

○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84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、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。

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 よろしいでしょうか。

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 皆様、早い時期からお集まりをいただきまして、どうもありがとうございます。本日もよろしくをお願いいたします。

本日の出欠の状況でございますが、黒岩委員、東委員、藤原委員が御欠席です。

また、黒岩委員の代理として柏崎参考人、神奈川県福祉子どもみらい局福祉部長、東委員の代理として平川参考人、全国老人保健施設協会副会長のお二方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。

(「異議なし」と声あり)

○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。操作等で御不明な点等がございましたら、適宜事務局がサポートいたしますので、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「介護サービス基盤と高齢者向け住まい」。

資料2-1「科学的介護の推進、介護関連DB等の更なる利活用等」。

資料2-2「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会取りまとめ(報告)」。

資料3「制度の持続可能性の確保」。

参考資料 1 「介護サービス基盤と高齢者向け住まい（参考資料）」。

参考資料 2 - 1 「科学的介護の推進、介護関連DB等の更なる利活用等（参考資料）」。

参考資料 2 - 2 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会取りまとめ」。

参考資料 3 「制度の持続可能性の確保（参考資料）」。

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 よろしいですか。

それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題は、議題の 1 が「介護サービス基盤と高齢者向け住まい」、議題の 2 が「科学的介護の推進、介護関連DB等の更なる利活用等」、議題の 3 が「制度の持続可能性の確保」、議題の 4 が「その他」ということですが、議題 1、議題 2、議題 3 はまとめて御報告をいただいて、まとめて御議論いただきたいと思います。

事務局からそれぞれの議題に関する資料が出されておりますので、事務局より御説明をお願いしたいと思います。3 議題続けてお願いいたします。

○齋藤高齢者支援課長 それでは、資料 1 から御説明いたします。

1 枚おめくりください。3 つのテーマに分かれていますけれども、第 1 として、将来に向けた介護基盤整備についてでございます。9 月の会議でも御説明いたしましたけれども、2040 年までの介護サービスの利用者数を推計しますと、ピークアウトしている保険者もある一方で、都市部では 2040 年までふえ続けるという保険者も多くあります。

また、ピークと現在との差ですけれども、ほとんど増加しない保険者がある一方で、2 倍以上になる保険者も存在して、地域差が非常に大きいというところでございます。

こうした状況を踏まえて、都市部においては介護ニーズの増大に対応するべく整備を進め、また地方部においてはピークを超えて高齢者人口が減少に転ずる地域もある中で、地域に介護サービスの基盤を維持すべく工夫をしながら取り組みを進めているところでございます。

例えば都市部においては公有地の活用や民有地のマッチングでありますとか、あるいは在宅の限界点を高めるべく 24 時間対応の在宅支援ネットワークの構築の取り組みをしております。また、高齢者が減少している地域におきましては、介護サービスの基盤を維持すべく特養の定員をサ高住に振りかえるということでもありますとか、限られた地域資源の中で保健・医療・福祉・介護の一元化が

なされるようにさまざまな機能を集約して一体的な支援を行うというところも  
ございます。

次のページで、各施設サービス別で見ますと、特養につきましては、地域交  
流スペースを設けたり、あるいは在宅サービスや地域密着サービスと連携しな  
がら、地域の福祉の中核として機能していくことが期待されております。

老健施設につきましては、在宅復帰、在宅療養支援のための施設であること  
を明確化し、老健施設を運営する法人が地域包括支援センターの委託を受けて  
いる例もございます中で、これらの機能を発揮した地域の拠点になることが期  
待されております。

介護医療院につきましては、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施  
設として創設されており、慢性期の医療・介護ニーズの受け皿になることが期  
待されております。

認知症グループホームについては、地域における認知症ケアの拠点として、  
その機能を地域に展開し、短期利用でありますとか、あるいは認知症カフェと  
いう事業を積極的に行っていくことが期待されております。

これらにつきましては、9月にもいろいろ御意見をいただいた中で、論点で  
ございますけれども、次のページでございます。

介護保険施設や居住系サービス、あるいは在宅サービスなどが、それぞれの  
役割の中でバランスよく地域包括ケアシステムを支える介護サービスの基盤を  
担ってきたところでございます。その中で、施設サービスと在宅サービスや医  
療との連携など、関係サービスの連携をより一層強化していくべきではないか  
という点。

また、都市部、地方部、地域における介護基盤整備の取り組みは、高齢者人  
口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えながら、計画的に整備を進めて  
いくべきと考えておりますが、そのように進めていくためにはどのような方策  
が考えられるかが論点の1つ目でございます。

4ページ目、住まいと生活のあり方というところでございます。地域包括ケ  
アの考え方を推進して高齢者が住みなれた地域において暮らし続けるためには、  
高齢者向けの住まいの確保が重要な課題でございます。第7期計画の基本指  
針においても、高齢者の受け皿として高齢者向け住宅がニーズに応じて適切に  
供給される環境の確保が求められており、これらの有料やサ高住の定員数は大  
きく増加しているところでございます。

こうした中で、さまざまな取り組みが進められておりまして、例えばバリア  
フリーと生活支援サービスはきちんとサービスが行われるということで、「自  
宅」と「介護施設」の中間に位置するような住宅もふえております。

あるいは生活面に困難を抱える高齢者も多いことから、例えば自宅での生活

に困難を抱える高齢者が共同住宅に住みかえて、町なかで共同住宅で共同生活を行いながら、社福が一体的に支援をするというグループリビングの取り組みなど、地域の実情に応じてさまざまな取り組みがなされているところがございます。

また、地域住民に開かれて地域住民と交流するようなサ高住の取り組みなども行われているところございまして、論点を2つ挙げさせていただいております。

高齢者が住みなれた地域において、その人らしく暮らし続けるようにするために、自宅から介護施設までの間に、どのような住まいのあり方が考えられるかが1点目。

生活面に困難を抱える高齢者に対しては、住まいの支援と生活支援を一体的に実施していく必要があると思いますが、どのような支援の方法が考えられるか、また、これらの取り組みを普及するにはどういった方策があるのかというのが大きな2点目でございます。

5ページ目、高齢者の住まいの主に安心面のあり方についてというところでございます。第7期計画では、有料やサ高住などの高齢者住まいにおける入居者が安心して暮らすことができるよう、高齢者向け住まいに対し、都道府県が適確に指導監督を行うよう努めることが重要とされております。

現在、有料老人ホームあるいはサ高住につきましては、届け出ないし登録を都道府県に行いまして、指導監督も都道府県から受ける仕組みになっております。

また、サ高住につきましては、都道府県に登録があった場合に、その旨を市町村に通知ということになっておりますが、有料の場合は届け出された情報について、少なくとも法令上は市町村に通知する規定は存在していないというところございまして、実態上も市町村と情報共有している場合であっても、文書による通知をしていない自治体も4割存在する状況でございます。

このように、特定施設の指定を受けていない有料やサ高住については、都道府県中心に登録・届け出、指導監督が行われておりまして、市町村からの関与が薄くなっております。

一方で、特定施設の指定を受けていない有料、サ高住については、入居者が介護サービスを利用する際には当然ですが、その地域の在宅サービスを利用するため、保険者である市町村も利用者の状態を把握した上で、これら高齢者住まいに適切なサービスを提供することを担保する必要があります。

なお、現行制度でも、市町村長は、都道府県知事が在宅サービスなどを指定する際に計画の調整を図る観点から、意見を申し出ることができるようになっておりまして、知事は関係市町村長の意見を踏まえて、必要と認める条件を付

与することも可能となっております。

6 ページ目、住宅型有料につきましては、人員基準とか設備基準については法令上の規定がないというところがございます。また、利用者に対するサービスの質を高めるという取り組みについては、「外部の目」をきちんと入れて施設の質の向上を図る観点から、介護相談員について、施設や介護サービス事業所に出向いて利用者の疑問や不満、不安を受け付けて、介護サービス提供事業者と行政との橋渡しをしながら問題解決を図っていく取り組みが進められておりますけれども、住宅型有料では対象外になっている事実もございます。

また、情報公開の面では「介護サービス情報公表システム」でありますとか、サ高住については「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」というものがございまして、必要な情報を国として一元的に公表しておりますが、住宅型有料については、各都道府県においてそれぞれ独自の方法で公表されている状況でございます。

これらを踏まえて、論点でございますが、有料、サ高住などの質の確保をするために、行政、特に保険者である市町村の正しい現状把握と関与の強化が考えられますが、これについてはどのような方法が考えられるのか。例えばとして幾つか挙げておりますが、都道府県に届け出られた住宅型有料に係る情報について市町村に通知し、市町村がこれを把握できるようにすること、把握した情報を介護保険事業計画に記載しておくこと、在宅サービスを指定する際に都道府県知事に市町村長が意見を申し出ることを促進していくこと、在宅サービスの利用状況の確認を促すこと、介護保険事業計画に把握が可能な特定施設に住宅型有料を誘導していくことなどが考えられるかと思っておりますが、どのようにお考えでしょうか。

また、利用者がこれらの高齢者向けの住まいに係る正しい情報を入手し、適正な事業者の選択につなげるためには、どうすればよいか。例えば情報公表制度などの関係、あるいは業界団体が自主的な格付などを行っておりますけれども、そういったものとの関係はどうかという点。

3 点目が、利用者の安心・安全を守るために、高齢者向け住まいにおいてはどのような取り組みが考えられるか。例えば先ほど申し上げた介護相談員などを活用して、これらに外部の目を入れるという取り組みが考えられるかどうかという点を論点として挙げさせていただいております。

以上でございます。

○眞鍋老人保健課長 続きまして、2 つ目の議題であります「科学的介護の推進、介護関連DB等の更なる利活用等」につきまして、老人保健課長より御説明を申し上げます。

資料は資料2-1、資料2-2、参考資料2-1、参考資料2-2となっております。このうち、資料2-1が御審議いただくもの、資料2-2は科学的裏付けに基づく介護に係る検討会の取りまとめでございます、こちらは御報告でございます。

それでは、資料2-1を用いまして御説明をさせていただきたいと思っております。

1ページ目、こちらには介護関連データベースの現状をお示ししております。○が4つございます。

1つ目の○でございますが、これは介護保険総合データベース、いわゆる介護DBについて御説明をしているところでございます。現在、2013年から始まったところでございますけれども、2017年の介護保険法の改正で、その翌年度からデータ上の法律上の位置づけを明確化されたところでございまして、データ提供をさせていただいているところでございます。

また、後ほど御説明しますが、来年10月からNDBとの連結解析が可能とされたところでございます。こうしたことから、介護分野と医療分野の一体的な利活用を可能とする環境が整備されつつあるところでございます。

これがいわゆるベースとなる要介護認定情報・介護レセプト等情報が入った介護DBの御説明でございます。

2つ目の○、こちらは通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ、いわゆるVISITと通称をしておりますけれども、その御説明でございまして、2017年度から開始をされてございまして、2018年度末時点で577の事業所に参加していただいております。

3つ目の○、こちらは現在構築中でございますけれども、高齢者の状態・ケアの内容等のデータを収集するシステム、これはCHASEと通称をしております。VISITを補完する高齢者の状態・ケアの内容等のデータを集めるものでございます。これは本日資料2-2で概要を御説明しますとともに、原本は参考資料2-2にございます。最後の行でございますけれども、CHASEについても2019年度中に開発を行い、2020年度から運用を開始する予定でございます。

最後の○でございます。当部会にも御報告を申し上げましたが、一般介護予防事業の検討会におきまして、PDCAサイクルに沿った推進方策について議論を行う中で、基本チェックリストなどの介護予防に係る情報も含めて今後取り入れていくべきではないかということが報告をされているところでございます。

こうしたことを受けまして、2ページ目、論点としてまとめております。

1つ目の○でございますが、これら介護関連DBと申し上げますけれども、これを連結することで一体的に活用し、さらにその連結データをNDBと連結することによって、より有益な解析が可能になるのではないかと考えてございます。

2つ目の○ですが、介護DBやNDBのデータと連結解析を可能にする、そして、

公益目的での研究者等への第三者提供を行うこと、こうしたことがVISIT、CHASEについても行われたほうがよいのではないかと考えております。

3つ目の○でございます。その際、VISITは2017年度から運用を開始、CHASEは現在構築中でございますことを踏まえまして、当面は数をふやす、質を上げていくことも考えまして、制度的な支援により協力事業所・施設をふやすことでデータの充実を図ることとしてはどうかとしております。

