが20歳まで拡大されるのか、その他の案があるのかどうなのか、厚労省のお考えを知りたいところです。これは22ページにありますように、高齢者の介護保険と定義するのか、介護保険制度をもっと普遍的なもので見るとか、また考え方が分かれてくると思いますが、今後、私たちがここを論点として考えていくときに、こういった方向性で進んでいくのか、この辺をわかる範囲で教えていただきたいなと思っております。

○遠藤部会長 それでは、事務局、コメントをお願いいたします。

総務課長、どうぞ。

○黒田総務課長 総務課長でございます。ありがとうございます。

今回の資料は、これから後半、第2ラウンドの議論に向かっていきますということで、委員の先生方からも既に御指摘がありますように、これまでの議論とこれからのアジェンダを設定したような形になっていますので、詳細は先生方の後半の御議論に委ねられているということだと考えます。

被保険者や受給者の範囲については、これは制度発足時からずっと議論されているテーマですし、もしこれから御議論を頂戴する際には、年齢の刻みは何歳がいいのかというお話の前に、今週でも少し触れさせていただいていますが、今は高齢者の介護保険ですが、まずは高齢者の介護保険でいくのか、それと違う選択肢をとるのかというところが、大もとのお話になろうかと思しますので、そちらのお話が先にあった上で細部のお話という手順で、まず、大きなお話から入っていけるような準備を事務局としてはさせていただきたいと考えます。

きょうお示ししている資料にもありますように、この特定のテーマについて何か特定の方向でということという議論では、今のところは考えておりません。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

それでは、安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 ありがとうございます。

私からも、給付と負担に関することについてちょっと述べさせていただきたいと思います。

ほぼ先ほど河本委員からお話があったとおりに思うのですが、ほかに、私からは、今後、介護保険料でどこまでの費用を認めるのかという議論もやっていただきたいなと思います。今後、非常に高齢化が進んで、医療費よりも介護費の伸びが急激にふえてきますので、その部分でどこまで本当にどういう状態のものが介護費用に含まれるのか、どういう行為が含まれるのかというこの部分についても、今後、議論したほうがいいかなと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、梶田委員、どうぞ。

○梶田委員 全体の議論の、これから、19ページに書かれています内容等の細かな議論が始まると思うのですけれども、介護保険制度自体、19年たって、それまでの間にいろいろな微修正がなされてきました。世の中の状況は20年前と今とかなり変わってきていて、それに合わせた抜本的な制度自体のフレームを見直す時期に入ってきているのではないかと思います。例えば、1号被保険者、65歳という線引き、今の65歳は物すごく多様化しています。現役で働いている、ばりばり働いている方の数がどんどんふえてきている。そうすると、その働いている人たちは支える側に回っていただくという議論を入れていくべきだろうと考えます。

それと、40歳という部分、ここの見直しについては、年齢的な議論があると思うのですけれども、1つの線引きだけではなくて、フレームを変えるときに、そういう65歳ラインでも多様性があるような形とか、それから、給付と負担の関係ですので、負担のほうの問題、その部分も微修正で本当に良いのか。介護保険制度がスタートをしたときというのは、いわゆる1割負担の応益負担の形に変えた訳です。その以前にあった、例えば、特別養護老人ホームですと、措置費という形で、いわゆる応能負担という形で、負担能力がある方がそれなりの負担をするという流れの部分を保険制度で応益負担に変えた。

でも、その制度という部分で、持続性の問題から考えてくると、この28年度、25年度改正あたりから、2割負担、3割負担というものが入ってくると、今や応益負担という考えが応能負担に変わってきています。そうすると、フレーム自体もそこで変えていかざるを得ないのではないかと。微修正ばかりしてしまうと、いろいろなところでつじつまが合わないという部分が出てきます。ですから、大枠を先に議論して各論に入っていく形、特に65歳のラインという部分が、今の時代ではそぐわなくなっていて、一部の方は1号被保険者、でも、大多数の方は2号被保険者であってしかるべき状態に入ってきているという部分も、今の状況の流れを見て、少しフレーム自体の部分を重点的に議論していただいて、各論に入ったほうがいいのではないかと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

花俣委員、お待たせしました。

○花俣委員 ありがとうございます。

いずれにしても、給付と負担の見直しのところだけの意見を申し上げたいと思います。

18ページ以降の給付と負担の見直しについての各論点については、どれも、正直、利用者にはかなり厳しい議論が予測されるかなと受けとめています。私

たち家族の会では、認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書2019年度版を出させていただいているわけですが、中でも、きょうの29ページ、「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準のところですね。ここの論点に関しては、さらに7月1日に緊急アピールということで認められないというような意見を表出しております。現状でも2割負担によりサービスの利用を減らすことになり、介護疲れが深刻化する中、介護家族の生活も立ち行かなくなるなどの影響が既に出ています。この2割負担が仮に導入されたとすると、それはたとえ制度の持続可能性とか給付と負担のバランスの確保というためであったとしても、どんな理由であっても、私たちの生活と介護は立ち行かなくなることは明らかなので、この導入は絶対に認められないというのが家族の会の意向であります。同様に、27ページ、軽度者への生活援助のサービス等に関する給付の在り方を含めた総合事業とか、あるいは26ページのケアマネジメントの給付の在り方についても、利用者負担がふえることはこれ以上容認できないというのが基本的な姿勢であります。そういったこと、要望書に示しました利用者の立場を十分に御配慮いただきまして、今後の議論を進めていただければと思っています。