4つ目の○でございますが、こうしたデータの解析でございますけれども、このVISITやCHASEのデータを介護保険のレセプト等とあわせて活用できるような環境整備を進めてはどうか。

また、1ページ目の最後の○で申し上げましたように、一般介護予防事業のデータなども取り入れてはどうかとするものでございます。

3ページ目、こちらは話題がかわりまして、医療保険の被保険者番号を個人単位化する、それに対する対応でございます。

1つ目の○の最後の文章でございますけれども、2021年度から医療保険においては被保険者番号の個人単位化が行われることになってございます。

2つ目の○でございますが、まずはそうしたことの前に始まります来年度からの連結解析におきましては、カナ氏名等をハッシュ化した識別子を用いて連結解析を進めるということになっているところでございます。また、2021年度以降は連結精度の検証と個人単位化された被保険者番号をハッシュ化して作成した識別子の活用・整備について検討すべきとされているところでございます。

3つ目の○でございますけれども、この医療等の連結を推進することが重要でありますから「医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会」が行われまして、こちらが取りまとまってございます。個人単位化された番号の履歴を活用した医療等情報の連結について、2021年度からの運用開始を目指していく、そして、そのスキームや活用主体につきましても、管理・運営主体につきましても、取りまとめがなされております。

4ページ目、活用の例をお示ししておりますけれども、いわゆるカナ氏名等だけの3情報ハッシュ以外で個人単位化された被保険者番号を用いますので、より精度が上がることなので、将来的な医療・介護等の一体的な分析が実現し、そして、連結精度が向上し、医療保険と介護保険の給付調整の適正化がより適切になされる。

そして、履歴を活用できるようになりますと、介護DB内のデータにつきましても、途中で被保険者番号が変わったような場合にもそれを追うことが可能になるということを考えております。

論点といたしましては、介護領域におきまして、この活用のメリットも一定程度考えられる中、この個人単位化されました医療保険の被保険者番号等を活

用することについてどのように考えるか、また、その際に生じる事務負担についてどのように考えるかという論点を立てさせていただいております。

参考資料2-1の幾つかのページを御紹介申し上げます。

6ページ目、イメージ図でございますけれども、介護関連データベースの構成となっております。ここにありますように左側に円筒のイメージ図がございまして、介護DB、そしてVISITはリハビリデータ、CHASEは高齢者の状態・ケアの内容データとなっております。それぞれこれを活用して連結していきえるようにしたらどうかという御提案でございます。

続きまして、資料2-2に移らせていただきます。こちらは御報告事項で「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会取りまとめ」でございます。こちらは今年の7月に取りまとめが行われたものでございまして、これを御報告申し上げます。

1ページ目、検討の経緯がございまして。第1回目は2017年10月から、そして、2018年3月に中間取りまとめが行われまして、その後、昨年度末に再開いたしまして、今年の7月に取りまとめが行われております。

3ページ目、エビデンスに基づきました自立支援・重度化防止を進めていくために、エビデンスに基づいた介護の実践、科学的に妥当性のある指標を現場から収集すること、この分析の結果を現場にフィードバックすることを推進していくということを御指示いただいているところでございます。

集める項目について、4ページ目でございます。収集項目の選定につきましては、中間取りまとめに示された項目を基本としつつ、いわゆる265の項目が取りまとめられたところでございますけれども、その中でポツが3つございしますが、信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なもの、データの収集に新たな負荷がかからないもの、国際的に比較が可能なもの。

そして、その下の○でございまして、御報告いただく内容につきましては、基本的な項目、できるだけ多くの事業所等で入力されるべき項目、目的に応じた項目、報酬上の加算の対象となる事業所等において入力されるべき項目などと分けたところでございます。

5ページ目、今後もそうした項目につきましては検証を行いながら、フィージビリティが検証された項目は追加していくべきであると。

また、国際化も視野に入れたICHI等への対応も考慮が必要であるということがまとめられております。

6ページ目、こちらの中で申し上げますと、下から2つ目でございますが、こうしたNDBと介護DB、その他の公的データベースと連結を進めていくのですけれども、この中では現在はなかなか難しいとされております人口動態統計（死亡票）などの公的統計との今後の連携も見据えた検討が必要であるとされている



ところでございます。

7 ページ目、参考でございますけれども、基本的な項目として取りまとめられた項目の一覧でございます。

8 ページ目、今、ちょうど2019年度ということで、CHASEの開発を進めておりまして、来年度から運用開始と考えております。

御説明は以上でございます。

○山口介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

私から資料3について、項目はいろいろありますけれども、まとめて御説明をさせていただきます。「制度の持続可能性の確保」について、既に8月29日の介護保険部会において一度御議論いただいた8つの項目について、今回も示させていただきますいております。

まず資料3、1枚目をおめくりいただくと、被保険者・受給者の範囲ということで、こちらに関しましては、この8項目の中でも特に前回の介護保険部会で御議論いただいておりますので、資料の内容は同じでございます。

3 ページ目に委員からの主な御意見というところを足してございますけれども、第2号被保険者の範囲の拡大については、慎重な議論が必要という御意見が多かったということと、1点、将来的には1号被保険者の年齢引き上げの議論も必要ではないかといった御意見が出されております。

4 ページ目、補足給付に関する給付のあり方でございます。こちらにつきまして、平成17年の改正で居住施設における居住費・食費について給付の対象外としたということがございます。この際、在宅サービスである通所介護、通所リハビリテーションの食費についても給付の対象外とした経緯がございます。

このとき、住民税の非課税世帯、特に低所得者であるということで、居住費・食費の負担を全て求めるというのではなくて、一定部分を補足給付という形で支援しているという仕組みになっております。

このとき、在宅サービスでありますけれども、同じ施設でサービスを提供しているショートステイについても、同様の負担軽減を行ったという経緯が今日も続いているということでございます。

こういった補足給付について、平成26年の改正で一定の見直しを行っております。一つは預貯金額の勘案ということで、一定額以上の預貯金がある、具体的には単身で1000万円以上、夫婦2人世帯で2000万円以上の預貯金がある方については、補足給付の対象外にしようとする。

それから、施設入所に際して世帯分離が行われるということが通常多いわけですが、配偶者の所得を世帯分離後も勘案するというので、配偶者が課税されている場合には補足給付の対象外にしようとする。

3つ目として、支給段階の判定に当たって、非課税年金と言われる遺族年金・障害年金なども勘案する形にしております。

その下の○には、この預貯金勘案のときの1000万円の基準の考え方が示されております。特養のユニット型の個室に1カ月入所する場合の費用が大体7万6000円で、年金額が3万円の方が入った場合には差し引き4万6000円の負担になりますけれども、これを12カ月、10年続けるといった場合には、預貯金は500万円ぐらい必要だということですが、さらにそれにバッファとして500万円上乗せして1000万円という基準を出しているということでございます。

こちらについて、補足給付の考え方については参考資料3の15ページに関連の資料を載せております。上の四角は先ほど私が説明したようなことが書いてありますけれども、下の四角、左側は預貯金勘案の考え方をデータ等を示して説明しているもの、右側は食費と居住費と年金収入等の関係をグラフ化したものになっております。適宜御参照いただければと思います。

最初の資料に戻っていただいて、5ページ目になります。不動産の勘案ということで、こちらは平成28年の介護保険部会でも一度こういう御議論をいただいたということが書いてありますけれども、その際には、地域的な格差ですとか民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等、さまざまな課題が明らかになったということで、このときには留意が必要であるということで導入されておりませんが、今回、こういった課題がある中で、恐らく引き続き慎重な対応が必要と考えられるけれども、どう考えるかということで論点をお示しさせていただいております。

補足給付の本体につきましては、論点の上のほうになりますけれども、経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付に関して、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ということで論点を示させていただいております。

6ページ目、多床室の室料負担についてでございます。こちらについて、補足給付と同じ話ですが、平成17年から居住費・食費の負担をいただくことにしましたけれども、居住費について、個室に入っている方については光熱水費と室料をいただくことにしております。ただ、このときは多床室の方については室料をいただくことはしませんで、光熱費のみを負担するというところでお願いをしたところでございます。

その後、平成27年度におきまして、特に介護老人福祉施設については、事実上の生活の場ということで選択されていることが多いということで、居住費（室料）を求める、お願いすることにしたわけでございます。ただ、そのときに補足給付を受けている方、いわゆる低所得者の方については利用者負担を増加させないということで、補足給付を増額して対応したということがございます。

それ以外に、平成30年度、介護療養型医療施設の経過措置の期限を令和5年までということにしたわけでございますけれども、そういった中で介護療養型医療施設から介護医療院への転換を現在促進しているところでございます。

こういったことを踏まえて、論点を示させていただきます。

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型施設、いわゆる医療型の施設についての室料負担についてということで、在宅でサービスを受ける方との負担の公平性、老人福祉施設の多床室について、既に室料負担をいただくとした一方で、医療型の施設に関しては医療を提供する機能もあるといったこと、施設機能の違いがある。

介護療養型医療施設については、経過措置期限を令和5年度末として、現在介護医療院への転換を促しているということとの整合性を考えて、多床室の負担についてどう考えるかということで論点を示させていただきます。

こちらについても参考資料の31ページ目になります。先ほど御説明した内容を図にしたものと介護保険施設の概要ということで、老人福祉施設、老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の施設基準等の比較がございますので、こちらも適宜御参考にしていただければと思います。

資料3、8ページ目、ケアマネジメントに関する給付のあり方ということで、ケアマネジメントの給付に関しては、制度創設時から10割給付という形で位置づけられてきております。

この給付のあり方については、過去にも議論になっておりますけれども、まず平成22年の介護保険部会意見ということで、賛成・反対両方の意見が付されたというところでございます。さらに、平成28年12月の介護保険部会の意見におきましても、引き続き両論併記という形で来ております。

こういった中で、居宅介護支援の給付のあり方についてどうするかということでございますけれども、論点といたしましては、ケアマネジメントの担う役割の変化ということで、医療との連携ですとかインフォーマルサービスの活用など、いろいろな要素がふえてきているということ。

ケアマネジャーの処遇改善、事務負担の軽減などによって、その力を十分に発揮できる環境を整備するという視点と、自立支援・重度化防止の実現に向けた質の高いケアマネジメントを実現していく観点。

ケアマネジメントとほかのサービスとの均衡や相違点、給付の見直しをした場合に、それが利用者やケアマネジメントに与える影響、そういったことを踏まえてどのように考えるかということで論点を出させていただいております。

参考資料は38ページにございます。まず左側には居宅介護支援等の利用者の数、経年変化のグラフが描いてあります。それから、居宅介護支援の介護報酬のイメージ、居宅介護支援のサービス費の費用額、合計5013億円とありますけ

れども、これは平成30年度の実績でございます。

右側には前回の制度改正時の議論ということで、ケアマネジャーの専門性を評価する意味での利用者負担を求めるべきだといった意見ですとか、反対の立場としては、現行制度を堅持すべきという立場からの御意見が並んでおりますので、こちらも適宜御参考いただければと思います。

最初の資料に戻っていただいて、10ページ目でございます。軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方ということで、要支援1・2の方について、訪問介護と通所介護については、平成26年の介護保険法改正において総合事業のほうへ移行ということにされております。

こういった総合事業の実施状況について調査をしたところ、約4,000人を抽出した調査ということですが、総合事業へ移行した前後で利用者1人当たりの利用日数については、大きな変化は見られなかったという状況がございます。

その一方で、市町村における多様なサービスの実施状況を見ると、実施している市町村数で言うと大体6割から7割の自治体で行われているにとどまっている状況でございます。

こういった中で論点として提示させていただいているのは、1つ目は、もともと軽度の方といっても要介護ということで、要介護認定をされた方については、その状態像を踏まえた適切なサービス提供を確保する観点が必要である。

その次は、総合事業の実施状況について見る必要があるということと、介護保険の運営主体である市町村の意向についてよく聞く必要があるということ。

一番下のポツでは、高齢化の進展、現役世代の減少、そういった中で制度的な環境変化の中でサービス提供の必要性の観点、そういった観点からこの問題についてどのように考えるかという論点を提示させていただいております。

参考資料で言いますと、79ページ目でございます。上の四角は先ほど申し上げた論点を書いてありますけれども、下のほうに、左側には平成26年改正前後の総合事業の概念図が描いてあります。右側が総合事業のサービス別の実施状況ということでデータを載せております。その下には平成28年の介護保険部会での意見ということで載せておりますので、御参照いただければと思います。