これは資料2の一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の中間まとめの資料が配付されていますけれども、ことしの国会で健康保険法一部改正案が成立したことで、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施をすることになったということですが、検討会では、保険者である自治体のヒアリングもしたと聞いています。効果的な介護予防の取り組みが具体的にわからないところですので、次回でも結構ですので、具体的な取り組みについて教えていただければと思います。

7ページの骨太の方針2019の紹介では、「一人当たり介護費の地域差縮減に向けて」という言葉がありますが、ここでいう「地域差」が介護費用の多い・少ないということだとすると、どのような状況にあるのかについても共通認識が必要かと思っておりますので、資料を出していただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今、資料提供の御要望がありましたので、対応可能なものについては対応されたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、鈴木委員、山際委員の順番でお願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私は、この介護予防の推進というところで一つ意見を述べさせていただきたいと思います。現在、効率的な介護予防を実施していくために検討会が行われているという御説明、御紹介がございました。

そういう中で、通いの場に関する意見の中で、介護予防の取り組みについては、主体的な参加だけでは厳しい状況もあり、通いの場に参加していない95%の方に届くようにというような今までの意見も紹介されていますが、今、どのぐらいの方が実際に通われているか、私も正確な数値というのは存じ上げないのですが、この介護予防をやっていくときにぜひお考えいただきたいのは、1号被保険者が65歳以上ですから、その方々全体に公平にという趣旨はわかるのですけれども、いわゆる要介護状態になるリスクとか、そういったことを考えると、全ての人に網をかけるという、ちょっと言い方は変ですけれども、そういう対象とするということではなく、例えば、75歳以上の非常にリスクの高い人たちに少し重点を置くというような、そういった、もう少し、その人の特性に応じたというべき、そういった対応策が必要なのではないかと思います。そういった全体そのものも大事なのですけれども、今後、果たしてそういったハイリスクの方々をどう考えていくのか、ポピュレーションアプローチとあわせてハイリスクアプローチというものをどういうふうにも上手に入れ込んでいくのかということをごぜひこの検討会で捉えていただければと思います。

もう一つは、今、申し上げた、どのぐらいの方がここに参加されているのかということで、例えば、性・年齢別の階層がどういうふうになっているのかといった分析をもとにした対応策が、今後、必要なのではないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。山際委員、どうぞ。

○山際委員 ありがとうございます。

資料1の12ページのところで、多様なニーズに対応した介護の提供・整備というところの今後の検討課題の2つ目のところなのですが、地域特性も踏まえながら各サービスを適切に組み合わせて整備していくということがございます。非常に重要な中身だと思いますし、既に地域密着型サービスのような形で、例えば、看護小規模多機能であるとか、小規模多機能、定期巡回、非常に利用者の生活を支える有用なサービスだと思っておりますので、ぜひこれらの推進を図るという点で検討を深めていければと思っております。

以前も発言をさせていただきましたが、当初想定していた状況からは整備状

況がおくれていますので、今後の論議の中で、改めて各地域ごとの資料の御提示とか、なぜ進んでいないかという点についても御提示をいただいて、ぜひ議論を深めてまいりたいと考えております。

もう一点ですが、同じく資料1の27ページのところですが、軽度者への生活援助サービスの給付の在り方について、現状の総合事業の状況は、苦勞されながら保険者さんは進められています、不十分な状況があるだろうと思っております。一方で、訪問介護における生活援助につきましては、身体介護とあわせて一体的に提供されることで有用性が発揮されているということで、利用者の生活を支えている。実際には、軽度者も重度者もほぼ同量の生活援助サービスを受けているということで、これらが非常に利用者の生活を支える貴重な内容になっていますので、ここで切り離していった場合に、逆に状態像が悪化をして財政増につながるのではないかという懸念もございますので、ここは慎重に検討すべきだろうと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちらに参りましょう。

岡委員、どうぞ。

○岡委員 ありがとうございます。

私からも、給付と負担に関連して何点か申し上げたいと思います。

まず、第1点目ですが、資料1の18ページの2の上から5つ目のポツに記載がありますとおり、社会保険料負担の増加によって、中小企業や現役世代の負担は限界に達しております。したがって、少なくとも、昨年末に決定された新経済・財政再生計画に盛り込まれた、給付と負担の見直しに関する改革項目は確実に実施し、実現していただきたいと思っております。加えて、この改革項目にとどまらず、さらに踏み込んで、応能負担の考え方に基づく利用者負担の大胆な見直しについても、しっかりと方向性を示していただきたいと思っております。