最初の資料に戻っていただいて、12ページ目でございます。高額介護サービス費ということで、こちらは主に2点の論点が提示されております。

まずは、平成29年の改正において行ったものでございますけれども、現状の上から3つ目の○でございます。平成29年改正では、一般区分の負担上限3万7200円というのを、当時医療保険の一般区分の多数該当と同じ水準4万4400円と変えたところでございます。このときに、月額の上限は引き上げたのですが、年間の上限をそれとは別に設定するというので、3万7200円の12カ

月分である44万6400円というのを年間上限として設定しております。これは3年間の時限措置となっております。まずはこの時限措置についてどう考えるかということが1点目。

2点目は、現状の一番下の○でございますけれども、医療保険の高額療養費制度を踏まえて介護保険の高額介護サービス費は設定されているわけですが、これについて、医療保険のほうで平成30年8月から現役並み所得者の方の階層の区分が細分化されたということがございます。

こちらについて、参考資料で見ていただいたほうがわかりやすいかと思いますが、96ページ目になります。左右の表を見比べていただくと、左側が介護保険の自己負担の限度額を表にしたもので、右側が医療保険のほうですが、現役並み所得者の階層について、現在介護保険は4万4400円ということで統一の額が設定されている。それに対して医療保険はこの区分を3つに細分化しまして、年収383万円から770万円が4万4400円、770万円から1160万円が9万3000円、1160万円以上が14万100円という形で設定をしているということについて、こういった中で介護保険の高額介護サービス費をどう考えるかということでございます。

最初の資料に戻って、13ページ目でございます。介護保険の利用者負担については、平成26年から一定以上の所得のある方については2割負担としておりますが、特に第1号被保険者の上位2割以上の方が相当するような水準でこの2割負担の基準が決まっている。具体的な水準としては、合計所得金額で160万円以上、年金収入にすると280万円以上という形で決められております。

この2割負担の中で、特に現役並み所得を有する方について、平成29年の介護保険法改正で2割負担から3割負担に引き上げを行っております。これは平成30年8月に施行しております。具体的な水準としては、合計所得金額で220万円以上、年金収入で約340万円以上という形になっております。

こちらについても参考資料がついておりますが、105ページになります。こういった水準についてどう考えるかを論点として挙げさせていただいております。

資料3の最後のページでございます。現金給付ということでございますが、こちらについては前回の資料と特に変わっておりません。制度創設時について、家族介護の固定化、サービスの普及を妨げることへの懸念、保険財政が拡大するおそれ、そういったことを踏まえて導入を行わないことにしておりましたけれども、平成16年、平成28年、それぞれ議論を行っていただきましたが、消極的な意見が多かったということで、これまで導入をされていないということでございますけれども、こういった経緯等を踏まえて現金給付についてどのように考えるかという論点を提示させていただいております。

資料の説明については以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明に対して、御意見、御質問等をいただきたいと思っておりますけれども、何分内容が大変豊富でございますので、論点に沿って簡潔かつ要領のよい御発言をいただければと思います。いかがでございましょう。

久保委員、どうぞ。

○久保委員 ありがとうございます。

それでは、制度の持続性確保の項目より、3点意見を申し上げたいと思っております。

1点目は、ケアマネジメントに関する給付のあり方についてから、ケアプランの自己負担化について意見を述べます。ケアプランは介護保険制度の根幹として、また、サービスの入り口として、介護が必要となった人が気兼ねなく相談できるよう、原則として利用者の自己負担なしで行って来ました。財源のかわりもありますが、利用者負担の導入については、今が適切な時期か否か、冷静に見きわめる必要があります。

仮に自己負担となった場合、利用者にとって本当に必要な介護サービスを組むことができるのか、また、利用者のいいなりになりかねないことが懸念されます。

また、利用者負担が発生することによって、セルフケアプランがふえることも予測されます。セルフケアプランを作成するとなった場合、専門的な知識のない方がつくることできざまな混乱を招くと思われ、自立につながるケアプランにならないことが懸念されます。したがって、予測される課題を解決する手段などを明確にした上で、ケアプランの自己負担化については検討すべきであると考えます。

2つ目は、軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方についてから、要介護1・2の生活援助や通所介護などの地域支援事業への移行についてです。要介護1・2の方は、重度者に比べて生活援助を必要とする割合が多く、生活援助は身体介護よりも利用者の生活習慣に合わせたサービスの提供が難しいといった声をよく聞きます。

そして、日常のちょっとした変化の気づきや重度化を防ぐことも、軽度者の利用者にとって生活援助は必要なサービスです。

現在、地域支援事業については、自治体がサービス単価を決めているので、介護保険での単価より低く設定されている自治体が多く、既存の介護サービス事業者が事業を受けないということが起こっています。そうすると、利用者が満足できるサービスを受けることができるのか、介護難民がふえるのではない

かという心配です。

また、介護人材不足を解消するために新たにできた入門的研修と生活援助事業者研修について、現在の実施状況はどうなっていて、その検証はできているのかなど、懸念しています。

サービスの担い手が確保されない状態での軽度者への生活援助の見直しについては、時期尚早であると考えています。

3つ目は、現役並み所得、一定以上所得の判断基準についてから、利用者負担についてです。利用者負担割合については、2015年制度改正時に調査した日本介護クラフトユニオンの組合アンケート結果では、介護費用の増大などに対応するためには、負担能力に応じた見直しはやむを得ないという意見が50.1%と最も多かったです。また、2割負担の対象者は、所得だけではなく資産も勘案すべきという意見も23.0%に上っています。また、一部の利用者からは、介護事業者の処遇改善をするために、私たちももっと負担してもいいのではないかという声が聞こえています。しかし、負担割合をふやすことで介護サービスの利用控えが拡大し、急激な介護度の重度化や生活の質の低下につながるおそれもあります。また、家族介護の負担がふえて、結果的に介護離職者がふえることも懸念されます。

したがって、懸念されることが現実とならないよう措置を十分に講じた上で、利用者負担については原則応能負担にすべきと考えています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 ありがとうございます。

制度の持続可能性の確保につきまして、意見を述べさせていただきます。

まず、被保険者・受給者範囲についてですが、介護保険制度創設当時には、被保険者の範囲としてみずからが老化によりサービスを受けることとなる65歳以上の方と、老化により介護ニーズの発生率が高まり、みずからの親も介護サービスを利用することにより介護負担が軽減されることとなる40歳以上64歳以下の方と設定したことについては、現時点におきましても合理性があるのではないかと考えております。

そのため、基本的には現行の仕組みを維持するべきと考えますが、保険者範囲の見直しを検討するのであれば、制度創設時の前提条件に何らかの変化があるのかどうか、そして、若い世代の納得が得られるのかどうかといった観点か

ら、丁寧に議論すべきであると考えております。

加えまして、被保険者範囲を引き下げ、これ以上若い世代の方たちに負担を強いることにつきましては、反対でございます。

続きまして、補足給付に関する給付のあり方ですが、預貯金等につきましては自己申告となっております。正確に把握できないケースが想定されることや、保険者である市町村の事務負担が過大である等の課題があると思いますので、マイナンバーの活用について、内閣府とも連携しつつ検討を進めていただきたいと思っております。

また、不動産につきましては、預貯金等で資産を保有する方との公平性等の観点を踏まえまして、何らかの形で把握、勘案することができるようになるとよいと思っておりますが、現状、直ちに導入することは課題が多いと思っておりますので、事務局におかれましては、どのような対応が可能かどうか、引き続き研究をしていただきたいと思います。

続きまして、多床室の室料負担ですが、介護老人保健施設等の室料につきましては、個室も多床室も同様に扱うことが原則であると考えておりました。在宅と施設の公平性の観点も踏まえれば、保険給付の対象外とし、利用者負担とすることが適当であると考えております。

続きまして、ケアマネジメントに関する給付のあり方ですが、ケアプランにつきましては、利用者負担を設けることで、2号保険料を納める現役世代の理解を得られることにもつながり、また、より利用者本位のケアプランが作成されることにもつながるのではないかと考えておりますので、ケアマネジメントの利用機会を確保する必要があることには留意をしつつも、質の高いケアマネジメントを提供する観点から、前向きに検討すべきであると考えております。

続きまして、軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方ですが、平成26年度の介護保険法改正により、要支援1・2の訪問介護と通所介護が総合事業へ移行されましたが、意図していた住民ボランティアやNPO等を活用した効果的・効率的な事業の実施が十分にできていたとは言えず、地域ごとの取組状況にも大きなばらつきがございます。特に、一般介護予防事業につきましては、エビデンスに基づく事業の実施が不可欠であると考えております。

将来的には要介護1・2の方への訪問介護、通所介護につきましても、地域支援事業への移行の検討も必要であると思っておりますが、このような状況の中では無理に移行しましても、市町村における効果的・効率的な取組を期待することは難しいのではないかと考えております。まずは、現行の総合事業が全ての市町村におきまして効果的・効率的に実施できるようにするための方策を、関係者が知恵を絞って検討することが最優先であると考えます。

また、総合事業の財源につきましては、市町村における自主性や独自性をよ



り発揮していただく観点から、現役世代の負担に依存するのではなく、国や地方自治体の財政負担の比重を増加させていくべきではないかと考えております。

次に、高額介護サービス費ですが、高額介護サービス費につきましては、医療に比べて介護のほうがより長期的なサービス利用が必要となるという事情があることは理解しております。しかし、医療保険とのバランスや現役世代との負担の公平性の観点から、基本的には医療保険と足並みをそろえる方向で検討すべきであると考えます。

また、平成29年改正の際に措置した1割負担のみの世帯における年間上限については、あくまでも経過措置ですので、延長すべき特段の事情がない限り、基本的には廃止する方向で検討すべきであると考えます。

最後に、現役並み所得、一定以上所得の判断基準でございますが、協会けんぽでは、現在、健康保険の保険料が10%、介護保険料が1.73%となっており、厚生年金の保険料も合わせますと、すでに30%の負担の限界水準に達しております。厚生労働省の試算等でも示されておりますように、高齢者人口がピークを迎える2040年に向け、更に上昇していくことが想定されます。

こうした中で、現役世代の保険料負担の伸びを抑制していくことは喫緊の課題であり、また、高齢者間での利用者負担と保険料負担の均衡を図る観点からも介護保険の利用者負担を原則1割から2割へ見直すべきであると考えております。

また、直ちに原則2割とすることが難しいのであれば、少なくとも現状数%にとどまっている2割負担の方について、対象範囲を拡大していただくようお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

大西委員、お願いいたします。

○大西委員 ありがとうございます。

それでは、論点に沿って幾つか意見を言わせていただきたいと思います。

まず議題1の介護サービス基盤と高齢者向け住まいについてのうち、介護サービス基盤についてでございます。御説明にもありましたように、介護サービスの基盤整備におきましては、これまで施設サービス、居住系サービス、在宅サービスといったものがバランスを保ちながらそれぞれ役割を担ってきましたが、昨今は介護保険法の規制の及ばない住宅型有料老人ホームや、また、サービス付き高齢者向け住宅の整備が急速に増えてきており、実際にその動向が介

護サービスの見込み量に大きく影響を及ぼしてきている状況でございます。

しかしながら、これらの高齢者向け住まいにつきましては、現在どうなっているのかという現状の把握はできましても、総量規制等の対象外であるなどの理由によりまして、今後の見通しということになりますと全く不透明であるという状況でございます。

したがいまして、市町村におきまして、介護保険事業計画の策定に当たって介護サービス見込み量の適正な推計に苦慮することが予想されておきまして、国として、サービス見込み量の策定に当たっての何らかの統一的な考え方、想定の方針を示していただけないかと思っております。

次に、高齢者向け住まいの在り方についてでございます。論点の2つ目と3つ目について意見を言わせていただきたいと思います。

この高齢者の住まいにおきまして、利用者が高齢者向け住まいの選択を適切に行うための方策として、介護付き有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅につきましては、インターネットを通じた国のシステムで情報公表が行われているところでございます。このシステムは情報の検索性が高く、容易に施設を比較することができるなど、利用者にとって利便性が高いものであると存じております。

一方で、先ほども出てきました住宅型有料老人ホームにつきましては、都道府県または中核市ごとにインターネットを通じてそれぞれが独自の方法で公表を行っている状況でございます。このようにばらつきがございますので、どうか統一をしたいと思っておりますが、国と同等のシステムを構築するというのは、自治体側としては負担が大きくて困難であると思っております。