2点目ですが、第2号被保険者の対象年齢を引き下げるといった意見について、一言申しあげたいと思います。40歳未満の年代は、そもそも子育て等にかかる費用負担が大変に重たいという状況にあります。加えて、被保険者としての年齢を引き下げるほど、受益と負担との関連性は希薄となってきます。こうした層に新たな負担増を求めても現状では納得を得られるものではなく、むしろ現役世代に対しては、社会保険料の負担を軽減していくことを検討する必要があると考えております。したがって、対象年齢を引き下げることに關しては

反対の意見を申しあげたいと思います。

最後になりますが、介護納付金の総報酬割について一言申しあげたいと思います。今年度で激変緩和措置が終了し、来年度からは総報酬割が全面導入されます。これによって、第2号被保険者のみならず、企業にとっても社会保険料の負担が増していくわけですが、来年度以降はさらに負担が増え続けていくという状況が予想されております。企業においては、現在、健康経営の旗印のもと、健康づくりの取り込みが非常に広がりを見せてきております。介護保険制度の持続可能性を考えた場合には、現役世代の健康づくりという点も非常に重要なポイントではないかと思っておりますので、そういった流れに水を差すようなことのないよう、何らかの御支援の在り方を検討していただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、お願いいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

私からも給付と負担を中心に御意見を申し上げます。資料にもあるように、持続可能な制度をどうやって再構築していくかが最も重要な論点だと思います。次の世代にこの介護保険制度をどういった形で引き継いでいくか、年末に向けて、給付と負担につきましても突っ込んだ議論をしていただきたいと思います。当然、給付と負担の話ですので痛みが伴いますが、そこをどうやって皆様に納得していただくということが重要な論点になろうかと思っております。納得性を高めるためには、制度についても、透明化や制度自体の簡素化等の観点にも配慮をしながら議論をしていく必要があるのではないかと思います。

具体的な論点といたしましては、まず、被保険者の範囲の見直しですが、特に若年層において、社会保障制度に対して不安感の高まりや納得感が低下しているという現状があると思います。そういった中で、介護保険の被保険者範囲を見直すということには、若年世代の納得感を得るのは非常に難しいことではないかと思っております。まずは、現行の制度の中で、可能な限り、対応していくことが必要だと思っております。

その見直しの対象を幾つかここで掲げられておりますけれども、一つ一つ、全て重要な論点だと思います。重要な考え方としては能力のある人は負担面では負担をしていくということであろうかと思っております。

2割負担の対象も、拡大していくような方向で見直していくことも重要な論点だと思います。また、ケアプランの利用者負担につきましても、重要な論点



です。いずれも見直しが必要だと考えております。

加えて、軽度者への生活援助サービス等につきましても、突っ込んだ議論が必要ではないかと考えております。

骨太の方針の中にも掲げられていますが、地域差の縮減についても、具体的な議論を進めていただきたいと思います。

また、介護予防の推進につきまして、1点申し上げます。中間取りまとめの3ページには、総合事業実施の効果の点検・評価を行っている市町村は3割とあります。この一般介護予防事業は保険料が投入されているため、PDCAサイクルを回している市町村が3割というのは不十分であり、もっとしっかりアウトカム評価を行っていただく必要があります。併せて、自治体に任せるということではなく、国全体としてどうなっているのかという評価も行っていただき、この部会に御報告をいただければと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 まず、7ページのIとIIに関するところ。「4. 今後の検討」の2つ目の○に地域包括支援センターについて書いてございますが、機能強化について検討を深めるということで、ぜひそういう議論をしていきたいと思っております。地域共生社会の推進が、今、政府でも進めてきているところですので、そういうことを踏まえて検討していく。その際には、今、地域包括支援センターが担っている役割のほかへの移行も含めて検討していく必要があると思っております。

8ページの2つ目の○ですが、調整交付金につきましては、先ほども御意見がありましたけれども、これを保険者機能の強化に活用するというのは趣旨が違うと思っておりますので、求められる機能等を踏まえながら慎重に検討を進めていければと思っております。3つ目の○で、保険者機能の強化に向けて、国・都道府県による支援の在り方の検討とありますが、先ほども申し上げたように、地域共生社会の推進も含めて、この地域支援事業全体に対して役割が高まっていくと思っております。国・都道府県による支援としては、財政の支援が一番の肝だと思っておりますので、お願いしていきたいと思っております。

それから、17ページ、Vの持続可能な社会、介護人材の確保につきましては、この間、いろいろな方法を考えて、一時的な人材確保策も含めて、いろいろ行われているわけですが、こういったものにとどまらず、継続的な確保が極めて重要ですので、介護人材の社会的な位置づけも含めた検討をしていきたいと思