したがいまして、この住宅型有料老人ホームにつきましても、国のほうで何らかの一元的な情報公表システムといったものを整備していただけないだろうかということでございます。

また、先日、テレビ番組で全国的に住宅型有料老人ホームの閉鎖が相次いでおり、突然の事業廃止で利用者が転居を余儀なくされている現状が報道されております。利用者が安心して生活を続けられるように、高齢者向け住まいの運営の安定性やサービスの質の確保といったことはますます重要になってこようかと存じます。

しかしながら、利用者のほうからしますと、事業者とはどちらかというといわば従属的な関係にあり、サービスを受ける際に不利益を受ける可能性も考えられますことから、なかなか利用者側から適正化を促していくのは難しいと思っております。論点にも書いてありますけれども、こういう点につきましては外部の目を取り入れることが有効であると考えております。

具体的に地域支援事業による介護相談員の活用例も示されておりますけれど

も、現行の介護相談員の制度では、事業者が受け入れを拒めば実施困難となっております。したがって、地域密着型サービスと同様に、法令等に基づく第三者による外部評価の導入でありますとか、あるいは地域との連携を促すことによる地域住民の関与、例えば、民生委員さんとか自治会長さんになろうかと思いますが、そのような地域住民の関与などによりまして、サービスの質の確保や適切な事業運営を担保してはどうかと考えております。

議題3の制度の持続可能性の確保について、(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についてでございます。その論点に書いておりますけれども、軽度者に対する給付の在り方について見直す場合には、総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向をしっかりと踏まえてやっていただきたいということでございます。

御説明にもありましたけれども、要支援者に対する訪問介護、通所介護については、平成26年改正から地域支援事業に移行することとされ、市町村は30年3月までの猶予期間を経て全市町村で実施されております。

ただ、この30年4月からというぎりぎりになってようやく事業を開始することができたという自治体も非常に多くございますし、いずれのサービスにつきましても、実施主体の担い手の確保が大きな課題となっている状況でございます。

説明の中にもございましたが、これから都会における高齢者がどんどん増えてくる一方、地方部における高齢者はどちらかというと横ばい、あるいは減ってくる場合もあるということで、都会の高齢者がどんどん増えていくということは、それだけ介護等のニーズが増えていって担い手とかそういう人材が必要になってくるということでございます。今の東京一極集中がますます加速化して、郊外部、地方部におきましては、担い手、特に若い人の人口がどんどん減ってくる状況が見られるわけでございます。これらの課題が解消される見込みもない中で、新たな地域支援事業といっても市町村としてはなかなか対応しかねるというのが現状ではないかと思っております。

したがって、さらに軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付を地域支援事業へ移行するという事は、現段階では現実的でないのではないかと考えております。

また、事業の実施状況に係る調査結果も示されておりますが、先ほども申しましたように、ようやく30年4月から始めたところがかかなり多くございますし、その成果といったものも十分見えてきていない段階でございます。したがって、実施状況をもう少し詳しく調査研究を行い、その結果を踏まえるなど、軽度者に対する地域支援事業の移行については慎重に検証しながら進めていくべきであると考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。  
岡委員、どうぞ。

○岡委員 ありがとうございます。

私からは、議題3の制度の持続可能性の確保について、意見を申し上げたいと思います。

承知のとおり、このまま行けば介護給付費は、2018年の10.7兆円から、2025年には1.4倍の15.3兆円、2040年には2.4倍の25.8兆円にまで増大するとの政府試算が示されております。こうした状況を踏まえれば、「制度の持続可能性確保」に向けた給付と負担の見直しに係る改革を早急かつ確実に実施する必要があると考えております。

なお、今回示された個々の論点についてですけれども、資料3の委員からの主な意見に何度も記載いただいているため、今回改めて申し上げませんが、私どもの考えとしましては、「中小企業や現役世代の負担は限界に達しているため、少なくとも、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すべき」ということで一貫しております。加えて、この改革項目にとどまらない、さらに踏み込んだ利用者負担の大胆な見直しについても方向性を示していく必要があると考えております。

最後に、被保険者等の拡大についてですが、こちらもかねてより申し上げておりますとおり、こうした議論の前に、まずは給付サービスの重点化や効率化、自己負担のあり方について見直す必要があると考えております。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。  
花俣委員、どうぞ。

○花俣委員 ありがとうございます。

論点がたくさんありますので、私も制度の持続可能性の確保のところ、既に各委員の先生方から御意見が出ましたけれども、あえて利用者の立場から申し上げたいと思います。

資料3では、(2)補足給付に関する給付のあり方、(3)多床室の室料負担、(4)ケアマネジメントに関する給付のあり方、(5)軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方、そして、(6)高額介護サービス費、(7)現役並み所得、一定以上所得の判断基準、この項目全ては認定を受けた人の経

済的負担がふえることを想定していると思います。

繰り返し申し上げますが、認知症の人と家族の会では、利用者負担をふやすことを大いに心配しています。一昨日、つくば市で開催いたしました支部代表者会議においては「認知症になっても安心な暮らしを実現する社会保障を求め続けよう」と題した支部代表者会議アピールを採択、公表したところです。認知症への関心と施策が高まる一方で、制度の後退という流れはやまず、生活の苦しさや不安は募るばかりです。

今回、この参考資料をけさ初めて目にするようになったのですけれども、給付と負担について、合理的で説得力のある結論に至るために、まず負担能力に関する資料が必要だと思いましたが、例えば一定以上所得がある場合、利用者負担が2割になりましたが、サービスを半分にして我慢している方もおられます。また、一定以上所得がある人には扶養家族がいるケースが多いという調査もありました。

金融庁は夫婦の老後資金は2000万円以上が必要という報告書を出しましたが、必要と言われても被保険者、中でも要介護認定を受けた人にどのぐらい負担能力があるのか、判断できる資料がこの中にありますでしょうか。あったらお教えいただきたい。もしなければ御準備いただければと思います。

判断できる資料が欲しいという意味では、(1)被保険者・受給者範囲も同じように考えます。いつから被保険者にするのが妥当なのかということは判断できませんが、いろいろなライフステージで病気になったり、事故で障害を負う人もいますので、そうした人たちがどのぐらいいるのか、あるいは介護保険のサービスを提供するとしたらどのぐらい必要になるのかといったことがわからないと議論できないのではないかと思います。

(5)軽度者への生活援助サービスに関する給付のあり方ですが、何度も申し上げますが、要介護1と2の認定を受けた人たちは決して軽度者ではありません。ひとり暮らしや高齢夫婦世帯で認知症になるケースもたくさんあります。何度も申し上げておりますように、認知症の初期から中等度には動けるがゆえに、認定結果が要介護1・2の方が多くいらっしゃいます。この時期に重度化の防止、あるいは進行を緩やかにするために最も必要なのは専門職の介護です。ホームヘルパーが提供する生活援助は決して家事代行ではありません。

また、本来、ホームヘルプサービスの生活援助は自宅あるいは高齢者向け住まいで介護のある暮らしの持続可能性を保障するものです。介護施設に入れない、自己負担ができなくて高齢者向け住まいに移れない、入院期間が短くなり早々と自宅に戻らなければならない、さまざまな理由で生活援助を必要としている人たちがいるという現状を、ぜひ委員の皆様のみならず、今ここにおられる全ての方に御留意いただきたいということをお願いして、私の意見は以上と

させていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

負担能力を明らかにするような資料があれば提出願いたいというのは、事務局への要請ということでよろしいですか。

事務局、御検討いただければと思いますので、よろしくお願いします。

それでは、佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

では、まずは制度の持続可能性の確保のところからですが、資料2-3の4ページから、補足給付の預貯金基準ですが、最初の500万円はともかくとして、後のバッファという形での500万円というのは見直しの余地があるかなと。ここは世帯構成であるとか、後にも出てきますが不動産の所有の有無とか、このあたりによってかなり事情は変わってくると思います。年齢によっても違いますので、恐らく1000万円が高過ぎるか低過ぎるかという以前に、このバッファの500万円の精度を少し上げたほうがいいかなと思います。

不動産の勘案というところなのですが、リバースモーゲージの話が出ていましたけれども、実は個人が持っている最大の資産は金融資産ではなくて固定資産なので、不動産資産なので、これは何らかの形で勘案するというのは中長期的には必要になるかと思えます。

とはいっても、不動産は流動性がないので、ここから利用料金は出せないの、一つの考え方としては、死亡時精算制度は本気で考え方ほうがいいかもしれない。死亡時精算制度です。つまり、亡くなったときにこれまでの利用料金あるいは保険料を回収する、ついでに税金も回収するやり方です。これから高齢者の方々、恐らくストックで資産を持っている、特に流動性の欠くストックで資産を持っているケースがあるので、にもかかわらず、担税力は認められるケースはありますので、このあたりは考えるべきかと思いました。

6ページの多床室の室料負担ですけれども、ここはバランスの問題で、多床室であってもいずれにしてもそこに住んでいらっしゃるわけですから、そこは在宅とのバランスである程度室料をとるのは今後の検討課題かなと思いました。

ケアプラン、ケアマネジメントの件なのですが、これもいつもよくわからなくなるのですが、ケアマネジャーという方は誰の代理人かによって意見が分かれると思います。つまり、ケアマネジャーさんは誰の代理人ですか、1、保険者です、保険者にかわってケアプランを考えるのですというのであれば、別にそれは保険の一部ですから、確かに自己負担という考え方はおかしいのです。ただし、それが実は介護サービスの一部ですと考えるのであれば、それは

介護サービスなのですから、1割負担ですねという話になると思います。結局このケアマネジャーさんというのは誰の利害を代表しているのかによって、実はこの解釈は大きく変わってくるのではないかと思います。

10ページの総合事業ですけれども、自治体によっては実態が違おうと思います。これ以上進められるところと進められないところはあると思うので、もうちょっとセグメント分析したほうがいいのかと思うのです。つまり、全体として6割、7割にとどまっているという記述がありますが、全体といってもいろいろな自治体があります。人口規模別であるとか東西南北、少し分けて分析されたほうがいいのかと思いました。

12ページの高額介護サービス、これも何人かの委員の方々からも御意見がありましたけれども、このあたりは医療との平仄を合わせたほうが良いと思います。医療と介護でなぜ基準が違うのかということについて、明確な根拠は実はないわけがありますので、そのあたりは医療と平仄を合わせていくことになると思います。

その観点から言うと、今、65歳から第1被保険者にしています。それ自体が悪いとは思いませんけれども、いきなり1割負担でいいのかということは考えてもいかもしれません。65歳は、医療はまだ3割負担ですから、70歳を過ぎて2割になるかどうかということですので、医療との関係は少しバランスを考えたほうがいいのかと思いました。

最後に介護サービスの高齢者住まいについて、資料1です。一言だけ申し上げますと、これはまちづくりとの整合性を考えられたほうが良いと思います。今、コンパクトシティ、立地適正化計画などを進めているはずでありますので、こういう施設系をどこにつくるかはすごく大事になるのです。広範囲につくられると後が大変なので、できるだけ町の真ん中であるとか利便性の高いところ、公共交通機関のあるところとか、そこはまちづくりの一環として点としてはではなくて面として規制をかけていく視点があってもいいかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私は資料2-1の科学的介護の推進という項目で1つお願いというか、コメントをさせていただきます。

2ページの論点の一番最後ですけれども、一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会における議論を踏まえ、基本チェックリストなどの介護予防にか

かわる情報についても書かれております。これは非常に大事なポイントだと思っております。非常にさらっと書いてあるのですけれども、CHASEとか国がやろうとしている総合的なデータベース、これは大変結構だと思いますが、一言で言えば、全部横断的なデータベースになります。

ところが、基本チェックリストというのは2006年に介護予防事業が始まったときから実は延々ととられているわけですし、もしこのデータがCHASEやVISITあるいは介護の総合的なデータベースと結びつきますと、縦断的なデータのセットができることになります。横断的データではもちろん因果関係がわかりませんが、縦断的データになりますと、その辺が非常に明確化してくるということがありますので、しかも、基本チェックリストは10年ぐらいにわたって全国でとられたという経緯がありますので、私は、これは本当にこの領域に関する国の宝だと思っておりますので、ぜひ利活用をしていただければと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御要望としてお聞きいたしました。ありがとうございました。

柏崎参考人、お願いいたします。

○柏崎参考人 ありがとうございます。

私からは議題1と2について、それぞれ意見を申し上げます。

まず、将来に向けた介護基盤整備についてですけれども、本県といたしましても、高齢者人口の見込みですとかピーク、あるいは介護サービスのニーズを中長期的に見据えながら検討する必要があると考えておりました、その中では既存施設を引き続き有効に活用していくことも必要になってくると考えております。