っております。

18ページからの給付と負担については、持続可能な制度とタイトルに書かれていますけれども、よく年金で言われる制度の安定ということが、国民的にどうか、世論的には非常に違和感を持たれるところでもあります。本旨は、持続可能な社会だと思っております。そのためには、仕事と介護が両立して続けられ、労働力人口が減っていく中でも経済社会の活力を低下させないで今後の社会を乗り越えていくことが必要だと思っておりますので、そういう趣旨で考えていきたいと思っております。

具体的には、22ページ、被保険者・受給者範囲について、認知症介護という大変社会的な課題もありますので、世代間対立をあおるような議論にはならないように、支える側・支えられる側と固定的に考えることなく検討していく必要があるのではないかとと思っております。これは制度創設時からの課題で、法律事項として検討が求められていますので、現在、どういう年齢で家族介護者が分布をしているとか、就業実態とか、また、ヤングケアラーも含め家族介護者の実態を情報提供いただく中で検討していくほうがいいのではないかと思います。いきなり介護保険制度の普遍化あるいは高齢者の介護保険の維持という二者択一を迫るのでは、なかなか議論が深まらないのではないかと思いますので、今、申し上げたような資料提供から議論をしていくことが重要ではないかと思います。

次に、補足給付と多床室の室料負担に関しましては、制度の持続可能性という点から検討が必要ということは理解できますけれども、長寿化している中で、利用者の負担がいつまで続くかは予測がつかない、非常に不安でありますので、この老後不安の増大に鑑みまして、年金給付の水準や貯蓄の状況などを踏まえた検討をしていくような配慮をお願いしたいと思っております。

それから、ケアマネジメントにつきましては、これまでも申し上げていますが、セルフケアプランの増加があった場合には、質の確保という点が非常に懸念されます。この26ページの論点の2行目に「質の高いケアマネジメントの実現等の観点」とありますので、ぜひそういうことを重視した検討をしていければと思います。

27ページ、軽度者への生活援助につきましては、先ほど申し上げた介護離職ゼロの観点を十分踏まえて、慎重に検討をしていかなければならないと思っております。

28ページ、高額介護サービス費につきましては、3年間の時限措置で年間上限を設定していますが、どれぐらい年間上限に当たっている人がいるのかという情報を提供していただきながら検討していきたいと思っております。

29ページ、「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準につきましても

情報提供が欲しいのです。参考資料 1 の58ページ、59ページに、それぞれ2割負担導入と3割負担導入の影響調査の結果がありますけれども、施設や居住系サービスの利用者と、それ以外の在宅サービスの利用者の理由などを区分して示していただきたいと思っております。

最後に、現金給付につきましては、介護者の経済的負担の軽減には役立つと思えますけれども、介護負担そのものが軽減されるわけではありませんし、介護離職はむしろ増加する可能性もあるのではないかという懸念もあります。こういうことがあっては、先ほど言いました持続可能な社会という面で、本末転倒というか、意味がないので、この点については、今、申し上げた介護離職ゼロという観点から慎重に検討していく必要があると思えます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御発言の中で一部資料の要請がありましたので、個別の議論をするときに、対応可能なものであれば資料を出していただければと思いますので、よろしくお願いたします。

ほかにいかがでございましょうか。

津下委員、どうぞ。

○津下委員 済みません。退席の予定になっております。よろしくお願いたします。

保険者機能の強化に向けてということなのですが、先ほども総合事業の評価が十分になされていないということもありました。地域住民が社会保障の実態をよく知らないまま、何か負担がふえるとか、暗いイメージを持っているわけです。しかし、大切なことは、明るい社会をつくるためにみんながどこまでお互いに協力し合えるかということになりますので、データの利活用によって、つまり、住民に対して、国全体ではなく、うちのまちがどうなっていて、それを防ぐためにこういう予防事業があるということの理解を進めて行くことが重要と思えます。医療機関との関係でいうと、介護負担がふえることの原因の多くに、高齢者に負担の多い医療の治療などがあり、治療によって介護度が高まってしまふことが少なからずある。そのことについて依然と比較すると随分配慮がなされてきているわけですが、急性期医療をしている病院ですけれども、医療側が介護の実態について十分に理解がなされているかという、必ずしもフィードバックが進んでいないようにも個人的に思ったりすることもあります。急性期病院の先生でも、トップの病院長はよく知っているのですけれども、若手の先生方にはなかなかその情報が届いていないような気もしてお

ります。

この保険者機能の強化に向けては、データをどう自治体の事業を地域住民に対してわかりやすく提供するのか、その仕組みづくり、それが簡単にどこの市町村もできるようにしていただき、そのためにそういう事業が組み立てられていることや、その事業自身も、どこから財源が来てこの事業が成り立っているのか、その結果がどうなっているのかを知ってもらうことが重要と思います。保険料をもっと高くして人任せでやっていくのか、みんなが助け合ってこの保険料を抑えつつもやっていくのかというような、公開の議論がどこの自治体でもなされるように仕掛けをつくっていくことが必要なと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 ありがとうございます。