こうした既存施設の老朽化対策に対する支援策が必要と考えておりました、例えば地域医療介護総合確保基金の対象とするなど、御検討いただきたいと考えております。

次に、多様な住まいのあり方という面では、選択肢が増えていくということはよい方向ととらえてよいと思うのですけれども、一方では、そこで提供されるサービスの適切性をいかに担保していくかが課題だと思います。

例えば、グループリビングにつきましては、現行の制度上では有料老人ホームに該当するケースが考えられるわけですけれども、事業者さんあるいは入居者さんが有料老人ホームではないと主張して、結果的に未届け状態が続いてしまうケースも実は出ておりますので、こうしたことについて既存の制度でどう



対応していくかというのは必要なことと思います。

また、有料老人ホームですとかサ高住の関係なのですけれども、例えばサ高住については、国費の補助を受ける場合には地元市町村への意見聴取を行うことが要件化されていますが、登録の際は市町村の関与を義務づける規定はございません。

また、有料老人ホームにつきましては、本県の場合には指導要綱を設けまして、設置に当たりましては、市町村との事前協議も義務づけているという関与の仕組みをつくっているところでございます。

こうしたサ高住、有料老人ホームに関する市町村の関与、事前に把握できる仕組みは法的に担保していく必要があるのではないかと考えているところでございます。

また、住宅型有料老人ホームの数は確かに著しく増えております。適切な選択の確保、適切な選択ができるような環境の確保ということでは、国が一元的に情報を公開していくことが望ましいのではないかと考えております。

議題2につきましては、都道府県の市町村に対する支援の必要性という議論も出ております。そうした中では、国が所有される各種データを都道府県のほうで活用して主体的に解析を行っていくことが必要と考えておりますので、そうした手立てですとか、経費の関係の補助につきまして、ぜひお願いし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。

それでは、山際委員、榊田委員、津下委員の順番でお願いします。

○山際委員 ありがとうございます。

議題3点について、意見を述べさせていただきたいと思っております。

1点目、介護サービス基盤と高齢者向け住まいについてです。今後都市部の急速な高齢化に対応して、急いで介護の施設であるとか、あるいは高齢者向けの住まい、この整備を進める必要があると考えますが、例えば特養の施設基準などについては、バルコニーの設置であるとか廊下幅など、非常に古い基準が残っていて建築コストを引き上げる要因になっているということがあろうかと思っております。防火であるとか耐震など、安全への配慮は欠かせませんが、緩和できる基準については見直していくべきではないかと考えています。

また、高齢者のシェアハウスであるとか、単身者が介護サービスを受ける前から共同生活を送っていくような、そういう介護予防的な住まいのあり方もあろうかと思っております。こうしたことも注目していく必要があるだろうと思ってい

ます。

2点目、科学的介護の推進のところでございます。この科学的介護の推進、介護関連のDBの利活用を進めていくことについて、極めて重要なことだと考えております。ただ、資料2-2の7ページに出されておりますが、CHASEの基本的な項目を拝見していると、介護に関するデータが十分ではないと率直に考えております。科学的介護の推進ということを進める場合に介護分野のデータをふやす努力をしていく必要があるということで、医療と比較して、介護行為の標準化であるとか、専門的言語の標準化が進んでいない現状もあるということで、ICTの技術の進歩も踏まえて、こうした取り組みを進めていく必要があるのではないかと考えております。

個人単位の医療被保険番号の活用にあたってですが、こちらについては個人が特定されてしまうおそれがあるということで、その使用目的であるとか取り扱いについて慎重に議論すべきではないかと考えています。

1点質問なのですが、介護のところのVISITについてですが、生活のしづらさであるような幅広いデータ構築について見直しの議論があるのかどうか、こちらについてお教えいただければありがたいと考えています。

最後に、制度の持続可能性の確保についてですが、こちらについては、そもそも制度の持続可能性と考えた場合に、単に給付と負担の議論ということではなくて、介護保険の基本理念である高齢者が住みなれた地域で安心して暮らし続けていく、その自立を支援するということと、介護者の負担軽減を図れるようなそうした介護保険制度をどうやって続けていくのだという観点から議論していくことが必要だろうと思っております。

したがって、例えばケアマネジメントに関する給付のあり方であるとか、軽度者への生活援助サービスにかかわる給付のあり方については、この本質論からきちんと議論すべきだと考えております。今後、生活のしづらさを抱えた要生活支援者、そうした方々がふえることを考えれば、利用者の状態像をきちんと把握して、本人や御家族の希望を踏まえながら住環境をきちんと整備し、本人の自立を促していく。こうしたことを進められるような制度を持続的にどう発展させていくか。その関係から給付と負担のあり方についても議論を進めていく必要がある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。

1つ御質問がありましたね。

では、事務局、老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

VISITに関するお尋ねでございました。現在、VISITは運用から2年を経過したところでございます。御指摘いただいたところも含めて、収集しておる項目につきましては、より実態を反映したものになるように再検討を進めてい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した。

梶田委員、どうぞ。

○梶田委員 まず、介護サービス基盤の課題でございますけれども、大都市部と地方と大きく二分化されます。人口減少が激しくて将来高齢者も減少すると言われる過疎地域においては、介護サービスの提供すら危うい地域が出てまいります。ですから、そういう地域につきましては、介護サービスを一元的に提供できる、既存の施設を中心としまして、職員の兼務体制による小規模な多機能サービス、基準該当ではなく一つのセットとして提供できるシステムをつくる必要があると考えています。

高齢者向け住まいの問題なのですけれども、サ高住、住宅型有料と、いろいろな課題が提起されています。大阪市とか財務省からも過剰な介護サービスの提供というのが出ていまして、一部の施設だとは思いますが、こういう居住系施設に住まわれる方は在宅との一括の部分ではなくてそれらの施設をちゃんと把握できるような、そこで提供できるサービスの内容を把握できるシステムを構築すべきだと思っています。

制度の持続性の問題でございます。被保険者・受給者の範囲で、2号被保険者の大きな問題があると思います。将来的に避けては通れない部分だとは思いますが、まずは今、65歳以上の現役で働いている方、年金の繰り下げ制度等もあります。その例に従ったような形の本人の届け出によって2号被保険者にとどまるという形をまずつくるべきではないかと。

もう一つは、40歳の年齢を今後どうしていくのか。これも将来的には避けられない問題とは思いますが。ただ、30代、20代の方については、同じ保険料負担ではなくて3号被保険者的に考える。2分の1の負担にするとか、そのような介護の普遍化を年代別に徐々に図っていく形の導入が必要なのかと思います。

2番目の補足給付でございますけれども、平成17年に居住費・食費の利用者負担化に導入されましたけれども、資料等では経過的かつ低所得者対策という性格を持つと書かれています。ただ、現状、介護保険制度自体が応益負担から応能負担に性格を大きく変えた以上、補足給付という部分も恒久的な介護保険

制度の持つ一つの考え方という部分にして、実務的な微調整は行っても堅持すべきと思います。

残されております課題が、いわゆる不動産勘案ですけれども、課題が多過ぎて直ちに導入するのは難しい現状かと思えます。不動産の価値というのは地域差がすごくありますし、変動も激しいものですので、将来的課題としては残るけれども、現状導入というのは少し難しいのかと思っています。

4番目のケアマネジメントの有料化の問題です。多分、この部会の中でも賛否両論が出てくると思えますけれども、なかなか意見がまとまりません。立場によって変わってくると思えますけれども、ただ、導入するのであれば1割負担、2割負担、3割負担という考え方ではなくて、定額制をもって導入すべきと。例えば月額1,000円とか、低所得者の方は500円にするとか、そのような方法のほうが望ましいかと思っております。

5番目の軽度者への生活援助サービスでございますけれども、生活支援につきましては、なかなか本人の状態像だけでは判断できない、例えば地域的な問題とか住環境等の問題も関係して総合的な支援が必要になってきますので、身体介護と生活援助は切り離せないケースも当然ございます。現在、要支援者に対しては、訪問と通所は介護予防・日常生活支援総合事業に移行しましたがけれども、その費用と効果の検証であったり、住民主体サービスの展開もまだまだ不十分な状況です。特に通いの場をつくることは非常に重要ですがけれども、なかなか地域において広がっていません。

ですから、今、軽度の要介護者の方を総合事業等に移行しても、現状の要支援者と同じように、従来サービスのソフトサービスの提供にだけとどまってしまう可能性が非常に強いと思えます。ですから、現状の総合事業の効果の検証と幅広い多様なサービスの提供体制の構築を優先すべきと考えます。

最後に、高額介護サービス費なのですけれども、介護サービスの自己負担が1割、2割、3割と所得に応じて定められてきたと。ただ、この高額介護サービス費によって3割負担の方も2割負担の方も1割負担の方も、ここで上限が決まっていますので、制度を2割負担、3割負担という形につくりかえたけれども、実質的には何ら変わらないという現状が非常に多いことが見られます。医療と同じように収入に応じて段階的に高額介護サービス費、もしくは高額医療・高額介護合算制度、ともに作り直す必要があるのかなと思っています。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

津下委員、どうぞ。

○津下委員 よろしくお願ひいたします。

まず、資料1の高齢者の住まいでございますが、平時だけではなく災害時に災害弱者になりやすいというのが高齢者であり、介護サービスを受けている方でございます。そういう点で言いますと、都道府県、市町村、自治体が垣根を越えて高齢者の住まいの安全性について検討することが必要です。佐藤委員が言われましたように安全なまちづくりの観点からも現状を把握し、安全の対策をとる。災害時には優先順位を高く、救護につなげるなどの対策が可能なように、より計画的な整備をしていく必要があるのではないかと思います。

そのためには、施設によって自治体による把握の仕方が違うとか、共有できないという事態についてはできるだけ解消するとともに、施設の配置についても計画的に進めていくことが肝要と思います。

資料2ですが、このDB、科学的な介護の検証、これは非常に重要なことだと思います。膨大なデータが集まってくるということで、よりその人に合った効率的な効果的なケアを検討できる可能性があると思います。これはケアマネジャーさんのケアプランの質の向上につながると思います。また、セルフケアプランだといいいものができにくいという話もあったのですけれども、分析の目的として、対象者の状況に応じてどういうサービスが利用可能なのかとか、効果的なのかがわかりやすくなるとよいと思います。このシステムができることによってどのように社会が便利になっていくのだろうか、VISITにたくさん入力していったら自分たちの施設にとってどういういいフィードバックがあるのだろうかという、データの使い道とか出口のイメージをもう少し示していただけると、より普及するのかなと思いました。

介護保険制度はなかなか複雑でプランもわかりにくい、また、自治体によってそのサービスがあるかないかどうかもわからない、そのようなことが一元化されること。また、WHOのアクティブエイジングではないですが、個人の健康要因やADLだけではなく、例えばサービスの提供状況、社会環境やバックグラウンドの情報、経済状況、社会の経済状況など、さまざまな指標が関連すると思われるので、どういう使い道やどういう結果を見せていくのかについて、またわかりやすく御提示いただければと思います。

参考資料2-1の5ページに、NDB、介護DB等々の一覧があります。ここの図の中で保有主体が国となっておりますけれども、国の中でも持っているところの場所が違っている情報があり、e-Statなどを見てもそれぞれのところでの分析はされているのですけれども、またがった分析がもっとされていくといいのかなということで、保有主体が特にどこの局がお持ちになっているのかとか、これとこれを連結した分析を見せていただきたい。そして、それが都道府県や市町村で活用可能な形で提示されることを期待しているのですけれども、その

ような方向性になるお願いということでもよろしいでしょうか。  
以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

最後のよろしいでしょうかというのは、御意見ということでもよろしいですか。  
何か御質問ですか。

○津下委員 質問で、こういった既に国が保有しているデータベースで。

○遠藤部会長 わかりました。

では、老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長です。

今、津下委員から御指摘いただいた方向で検討を進めたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

平川参考人、どうぞ。その次に石本委員、石田委員の順番でお願いします。

○平川参考人 東委員の代理人の平川でございます。

1点だけ、老健施設に絡むことについてお話ししたいと思います。

議題としては3番目、制度の持続可能性の確保でございます。老健施設は介護保険法あるいは介護報酬からも明らかなように、在宅復帰、在宅支援をミッションとしております。そのためによくして帰す、お帰りいただく、あるいは維持してお帰りいただくということで、医師、看護師、介護、リハ職が常駐しております。肺炎や尿路感染症等々、あるいは日常の感染症等についても治療してよくしているわけでございます。ですから、ある意味、居室ではございませぬけれども、医療機関の病室と同等と考えることもできると思っております。

つまり、特養等の生活の場、暮らしの場として、最期まで終身の施設としているところではなくて、一定期間私どものところで生活していただいて、あるいは治療をしていただいて、あくまでも在宅に戻る、地域に戻るというのが我々の仕事です。

そのために、確かに部屋については、今、個室等々につきましては差額をいただいております。行かれればわかりますけれども、そういった特別なお部屋と多床室は、アメニティーの点でも明らかに差がついております。今言ったように、ある意味で医療機関であるという部分、生活の場に特化したことではないということ、そして、ある一定期間に利用するだけの施設ということを考え

たときに、言ってみれば、のぞみ号に乗って、グリーン席と普通席があって、一定期間の乗車でございますから、グリーン車両が非常にいいからそれはお金を払おうと。一般席の方々に突然これをとることについては、利用者御家族からの説明に私たちは答え切れないところがございます。

そのために老健施設の使い控えになってしまったときに、果たしてそれが利用者御家族にとっていかどうかと考えると、財源の問題だけで簡略的に多床室からもお金をとることについては、私どもは反対したいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。3点申し上げます。

1点目、論点ではないのですが、科学的というものについて、資料2-2の6ページでございますが、○の2つ目で、科学的裏づけを進めるのは非常に大事であるのですが、ここに我々は非常に重要なことが書いてあると思っております。単なる身体的な能力の維持・向上のみならずというところで、生活の視点を重視する中で本人の意思や本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法、ここがまさに自立支援に資するところで重要な部分だと思っております。ぜひとも具体的な検討を進めていただきたいというのを申し上げたいと思っております。

2点目、ケアマネジメントの利用者負担についてでございます。これは今まで数回繰り返し議論されてきているわけでございますが、そもそもケアマネジメントの重要性等々を勘案して制度創設以来から現行の形で進められてきたという流れがございます。仮に利用者負担、これを導入した場合に、入り口での利用控え等が危惧されている中において、利用者の不利益、これが十分検証されていない中で拙速に導入することは、私たちとしては正しいことではないと思っております。

3つ目、総合事業についてでございます。先ほど来、さまざまな委員からも御意見が出ておりますが、多様なサービスを入れ、住民主体でというような総合事業の趣旨の部分が現状十分でないことがはっきりしています。今後単身世帯や老老世帯という方々がふえていく中において、生活上の支援を必要とする方々が地域の中に増加するのは明白でございます。軽度の段階で十分な支援が行われなくなってしまうと、真の自立支援は図れないのではないかと危惧するところでございます。軽度だから、または中重度だからという区分で使えるサービスが区切られるというのは、あるべき姿ではなく、ケアマネジ

メントの中で適切にそれが位置づけられ、利用する側がもっと柔軟に制度が使えるということが本来のあるべき姿ではないかと思う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。

石田委員、どうぞ。

○石田委員 最初に制度の持続可能性の確保というところで、受給者・被保険者の範囲ということなのですが、これは一般的なところで実際に現役の学生たちなどと話をする場合にも必ずそういった話題が出てきます。そして彼らは年金や介護保険などについて、自分たちの時代まで大丈夫なのか懐疑的です。そういうことを踏まえると、今後若い世代や現役世代が高齢の世代に対する敵対心等を持ってしまわないかという懸念を非常に感じております。ですから、これを検討する場合には、全ての世代からのいろいろな意見を十分に聞き取っていただいた上での慎重な検討が必要ではないかと思っております。これが1点目です。

次が科学的介護の推進、介護関連DBという資料2-1なのですが、その2ページ、論点の一番上ですが、CHASEやVISITに収集されている要介護認定情報・介護レセプトの情報、リハビリテーション計画書等の情報を補完するデータを収集する目的がここに述べられておりますけれども、実はこういった客観的なデータは非常に重要と思っております。現在、あくまで補完するデータということではございますが、ほかの委員からも出ましたように、参考資料2-1の7ページに具体的なイメージ図がありまして、その医療領域と介護領域のところで、先ほどの御意見も踏まえると、現在はVISITのところはリハビリ、CHASEは栄養管理というところに限られているように思います。しかし、この辺のところには生活の中での本人の状態をもう少ししっかり把握できるようなエビデンスであったり、社会参加も含めたところまで状況が把握できる資料が集積できるのであれば、今後要介護認定等にも非常に客観的なデータとして有効に利用できるのではないかと思っております。

また、要介護認定におきましては、非常に地域格差があったり、もちろん地域の条件はあると思っておりますけれども、その辺のところは是正される可能性があるのではないかと思っております。この点につきましては今後展開していただいて、もう少し中身を厚目にしていただければということをお願いさせていただきます。

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。

武久委員、お願いいたします。武久委員、その次に齋藤委員でお願いします。

○武久委員 ありがとうございます。

資料1ですけれども、各特養とか老健とか、いろいろな施設がありまして、それぞれがつの住みかとか、在宅復帰施設とか、機能が決めつけられておりますけれども、実際の現場は、地方でどれか1つしか施設がない場合がございます。そのときには、特養は特養だけの、つの住みかだけの機能では済まない場合もございます、老健は老健で在宅復帰施設と言いながら、つの住みか的な機能もある程度は仕方がないということがございますので、過疎地における各施設の機能について、もう少し考えていただいたらありがたいと思います。

もう一つ、参考資料1ですけれども、自宅でお一人でお住まいの方が結構いらっしゃるわけですけれども、空き家がどんどん全国でふえておりまして、リバースモーゲージと言いながら現実には進んでいないなど。田舎で家がだんだん朽ちていくというのは、日本の財産としては、こういうところをもう少しうまく使えないかなという感じを持っております。

資料3につきましては、被保険者の拡大、例えば年齢を下げるとか上げるとかでしようけれども、これは被保険者がどれだけ要介護状態になるのかということにも関係しますが、要介護者になる場合はフレイルというように自然になる場合もありますけれども、病気をして病院に入った場合にその後で要介護になる場合が、私は医療側の委員でございますので目の前でよく見ておりますけれども、9月と10月の「クローズアップ現代+」にも出ましたように、身体拘束が非常に多く医療現場で行われていると。これに対して一般社会が警鐘を鳴らしたと思っておりますが、医学的に言うと、膀胱にバルーン、管を入れて抑制するということがありますので、この医療現場での要介護者に移行しつつある要素もないようにすることも、要介護者の拡大としては非常に重要かと思えます。

資料1で、先ほど言いましたけれども、過疎地で、保険料は払っているのだけれども、サービスがないと。これは公的保険として適切なのでしょうか。官僚の方がどう思うかは別として、保険料を払ったら近くにサービスがあっほしいと思うのが国民として当たり前なんですけれども、一方で、民間事業者は莫大な利益を上げているところもある。また、社会福祉法人でも結構利益が出ているところもある。これは提案ですけれども、ある程度利益が出ているところは、この過疎地にある一定程度のサービスを提供することも少し考えていた

だいてもいいのではないか。というのは、公的介護保険なのでということでございます。

ケアマネにつきましては、有料にすることは私も考えは及びますけれども、お金を誰が払うかというところ、家族が払う。家族が払うと、家族の要望を聞かざるを得ないかなというところがあります。ここが一つのポイントだと思います。当然要介護者の利益のために家族は動いてくれるとは思いますが、そうでない場合も一部にあるということもございますので、その辺のところをぜひ対応していただけたらと思います。

私は医療の立場ですので、介護医療院のことについて皆さんから余り意見が出なかったのと言っておきますけれども、介護医療院は医師がいます。看護師がいます。医療機器があります。処置や検査もすぐできます。ただ、少し狭いところはございますが、ところが、この介護医療院に介護療養型医療施設や医療療養からどんどんと転換していっている雰囲気かというところ、必ずしもそうでもないということが現場でございますので、この辺のところでは介護医療院を10万床以上にするという厚労省当局の計画でございまして、我々もそれに大いに協力をさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 ありがとうございます。

まず、介護サービス基盤と高齢者住まいの将来に向けた介護基盤整備につきましては、既存のものを充分に使っていくことは必要かと思っております。

それから、単体のサービスだけということではなく、総合的に複数のサービスを組み合わせ提供できるような形に持っていくことが必要だと思っておりますので、小規模多機能であるとか看護小規模あたりの整備を進めていくことが大事かと思っております。

それから、住まいと生活のあり方、一体的な支援のあり方につきましては、参考資料1の事例を見ますと、低所得者対策の様相を非常に強く感じるもので、こういったことを考えていくときには、介護保険の地域支援事業と高齢者福祉施策、あるいは生活困窮者施策との関連でどう考えるのかを検討していくべきではないかと思っておりますので、高齢者施策とか生活困窮者施策に関係しているところがあるのではないかと思います。

高齢者住まいのあり方で、3つ目の論点についてです。特に外部の人の目を入れる、あるいは高齢者の住まいの質の担保をすることは当然あるべき

方向性だと思うのですけれども、例に出されている介護相談員等の活用につきましては、参考資料1の47ページにありますように、これは任意事業でもありますし、介護相談員の質あるいは量ともかなり地域差があることは聞いておりますので、なかなか現実的な対策ということではないのではないかと思います。

それから、高齢者の住まいの中でもサービス付き高齢者向け住宅等の設置に当たっては国土交通省からかなり補助金が投入されての建設になっている状況があらうかと思えます。公費が投入されていることを考えると、その質の担保を求めるといのは当然あらうかと思うので、施設を建てて終わりということではなくて質向上のために何ができるのか、国土交通省とも話し合いが必要なのではないかと考えますし、そういった取り組みをしているところに補助金等の助成をするというように、補助金申請のための要件の中に入れていくという方法もあるのではないかと思います。

例えば介護予防事業をやるのであれば地域に開かれた形で行うとか、あるいは近年災害が非常に多く発生していますので、発災時には一部仮設住宅にするとか、リビング等々は開放して一時的な避難所にするとか、市町村の要請に応じてすぐにそういった対応ができるということを建設の要件にすることも検討していくべき方向ではないかと思います。

さらに、自治体の防災訓練の企画をしたり、参加をしたりということも必要なのではないかと思います。

議題2で、科学的介護の推進につきましては、どなたかもおっしゃっていましたがけれども、資料2-2の7ページにあるCHASEで収集する基本的な項目が30項目に絞られて、内容を見ていくとかなり栄養に偏りがあるように感じます。報告書の中にも、将来的にこの項目でいいのかということを検証しながら、ケアプランの作成等々現場で有効に使っていく方法も含めた検討が必要ではないかということが書いてありますので、ぜひそういった方向性で早期に検討していただきたいと思っております。

最後、制度の持続性の確保につきましては、補足給付のところについて意見を申し上げたいのですが、在宅で療養する方々と比較をすると、公平性の観点からはある程度の応能負担は考えられるべきで、こういった制度が相対的に在宅療養者の負担を上げていっているようなことであらうかと思えます。部屋代と食費ということなのですけれども、せめて食費は給付の対象から外すことも検討すべきではないかと思っております。利用者自身はその金額の多寡について管理できないというデメリットはありますが、在宅療養者は全ての生活費を自身で賄っているため、公平性の担保について重視すべきではないかと思っております。

公平性の観点から見直した項目にある一定の預貯金等々についてなのですけれども、資産の確認はなかなか調査が難しいということもありますので、ここも何か適切な方法があるのかどうか検討が必要かと思います。具体的にどういう方法があるかというのはなかなか申し上げられないところがあるのですけれども、特に特別養護老人ホームはついの住みかになるような施設ですので、考慮すべき資産額としてこの金額が妥当なのかどうか、検討の余地があるのではないかと考えています。

ただ、制度の持続可能性といったときに、今、財源問題で負担をどうするかということに終始されがちですけれども、基本は給付の適正化です。給付が適正に行われているのかをしっかりとみていくことが必要ですので、地域ケア会議がしっかりとした機能を発揮できるように取り組む、まずはそこをやることが大変重要なのではないかと考えています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、河本委員、江澤委員、伊藤委員、井上委員の順番でお願いします。  
河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。

制度の持続可能性の確保について、何点か申し上げたいと思います。

まず、制度の持続可能性を確保するとともに、現役世代に偏った負担、これを軽減するためには、介護給付費や各種事業の効率化、重点化を進める観点から、改革工程表に掲げられた項目を着実に進めるべきと考えております。その上で、個別の項目について何点か意見を申し上げたいと思います。