全体的には、介護保険制度がいかに持続していくかという観点で、非常に弾力的に今後とも議論していく必要があると思っています。各項目について端的に述べさせていただきます。

まず、地域包括支援センターの機能強化という流れの中で、かなり業務負担が増大となって本来の役割をなかなか発揮できていないところもありますので、例えば、介護予防プランの作成においてほかの事業所に委託できるとか、そういった業務負担の軽減というのも必要ではないかと思っております。

続きまして、介護予防につきましては、先ほど武久委員もおっしゃいましたが、要支援・要介護の原因となっている生活習慣病に対応するために、若年世代からの生活習慣の見直しというのは避けて通れないのではないかと。特に重度化防止というのは、一定程度、効果に限界があると思っております。

特定処遇改善加算につきましては、この10月1日から、大変これはありがたい施策である一方で、本部会のマターではありませんが、かなり医療機関における看護補助の数が、今、約18万人程度ですけれども、2年間で1万人程度、急速に減少しています。これについては、この会のマターではございませんが、また検討課題と認識しております。

続きまして、高齢者の住まいで、以前も資料がありましたけれども、今、有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅においては、要介護3以上の方が入居者のうち4割住まわれているという調査もございまして、ぜひ今後の介護保険事業計画においてこれを勘案して、第8期においては、各市町村、

自治体において、介護保険事業計画に踏まえて検討していただきたいと思っております。

在宅医療・介護連携推進事業のいわゆる（ア）～（ク）ですけれども、これについて全国の市町村を一斉に積み上げていくのはなかなか効率的ではないなど。地域の実情に応じて必要などころに必要な手当をすることが重要であるので、これについては、抜本的に見直して、何を取り組んでいくのかの中身が見えるようにしていただきたいと思っております。

介護医療院への円滑な移行というものがございましたけれども、実態的には、医療の療養病床等から介護医療院に移行する場合に、市町村は、当然、介護保険財源の問題、住民の保険料の問題がございまして、市町村が総量規制の対象外でありながら、実態的には市町村も受け入れられないところもありますので、そこら辺は、国として、今後、財源等の支援をどう考えるかというのを検討していただきたいと思っております。トータルの社会保障費の財源という観点からの視点が重要だと思っております。

補足給付につきまして、現在、介護保険財源から手当をされておりますけれども、これは、本来、食費・居住費の低所得者への対応として、財源のもとが介護保険財源でいいのかどうか、いろいろな生活保護の施策等も踏まえて、財源の在り方については検討すべきではないかと思っております。

リバースモーゲージも書かれておりますけれども、これはなかなか海外のいろいろな国でも取り組まれておりますけれども、日本人というのは親世代から引き継いできた家を自分の代で処分するというのはなかなか抵抗感があるというのが日本人の特性と言われておりますので、今後、慎重に国民の意見も踏まえながら検討すべきだと思っております。

多床室の室料負担ですけれども、まず、役割を考えますと、老健施設は、リハビリテーションを中心として、在宅復帰・在宅療養支援に取り組む施設でございます。介護療養病床は、長期療養を中心に医療サービスを提供しております。介護医療院は、生活施設に加えて長期療養という機能がございまして、これらはいずれも医療サービスを提供する施設であるので、住まいという観点から言うと、住まいではなくて、医療サービスを受ける受け皿でございますので、ここにおいて多床室の室料負担というのは、これは反対ではないかと思っております。

高額介護サービス費ですけれども、今、医療と介護の高額の合算の療養費等の制度もございまして、そういったところで慎重に検討をしていく必要があると思っております。当然、応能負担というのはこれからも推し進めるべきだということを前提に考えておりますけれども、本当にいわゆる社会的包摂の観点からこぼれ落ちる人がいるのか・いないのか。本当に生活が困る人がいないかどうか。

これは高額所得者も含めて、あるいは低額所得者も含めて、慎重に、単なる基礎年金の年額だけでなく、もう少しいろいろと多角的に取り組んでいただきたいと思っておりますし、被保険者・受給者の範囲ですけれども、これも非常に重要な課題ですが、いろいろな観点から柔軟に検討をしていくべきだと思っております。

あわせて、今、給付の50%が保険料で50%が公費でありまして、これについては、今回、触れられておりませんが、今後、いろいろ本当に国民が負担できる金額と公費の投じられる金額、もう少し幅広い視野で議論が必要ではないかと思っておりますので、きょうが初めの一步で、また引き続きこれから議論が深まると思っておりますので、いろいろ検討していただければと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 ありがとうございます。