1点目、補足給付でございますけれども、この補足給付における補足の把握については、預貯金の確認の場合は、給付の公平性を担保する観点からも、マイナンバー等を活用したさらなる厳格化を進めるべきであると考えております。

また、不動産の勘案についても、さまざまな実務上の課題があるというのは認識しておりますけれども、公平性の観点から、これについても引き続き検討すべきと考えます。

多床室の室料負担でございますけれども、在宅でサービスを受けられる方との負担の公平性の観点、そういったことから利用者負担とすべきと考えます。

さらにケアマネジメントに関する給付でございますが、ケアプランについては制度創設当時に、これは介護保険利用のハードルを下げるためということもあったのではないかと考えるのですけれども、10割給付としてスタートしたことについて、それは理解いたしますけれども、既に制度発足から20年が経過して、

介護保険も安定的に運営されていることを考えますと、利用者負担の導入を検討すべきだと考えます。

あわせて、ケアプランの質を確保していく上では、セルフケアプランによるサービス提供を給付対象とするのか否かについても検討する必要があるのではないかと考えるところでございます。

軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方でございますが、今後の給付増を考えると、大きな方向性として要介護度の高い方に給付を重点化していく、軽度者向けのサービスについては地域支援事業等に移行していくということが望ましいと考えます。

ただ、そうした観点で言いますと、26年度改正で創設された総合事業、これがなかなかまだ意図された成果を出していない、地域のさまざまな資源を活用して効率的・効果的な事業を実施するという目的に達していないということを考えますと、きちんと成果を上げるための方策、それについて知恵を絞って検討していただくことが極めて重要と考えております。

高額介護サービス費でございますけれども、これは医療保険とのバランス、あるいは現役世代との負担の公平性の観点から、基本的には医療保険の高額療養費制度等を踏まえて見直していくべきだと考えます。

最後に、現役並み所得あるいは一定所得の判断基準でございますけれども、この判断基準については、改革工程表にある現役との均衡という観点から、負担能力のある方には一定程度負担をしていただくことが必要と考えます。そのときに、公的年金等の控除とか、年金税制の仕組みが負担能力の評価をゆがめている面があるのではないかと考えております。そうした点も考慮した見直しを検討していただ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。

江澤委員、お願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、議題1につきまして、第8期の介護保険事業計画においては、高齢者住宅等の各地域における供給量を踏まえて検討すべきと思っております。以前も本会で示されましたように、今高齢者住宅等には要介護3から5の方が全体の3割から5割程度入居されているということで、このあたりを十分に含めて検討すべきと思います。

その際に高齢者住宅も、これは住宅の運営方針ですからいい悪いということとは全く関係ないのですけれども、医療や介護への提供の対応状況あるいはみと

りへの対応、行っているところと行っていないところ、いろいろ運営の方針がございまして、そういったところで特に医療・介護に、どれぐらい対応できるのか、あるいはそういった対応状況、みとりへの対応はどうかという情報が必要となりますので、そういったことはぜひ踏まえて検討していただければと思っております。

もう一つの視点は、所得段階別の要介護者の推移も十分に勘案すべきと思っております。1ページの資料の下から2行目に、特養の定員のサービス付き高齢者向け住宅への振りかえとありますけれども、施設と高齢者住宅の差異は補給給付があるかないかということでございまして、いわゆる低所得者が入りやすいか否かということでございまして、そのあたりも各市町村においていろいろな地域の特徴がございまして、十分検討していただきたいと思っております。

続きまして、高齢者の持ち家率は近年低下傾向でありまして、一方で高齢者の9割以上、要介護高齢者の8割が在宅にいとされています。今回、いろいろ御提案とかがありますけれども、実際に有料老人ホームは届け出、サービス付き高齢者向け住宅、いわゆるサ高住は登録制、登録を届け出ということになっていますので、むしろ登録されていない住居がより重要な課題だと思っております。

平成28年度の調査研究事業では、未届け有料老人ホームが2016年度に1,207あり、2007年あたりから未届けホームがふえておりまして、現在増加傾向で、有料老人ホーム全体の9%を占めるというデータもございまして、そういったところがどういう状況にあるのか。

2010年に廃止されました高齢者円滑入居賃貸住宅、いわゆる高円賃でございまして、そのあたりから高齢者の入居を拒まない住まいがふえてきておりまして、ですから、地域には高齢者の方が賃貸住宅等に相当住まわれていると思っております。

その中で一部と考えられるのが有料老人ホームの51.4万人分、あるいはサ高住の24.7万人分でございまして、届け出、登録されていない高齢者住宅に多くの方が居住されている現実がございまして、そのあたりも非常に視野に入れていく必要があると思っております。

ちなみに、平成25年度の調査におきましては、サ高住の入居者の不満については、不満がないが圧倒的1位で53.1%を占めておりまして、実際に課題があればどんどん対応すべきだと思っておりますけれども、そういったことが重要でございまして。

未届けホームがなぜ届け出をしないのか、できないのかというところでも、今後の対応が必要と思っております。多くは建築基準、人員配置基準等が理由だと思っておりますけれども、そのあたりは今後の検討課題だと思っております。

そして、こういった住宅の住まいの質というものが論点にありますけれども、質の定義は何なのかということが重要だと思っております。サ高住のサービスは実は安否確認と生活相談サービスのみでございますので、そういったところに関する質はどうかというのは重要だと思っております。私も国土交通省のこういった事業の説明会に何度か参加したことはありますけれども、その中に、これは要望ですけれども、尊厳の保持とか身体拘束の廃止というケアの質を高めるものをぜひ説明会資料に今後加えていただきたいと思いますと思っております。

そして、最も重要な視点は、行政介入も重要ですが、地域における透明性の担保が重要でございます。要は地域住民からちゃんとしたのは何なのだ、どういう住宅なのだということがわかることが重要でございます。ですから、住民がボランティアでどんどん入っていく高齢者住宅、あるいは入居者と住民で合同に行われるイベントを積極的に取り組むような住まいが今後必要でありますし、求められていると思っております。

次に議題2ですけれども、データ提出における事業者負担の軽減は不可欠だと考えております。そして、御提案にありますデータの連結は賛成でございますけれども、ぜひ関係者で目的を共有すべきと思っております。本来この目的については、利用者に提供するサービスの質を高めること、そして、エビデンスに基づいた政策策定につながるということだと思っておりますので、ぜひそういったデータを用いた研究や検討結果を公表する場合には、公益性の高い資料にするよう、あるいは恣意的に利用されるとか、世の中をミスリードしないように結果の公表が発表なされるよう、第三者委員会による検証の場の設置等も今後必要かもしれないので、今後またいろいろ御検討いただければと思います。

続きまして、介護の科学的は、疾患を治療する医療とは異なりますので、介護保険の目的であります尊厳の保持と自立支援を踏まえた生活の構築が重要であり、生きがいの支援、実現も不可欠となってきます。

したがって、これらのデータベースではキャッチアップされない日中の過ごし方等、あるいは本人の意思を引き出すこと、趣向を尊重すること、そういったことも含めてデータベースで何か加えることができるのかどうかはぜひ検討していただきたいと思いますと思っております。

これらの生きがい支援とか、個々に応じたアクティビティの提供は、基本報酬部分でありますので、データベースには盛り込まれない因子であり、今後工夫が必要と思っております。

最後に議題3です。多床室の室料負担についてはいろいろ意見がございましたけれども、以前も申し上げましたが、老健施設とか療養病床、介護医療院というのは医療提供施設であって、住まいとは趣が異なるものでございますので、多床室の室料負担を利用者から徴収するのはいかがなものかと思っております。

あわせて、今タイミング的に介護医療院への移行を推進している時期でございます。医療療養病床から介護医療院に行くに当たって、多床室の負担が月1万円程度ふえるというのは、この推進に対してブレーキをかける可能性も十分ございますので、慎重に検討していただきたいと思っております。

利用者負担においては、共助の仕組みにのっとり、低所得者への配慮を当然きめ細かく対応すべきでありますし、一方で高所得者は保険料も高く利用者負担も高いので、そのあたりについては懇切丁寧な説明のもと、理解を得るべきだと思っております。

また、補足給付の財源が介護保険財源でいいのかどうか、一般財源とすべきかどうか等も議論の余地があると思えますし、全体的には受益者負担を高めてもトータルの財政的影響は必ずしも大きくないということ、そして、国民や企業の保険料負担には一定程度の限界値があると思えます。ということは、もっと大きな議論も必要であって、例えば今給付の割合の50%が公費でございますけれども、その公費割合の50%が将来的にどうなのかという議論もそれなりの場で議論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。

伊藤委員、お願いいたします。

○伊藤委員

制度の持続可能性の確保の4ページ、補足給付です。こちらについては、参考資料3の19ページを見ますと、この平成27年と28年の連続の制度見直しによって、第2段階と第3段階のボリュームが入れかわるという大変大きな状況の変化が見られます。これまでの見直しにより、どのような生活上の影響が出ているのか、まずは十分丁寧に見ていく必要があると思っております。

また、同じ資料の21ページから24ページのところに補足給付の今の姿があるわけですが、ごらんとおり第3段階と第4段階に大きな差があります。応能負担というけれども、第3段階に入るか入らないかでものすごく大きな差が出ている。今回はそこが論点ではないと財務省や厚労省はお考えかもしれませんが、どう見ても第3段階と第4段階の差は、そこに入るか入らないかで物すごく差が出てくると思います。

先ほど言った19ページの資料を見れば、全体的に件数が減っているということは、第2段階から第3段階になった人が多いだけでなく、第4段階に行った。つまり、補足給付の対象から外れた人が相当いるということですから、この部分をちゃんと丁寧に見て検討していく必要があると思っております。



次は8ページのケアマネジメントのところですが、皆さんからも御意見がありましたけれども、ケアマネジメントの質の向上が求められている中でセルフケアプランが増えるのではないかと、また、利用者あるいは家族の意向が非常に強まるということが予想されます。こういうことが在宅生活にどのような影響を与えるのか、悪影響がないのか、きちんと資料に基づいて提示していただきながら判断をしていかなければいけないと思っています。

10ページ、軽度者です。こちらにつきましては、軽度者と色づけされていますけれども、要介護1や2という人でも訪問介護とか通所介護というのは不可欠なサービスですし、家族にとっても介護離職につながらないための大切なサービスです。総合事業の提供体制が全国で十分に確保されていない状況で、軽度者への生活援助サービスの給付の見直しを断行することは、十分慎重に検討しないといけないと思っています。

一方で、総合事業を使っている人が要介護1などになった場合に、総合サービスを利用できるようにするということの要請があるとすれば、その点についての検討はあり得るのかもしれませんが、これを切りかえていくということは乱暴過ぎると思っています。

12ページ、高額介護サービス費です。こちらにつきましては、正確な数字がわからないのでわかたら教えてほしいのですけれども、医療保険でいうところの770万円以上9万3000円、14万1000円になるところの対象者が、パーセントでこの資料には出ていますけれども、人数でどれぐらいになるのか。70万人ぐらいになるのかなと思います。こういう人々とその世帯ですね。要介護世帯がこれだけの負担をしながら生活の維持ができるのかということを示していただきたいと思います。

医療と同じ区分でいいではないかというのも一つの考えかもしれませんが、家計調査では医療と介護の支出を分離して見られないですし、要介護世帯でどれだけ医療費と介護費がかかっているのかを見ると、恐らく介護費のほうが絶対にかかっていると思うのです。それをこの14万1000円という上限に引き上がることがどれだけの家計に影響を与えるのか、データをちゃんと示してもらわないと、責任を持った判断、議論ができないと思いますので、よろしくお願いします。

14ページの「現役並み所得」と「一定以上所得」のところ、この間、2割負担導入、3割負担導入と2年ごとに行われてきて、高齢世帯への影響が大変大きかったと思っていますので、「一定以上所得」の対象拡大は本当にものすごく大変なことになると思いますので、十分慎重に検討していきたいと思っています。

介護DBで、VISITとかCHASEという新しいデータベースを介護DBとNDBと連結して分析をしていく、これを第三者提供していくというようなことが提起されて

いるわけですがけれども、これが重度化予防とか効果的な自立支援につながるような研究が進むということには期待しております。

しかし、よく見てみると、参考資料2-2の7ページにCHASEの現状の項目が出ていますけれども、既往歴や同居人の数とか本人との関係性とかを含めて、生活環境の内容も含んだとても詳細な情報が登録されることになると想定されますので、その取り扱いについては十分に慎重を期する必要があると思っています。

今年の健保法の改正で附帯決議が参議院でついていますけれども、民間事業者等の幅広い主体に対して介護DBの情報提供ができることについて、情報の機微性に鑑み、国民の不安を招くことのないよう透明性の高いルールのもとで提供の可否を判断すること、それから、提供された情報が適切に管理されるよう十分な監督指導体制を整備することが政府に対して求められているところですので、こういう体制がきちんと確保されていくのかということを議論しないといけないと思っています。

今日の参考資料2-1の11ページに現状の介護DBの審査体制について示されています。現状で第三者提供をするためには、この資料に基づくような構成員の体制で検討がされているのだらうと思うのですがけれども、名簿をみますと、要介護者やその家族の立場を代弁できるような人が入っているわけでもありませんし、介護保険者も入っていません。ほとんど医療保険者とか学者の皆さんで構成されていますけれども、こういう体制で現状審査を行っていることについての考え方を教えていただきたいと思います。

また、どういう権限がこの有識者会議に与えられているのかも教えていただきたいと思います。

最後です。連結解析を行うために医療の個人単位被保険者番号を活用することについても、データ主体の同一性を確保するという観点からは、効率性と正確性からは検討に値すると思っていますのですがけれども、そこにVISITとかCHASEまで連結して、また所得情報に基づいた資格情報も入っている、それと連結されるということになると、高額介護サービス費とか高額療養費など、所得情報に基づく情報も含めて第三者提供することは非常にセンシティブな問題になりますので、国民的な議論をしないといけないと思います。

今の状況でこれをいいですねと言って来年法改正に入れましょうというのは、余りにも白紙委任をしろと言っているようなものなので、もっと丁寧な議論をこの場でもさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局にお尋ねという理解でよろしいですか。

○伊藤委員 要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関する有識者会議のメンバー構成の考え方とその権限を教えてください。

○遠藤部会長 老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

まず、介護DBに関しましては、認定情報、また、レセプト情報が入っているものというのは御案内のとおりでございます。

それに関しましては、昨年度より第三者提供が開始をされております。第三者提供を開始するに当たりましては、有識者による検討が必要であるということで、検討の会議を設けているところでございます。参考資料2-1の21ページのメンバーは解析基盤に関する有識者会議でございます。一方、第三者提供を審査する別の会議を私どもは設けているところでございます。確かに研究者が主となっております。そこに関しましては、今の介護DBの第三者提供という形においては私どもとしては適切だと思っておりますけれども、今後連結解析が可能になるというときには、改めて社保審の意見を聞くということにされておりますので、メンバー構成も含めて再度御審議を賜りたいと思っております。

失礼いたしました。参考資料の11ページの右側に第三者提供の御審議をいただく会のメンバー表があるところでございます。

御説明は以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

簡潔にお願いします。

○伊藤委員 私は参考資料2-1の11ページにあるこの有識者会議が現状なぜこのような構成になっているのかをお聞きしたかったので、先ほどの附帯決議などを考えて、今後の体制を考えていただきたいと思えます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、兼子委員の順番でお願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

議題2と議題3につきまして、コメントをさせていただきます。

まず議題2ですけれども、データの解析、活用、これは今後の介護保険制度の運営あるいは質の向上で極めて重要ですし、また、日本が課題先進国として今後国際的な貢献にもつながる可能性がありますので、ぜひ推進していただきたいと思います。

収集データを活用するということにつきましては、プライバシーへの十分な配慮をした上で、民間も含めた幅広い主体による活用をお願いしたいと思います。今後データの充実を図ることが不可欠となりますけれども、その際にはデータの提出負荷とデータの利用価値の高さを比較考量して対応していただきたいと思います。データベース構築の上で、個人単位の被保険者番号の活用は不可欠だと思います。

次に議題3ですけれども、現在、政府・与党では、介護のみならず医療、年金、幅広い視点から全世代型社会保障改革を進めているところでございます。その際の経済界としての視点なのですけれども、人口動態や技術動向が非常に大きく変化する中で次世代にどうやってこの制度を引き継いでいくか、また、昨今極めて顕著になっている世代間のアンバランスをどうやって解消していくか、社会保障の維持の前提となる経済成長とどうやって両立させていくか、こういった視点が非常に重要だと思います。

その視点のもとでコメントをさせていただきますと、まず(1)被保険者・受給者範囲ですけれども、被保険者の年齢の引き下げにつきましては、世代間のアンバランスがある中で、なかなか現役世代、子育て世代にさらなる負担というのは非常に困難であろうと思います。

また、1号被保険者、2号被保険者の対象年齢を見直すということにつきまして、健康寿命の延伸や高齢者の就業の拡大などはこれまでの社会保障制度の成果であり、社会的なメリットでもございますので、これを制度の中にどのように位置づけていくかは議論しなければならない点ではありますけれども、これは介護保険のみならず年金、医療、働き方改革、こういった幅広い観点でバランスを踏まえながら慎重に検討していくべきだと思います。

(2)補足給付につきましては、世代間の不公平感に関連しますけれども、金融資産や宅地資産について、高齢者は全世帯に比べると1.5倍ぐらいこういった資産をお持ちだという統計局の統計もございますので、これが少なからず不公平感につながっている点がございますので、この捕捉は非常に難しいということはわかりますが、進めていただきたいと思います。

ケアマネジメントの給付につきましては、制度以来20年が超過しましたので、利用も定着しておりますし、他のサービスにつきましては利用者負担をいただいているということから考えますと、一定の利用者負担を導入することはやむを得ないのではないかと考えます。

(5) 軽度者の生活援助サービスにつきましても、人材あるいは財源に限りがある中で、介護保険の中で専門的なサービスを必要とする重度の方々に重点化をしていくことが必要だと思いますので、軽度者への生活援助サービスにつきましては、地域支援事業等へ移行すべきだと思います。

(6) 高額介護サービスにつきましては、少なくとも時限措置につきましては、当初どおり3年で終了すべきだと思います。

(7) 現役並み所得、一定以上所得の判断基準でございますが、現行、利用者のほとんどの方が1割負担となっている状況に鑑みますと、先ほどの金融資産、宅地資産の面もありますとおり、アンバランスという面が否めないと思いますので、負担能力に応じて広く薄く負担をお願いするという観点から、2割負担の対象をさらに拡大すべきと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

兼子委員、どうぞ。

○兼子委員 どうもありがとうございます。

制度の持続可能性のことで意見を述べさせていただきます。

今、世代間のアンバランスとか、負担の均衡とか、さまざまな御指摘がありましたけれども、先ほど、どなたかが言っていた新幹線に乗っていて走っている列車の中で突然一方的に乗車賃が上げられるとか、あるいは私の感覚で言いますと、途中下車できる駅が突然下車できなくなったとか、そのような実感を持っております。

きょう提起されたさまざまな負担等の問題、個々の御意見は多くの方から御発言もありましたし、資料の中でもこれまでの意見も丁寧に書き込まれていますので繰り返しませんけれども、私は制度の基本的なあり方に疑問を持っております。

まず基本的に大事なものは、介護保険制度を財政的にどうしてくのかが大きな問題、そこから今回のようなさまざまな課題が提起されているのだろうと思いますけれども、私は現行の介護保険料について、低所得者ほど負担が重いものとなっていると思います。金額は確かに低いわけですが、所得に対しての負担率は所得が低い人ほど負担が大きい。

私は、介護保険料は税制と同様、応能負担を原則とすべきと思っています。所得段階別保険料の上限、こういったものを外すとか、緩やかな累進制の保険料について検討すべきだと考えております。その作業の中で被保険者・受給者範囲の見直し等についても、収入に応じて全世代が支え利用できる制度にす

る、そういうことが検討できるのではないかと考えております。  
以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。  
お待たせしました。濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料1の論点、住まいと生活のあり方についてでございますが、先ほど来御意見がございましたように、住宅型有料老人ホームにつきましても、市町村ごとにその内容が把握できるようにすべきだと思っております。

ただ、市町村、それから、届け出られる都道府県の御負担ということもございますので、例えばサービスつき高齢者向け住宅と同じように一定の情報公表の形が整えられるとよりよいのかなと思っております。

なお、その際には、有料老人ホームで、特定のサービス事業者あるいは医療機関、医科、歯科、調剤等で契約しているような機関があれば、公表されるような形があると、利用者等が選択する場合に非常に有益な情報になりますので、そういうことを検討していただければと考えます。また、相談センター等で現在非常に多くの仲介事業者がふえているということがございますので、不動産仲介事業者の登録ではございませんが、同じような登録制度を検討するなど、そういうところも少し把握できるようにしてはよいのではと考えております。

資料2にございます介護DBの活用、連結等でございます。これはぜひ進めていただければということでございますが、要介護認定情報につきましては介護DBでは一定の情報のみでございますので、将来的には市町村の意見書でありますとか特記事項ないしは生活保護受給者の方の情報等も介護扶助番号等で連結できるようにして、しかし転居等で番号が変わってまいりますので、医療保険者の被保険者番号と同様に、これは継続的に把握できるような形で進められればと考えております。

資料3の制度の持続可能性のところでございますが、先ほど来、ケアマネジメントの普及のあり方ということで意見が出ておりますが、私どもとしては今後もケアマネジメントの徹底ということが必要と考えております。現在、ほとんど100%に近い方がケアマネジメントを利用して介護保険サービスを利用されておりますが、まずこれが何か揺らぐ、損なわれるということがありますと、介護保険制度全体の基盤が揺らぐことにつながるのではと大変危惧いたしております。

参考になるかどうかわかりませんが、諸外国におきましても、国民性も制度

も違いますが、例えば現金給付に偏っているところ、あるいは訪問療養サービスに偏る。これは家族の方の訪問介護で現金給付に相当する仕組みとも言われておりますが、圧倒的にそのような介護サービスや給付の偏りが出て事後的にケアマネジメントを導入しないといけなくなってしまうということが起こっております。ぜひそうならないように今の仕組みを維持していくべきだと思っております。

特に、そういうところでは高齢者虐待が課題だということも指摘されているようで、そうならないように、引き続き第三者の目が入るような仕組みを維持すべきだと思っております。

また、通常の介護保険サービスとケアマネジメントの違いということでございますが、例えば通常の訪問通所サービスですと、何曜日、何時から何時までということで時間が決まっていますその間の支援を行うということでございますが、ケアマネジメントはもちろん月1回ないしは多い方ですと5回、6回と訪問しますが、それ以外の365日24時間、何か利用者宅であれば支援を行う。こういう包括的な仕組みで支援をしているということでございます。

このようなことに派生して、例えば利用者の方が急病の際に救急車に同乗したり、認知症の方が徘徊をして行方不明になったときの捜索、転倒時の緊急対策でありますとか、あるいは介護保険とは直接関係のない、介護とは関係のない代理申請、これは介護支援専門員の9割程度が実施したことがあるということで対応しているということでございます。

参考資料3の50ページには、介護の相談先ということでケアマネジャーが最も多いということでございまして、例えばこの負担のあり方が影響して行政の相談窓口や地域包括支援センターに相談先が偏ってしまうようなことがあると、結局別の相談窓口のインフラ整備をさらにまたコストをかけてしないといけなくなる可能性もあるのではないかと考えております。もちろんこれはやってみないとわからないことでもありますけれども、うまくいかなかった時にまたそれを戻すのは大変だろうということでもございますので、ぜひともよりこのあり方を検討していただいて、可能であるならば現行給付を維持していただければと考えております。

また、軽度者への生活援助サービスのあり方についてということでございますが、これにつきましても現在なかなか生活困窮の中で生活援助サービス、特にこれから2040年にかけてひとり暮らし高齢者の方や認知症の方が急激にふえていくことを考えますと、年齢層が60代、70代の方から、80代、90代、そして今や100歳を超えてひとり暮らしという方も増えております。ADLは室内で一定自立していても、当然生活支援が必要というケースなどもありますので、今の総合事業の進捗なども含めまして、慎重に検討をしていただく必要があるのでは

はないかと思っております。

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。

予定していた時間を過ぎておりますので、本日はこのぐらいにさせていただきたいと思えます。積極的な御発言、どうもありがとうございました。

また、次回の日程につきましては、追って事務局から連絡をしていただきたいと思います。

それでは、本日の部会はこれにて終了したいと思います。御多用中のところ、長時間、どうもありがとうございました。