資料1の7ページ目の地域包括支援センターの今後の検討に関することなのですが、これまでの議論の中では、大変過多になっているセンターの業務を今ある資源に振り分けることができるという意見が出ております。基本、既存の資源を使ってセンターの機能強化あるいは業務負担の軽減を実現するための前提はそのあたりにあると思うのですけれども、そもそもこのセンターの人員基準について今の基準が適正なのかという視点も必要なのではないかと考えます。被保険者数6,000人の区域の場合、三職種、各1名ずつ配置すればよいと決められているわけなのですが、支援事業の拡大や、担っている機能が様々に大きくなってきている実態に合わせて人員配置のことも考えていくべきということと、配置されている職員の職種にも偏りが見られてきているという実態もあろうかと思えます。保健師の配置が進んでいないというところもありますので、区域の被保険者数に対する職員数の割合や、三職種のバランス等を、交付金のインセンティブの評価指標に含めていくという方法もあるのではないかと考えます。

12ページの介護サービス整備につきましても、「3. 今後の検討」の論点のとおりだと思っておりますが、先ほど石本委員から供給過多というところもあるのではないかという御意見があったかと思えます。30年の改正で、保険者の機能強化として居宅サービス事業者の指定等に関する関与が強化されたということもありますので、整備に当たっては、どのくらいの利用者が見込まれているのかということや、地域の特性やニーズを十分に把握した上で、需要に見合った

供給となるように保険者機能を発揮していただきたいと思います。今後のサービス整備につきましては、単に事業者数や施設数といったことだけではなくて、サービスの質も含めた整備が必要になるのではないかと思います。少しずつ質の評価が報酬の算定要件の中にも入ってきているのですけれども、質の評価への取り組みが徐々に広がっていくように、質評価の指標を報酬の中に取り入れていくという方向が必要なのではないかと思います。さらに、各サービスを適切に組み合わせて整備していくことにつきましても、小多機、看多機、あるいは定期巡回の整備が遅れているというのは現実かと思っておりますので、なかなか整備が進まない理由をきちんと確認した上で進めていっていただきたいと思っております。

給付と負担のところにつきまして、年齢のことがうたわれているのですが、2040年を見据えた社会保障の在り方のところでは、元気な高齢者は働いていただくということは明確に打ち出されているわけですので、そういったことも考えて65歳以上の方々の保険料も考えていく必要があるのではないかと思います。と、第2号のほうにつきましては、これまでずっと、出産の高齢化や晩婚化の流れがありまして、現在、ダブルケアと言われる人たちなどもいらっしゃいます。ですので、そういった実態も見ながら、広い議論ができればよいと考えています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

東委員、お待たせしました。

○東委員 ありがとうございます。

幾つか御意見を申し上げます。

まず、地域包括支援センターにつきましては、他の委員からも多数意見が出ておりますように、何らかの見直しが必要だというのは明らかでございます。できましたら新しい財源を使うことなく、既存の社会資源の活用や既存制度の見直しによって、この地域包括支援センターの運用がより実状に合った形で改善されることを望みます。

次に補足給付の件でございます。これは先ほど江澤委員からも御意見がございましたが、私も同じ意見でございます。もともと低所得者対策で始まった補足給付の在り方も、制度的には少し疲弊をしているのではないかと思います。この財源を介護保険で賄うべきものなのかどうかも、きちんと議論をしていただきたいと思っております。

資料1の25ページに多床室の室料負担のことがございます。これも江澤委員

から御意見がございましたが、老健施設の場合は、介護保険法で在宅支援施設と規定もされております。生活施設ではなく在宅支援施設であるということからも、室料負担はなじまないと考えております。

最後に介護予防の件でございます。先ほど鈴木委員からも余りに広範囲の対象者に網をかけ過ぎではないかという御意見がございました。私も全く同意見でございます。今、この介護予防で取り組むべきは、まさしくこのフレイル対策ではないかと思っております。大変健常な方から、年齢だけで網をかけるのではなく、フレイル対策に特化した介護予防というものが必要ではないかと考えております。そういう意味では、この通いの場というところに、フレイルの方は通ってこられないわけでございますので、この通いの場をより広めるということで、果たしてフレイル対策になるのか、きちんと考えなければいけないと思います。また、論点のところ、プロセス指標、アウトカム指標等が書いてございます。

これは現状自治体において、この介護予防事業を何回開催したかとか、それに何人参加したかとかというものになっておりますが、そういうものはアウトカム指標やデータにはなり得ないと思っております。例えば、フレイル予防を受けた方がどうなったのかというような、エビデンス指標が必要ではないでしょうか。このような指標を用いて、介護予防を運営していかないと、なかなかうまく機能しないと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、濱田委員、武久委員の順番でお願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

12ページのところでございますけれども、介護サービスの基盤整備ということでございますが、需要と供給の関係から中重度者が多い居住系の施設もあるということですが、なかなか難しいかもわかりませんが、介護保険事業計画等で計画整備できる可能性を少し今後も模索をすとか、あるいは、状況次第では外部サービス利用型特定施設など、例えば、そうした指定が受けられるようにとか、そういう検討も考えてはどうかと思っております。

4つ目の介護DB等のさらなる活用や科学的介護の実現について、当面は件数をまずはふやして、ビッグデータの構築が進む方策を検討すべきかと考えておりますので、必要なアセスメント項目、内容で日常ケアマネジメントの業務で行われるアセスメントと一定の共通化が図られますと、二度手間にならないと



いいですか、二重入力をしなくて済むということがありますので、そういう方策も当初から検討してはどうかということがございます。

また、医療等連携基盤ワーキング会議のデータの活用に関する議論の中で、いわゆるデータのやりとりが国家資格者中心でないと難しいのではという、そうした意見も出ておりますので、配慮も少し必要かと思っております。

先ほど伊藤委員からも御発言がございましたけれども、いわゆる負担と給付のケアマネジメントについてですが、制度施行以来これまでずっと、介護保険制度、ケアマネジメントの利用のもとにうまく自立支援で調整が図られてきたという経緯もございます。特に今後、今、おひとり暮らしの方とか、おひとり暮らしで認知症等、2040年に向けまして団塊ジュニア世代の方はかなり年金水準等が低下することも懸念されるということもございまして、そうした方を介護予防や居宅介護支援で、在宅で生活が継続できるようにすべきと考えます。場合によりまして、インフォーマルな費用負担の少ないサービスにつなげるということも必要ですので、居宅介護支援や介護予防支援につきましては現行負担割合の維持を何とかお願いできないかというところでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。武久委員、どうぞ。

○武久委員 ありがとうございます。

昨年の同時改定で結構大きな改革が介護医療院の新設なのですけれども、この検討事項の中でも、11ページと25ページに少し書かれているだけで、現実にこの介護療養病床からの介護医療院への転換、また、医療療養病床からの介護医療院への転換、現実に非常に厳しい状況になっていますので、今後の検討事業としては考えていただきたいと思えます。

たまたま兵庫県のある大きな島で人口3万人ぐらいのところの市が2つありまして、そこにそれぞれの病院があって、そこが医療療養病床から介護医療院にしたいという申請をしましたところ、ある市は、当市は介護施設は十分整っておりますので不必要ですと。もう一つの市は、今後、高齢者の介護がふえるのでどうぞと。全く違う結果が出ました。

ここでは余り具体的な話はしてはいけないかとは思いますが、現状として、同じようなことが全国で起こっていると思われまます。そうすると、介護療養型医療施設から介護医療院には、同じ介護保険を使いますが、医療療養から変わる場合にはその市の介護保険料がぐっと上がるということがあると思うのです。それによって、この2つは同じような規模なのにスタンスが

全く違うということが現状に出ております。これらについては、今後ともスムーズに移行ができるように。

そして、病院の医療病床ですね。全般で、今、30万床分が空床です。ここを効率化して介護医療院に持っていくというのも正しい政策だと思いますけれども、今後、十分検討して、スムーズに移行ができるようにしていただければありがたいと思って、発言させていただきました。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見、大体よろしゅうございますか。

ありがとうございます。非常に多様な重要な御意見をさまざまにいただきました。今後の議論をしていく上で重要な参考にさせていただきたいと思いますので、どうぞよろしく願います。

それでは、次の議題に移りたいと思います。次は、議題3ということで、事務局から関連の資料の説明をお願いしたいと思います。

○吉田生活困窮者自立支援室長 失礼いたします。社会・援護局生活困窮者自立支援室長でございます。

資料3をごらんください。地域共生社会推進検討会の中間取りまとめの資料でございます。この検討会につきましては、設置に際しまして、5月23日の介護保険部会でも御報告をさせていただいているところでございますが、先日、7月19日に中間取りまとめが公表されておりますので、御説明をさせていただきます。

中身でございますが、まず、2ページ目をごらんください。検討会で地域共生社会の御議論をいただくことについての経緯、背景に係る資料でございます。先般の介護保険法改正の中で社会福祉法の改正が行われておりまして、その中で「地域共生社会」実現に向けた取り組みを進めていくということで、具体的には2のところですね。市町村が包括的な支援体制づくりに努める旨を規定されてございます。欄外、※の部分でございますが、附則におきまして、法律の公布後3年を目途として検討を加えて、必要な措置をしていくという規定もあわせて設けられているところです。

3ページ目でございます。このような規定も踏まえつつ、地域共生社会実現に向けたモデル事業を市町村において実施していただいております。今年度におきましては、約200自治体において取り組んでいただいているところで、地域づくり、また、多機関で共同による包括支援体制を進めるような事業を、各自自治体で工夫をして取り組んでいただいているところです。

4 ページ目につきましては、その具体的な事例、特に包括的支援体制の中の相談支援体制の部分で工夫をして実施していただいている秋田県小坂町と三重県名張市の例を御紹介させていただいております。

少しページを飛ばしまして、8 ページでございます。今、申し上げましたような社会福祉法の改正とか、モデル事業の経緯を踏まえまして、検討会を開催してきたところでございます。「2 主な検討項目」でございますが、この検討会におきましては、次期社会福祉法改正に向けた市町村における包括的な支援体制の整備の在り方とか、地域共生社会の実現に向けた中長期的な視点から今後強化すべき機能について、御議論をいただいたところでございます。

9 ページ目でございます。中間取りまとめの内容でございます。

1～3 と分かれておりますが、「1 福祉政策の新たなアプローチ」ということで、今後、どのように福祉政策を進めていくかということの考え方の整理をしていただいております。1つ目の○でございますが、8050問題など社会的な孤立とか関係性の貧困といったような環境の変化がございます。生きづらさを抱えている方がふえているという御指摘もある中で、一人一人の生きることが尊重され、複雑かつ多様な問題を抱えながらも、社会とつながっていく、多様なかかわりを基礎として自律的に生きていくことを継続していく、そういう支援を機能強化していくことが必要なのではないかと御指摘をいただいております。2つ目の○でございます。具体的にということでございますが、現行の現金・現物給付の制度に加えまして、1つ目のポツ、専門職の伴走型支援により地域や社会とのつながりが希薄な個人をそういうところにつなぎ戻していく、包摂の視点が重要であると。2つ目のポツですが、地域社会に多様なつながりが生まれやすいような環境整備、地域づくりの視点が重要であるということをおっしゃっていただいております。地域における重層的なセーフティーネットとして機能していくであろうという御指摘をいただいております。3つ目の○でございます。福祉の対人支援につきましては、従来、具体的な課題解決を目的として、専門職の方々にアプローチをしていただいているところでございます。これはもちろん引き続き続けるわけでございますが、社会的孤立などの問題もございまして、つながり続けることを目的とするアプローチというようなものの機能の充実が必要ではないかという御指摘をいただいております。

こういう考え方を踏まえまして、「2 具体的な対応の方向性」の部分でございますが、「(1) 包括的支援体制の整備促進のための方策」ということで、今、申し上げたようなアプローチを実現するために、包括的な支援体制につきましまして、市町村において3つの機能を一体的に備えていただくことが必要であるということになっております。具体的には、断らない相談支援、2つ目が参加支援（社会とのつながりや参加の支援）、3つ目が地域やコミュニティーに

おけるケア・支え合う関係性の育成支援、地域づくりの視点でございます。これにつきまして、今も積極的に取り組んでいただいている市町村はございますので、こういうところに国としても政策的な支援をしっかりと行うべきという御意見をいただいております。具体的にということでは2つ目の○と3つ目の○でございますが、各市町村がそれぞれの状況に合わせた包括的支援体制を整備していくことを後押しする観点から、属性や課題に基づき、縦割りの制度を再整理する新たな制度枠組みの創設を検討すべきであると。3つ目の○でございますが、国の財政支援についても、市町村が住民一人一人のニーズや地域の個別性に基づいて柔軟かつ円滑に支援が提供できるような仕組みを検討すべきということとされてございます。具体的には、これは相談支援体制を中心としまして、介護とか、障害、子育て、生活困窮など、属性ごとに設置されている負担金や補助金がございまして、その経費の性格を維持することには留意しつつ、市町村において柔軟な事業実施を行いやすくしていくように進めるべきであるという御意見をいただいているというところではございます。「(2)多様な担い手の参画による地域創生に資する地域活動の促進」ということで、地域に着眼した取り組みは各所で行われております。福祉の間で連携するのはもちろんですが、地方創生とか、まちづくり、住宅施策、地域自治、環境保全など、さまざまな取り組みが行われておりますので、そういう方々、活躍されている方々が、出会い、学び合うようなプラットフォームを構築していくべきではないかというまとめをいただいております。

このような中間取りまとめをいただいております。秋以降に再度検討会を進めまして、「3 今後の主な検討項目」が4つほど挙がっておりますが、こういうものを中心としまして御議論いただきまして、年末の取りまとめに向けて進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

当部会の検討事項と多少重なるころもある、関連するところもあるということでの報告を中心とした形でございますけれども、何か、御意見、御質問等があれば承りたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

よろしゅうございますか。このような検討も行われているということでございますので、それらも参考にしながら、今後、我々も議論をしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

本日用意をいたしました議題は以上でございますけれども、時間も予定の時間に迫っておりますので、特段何もなければ本日はこれぐらいにさせていただきますと思っておりますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、次回の日程につきまして、事務局から連絡をお願いいたします。

○栗原企画官 次回の部会につきましては、追って御連絡させていただきます。

○遠藤部会長 よろしく申し上げます。

それでは、本日の議論はこれまでにさせていただきたいと思います。

非常に積極的な御議論をいただきまして、どうもありがとうございました。