

○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86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、宇野福祉基盤課長、川端福祉人材確保対策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。

(報道関係者退室)

○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 皆さん、本日もよろしくお願いいたします。

まず本日の出欠状況について、御報告をいたします。

本日は、石本委員、大西委員、黒岩委員、津下委員、野口委員が御欠席です。

また、石本委員の代理としまして、宮崎参考人、日本介護福祉士会副会長、大西委員の代理として、香西参考人、高松市健康福祉局長寿福祉部長、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のお三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が、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 お手元の資料の確認をさせていただきます。

資料1「『社会福祉法人の事業展開等に関する検討会』の検討状況について」。

資料2「介護福祉士養成施設卒業生に対する国家試験の義務付けについて」。

資料3「保険者機能」。

資料4「論点ごとの議論の状況」。

資料5「制度の持続可能性の確保」。

参考資料1「保険者機能（参考資料）」。

参考資料2「論点ごとの議論の状況（参考資料）」。

参考資料3「制度の持続可能性の確保（参考資料）」。

また、末尾でございますが、大西委員の提出資料をお配りしております。
以上でございます。

不備等ございましたら、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、議事に移らせていただきます。

本日の議題は1から5までございます。

1と2につきましては、報告事項ということではありますが、まず議題の1から議題の4まで、事務局から通して資料の説明をお願いいたしまして、その後、皆様に御議論いただきたいと思っております。

それでは、事務局、資料の説明をお願いいたします。

○宇野福祉基盤課長 社会・援護局福祉基盤課長の宇野と申します。

私から、資料1を説明させていただきます。

資料1「『社会福祉法人の事業展開等に関する検討会』の検討状況について」
でございます。

1ページ目、この連携法人の創設の経緯でございます。上の枠でございますとおおり、経済財政諮問会議や未来投資会議において、閣議決定されております。例えば去年の骨太方針では、介護の経営の大規模化・協働化により、人材や資源を有効に活用する。今年の成長戦略フォローアップでは、社会福祉法人の事業の協働化・大規模化の促進方策等について、有識者による検討会を開催し、2019年度中に結論を得るとなっております。

こうした動きを踏まえまして、本年4月から、社会福祉法人の事業展開等に関する検討会を開催しております。この検討会につきましては、後ほど2ページ以降で御説明させていただきます。

この連携法人につきましては、1ページ目の下にありまして、2番で連携法人創設に関心がある社会福祉法人の意見、ニーズをここにお示ししております。例えば1つ目の枠ですと、人材確保の観点から、連携法人制度を活用したいという社会福祉法人の方です。

2番目は、生産性向上の取り組みということで、地域における生産性向上に向けた普及の取り組み方法の1つとして、連携法人制度の活用を考えておられる社会福祉法人の方です。

3番目につきましては、地域の福祉サービスの維持・向上という観点から、社会福祉法人の経営支援という形で、連携法人内での資金提供、債務保証がで

きるとよいといったニーズをお持ちの社会福祉法人の方、こういったようなニーズも我々事務局で把握しているところでございます。

こうしたことを踏まえまして、2ページ目をごらんいただきますとおり、社会福祉法人の事業展開等に関する検討会を、埼玉県立大学理事長の田中滋先生を座長にお願いしまして、この4月から検討を行っているところでございます。

第4回が10月29日火曜日に開かれまして、第5回は明後日に予定をしているところでございます。

第3回までの議論の整理は、次の3ページ目にございます。これまでの議論の整理ということで、まず1つ目といたしまして、上にありますとおり、社会福祉法人における連携や協働化、大規模化の意義をここに示しております。連携や協働化、大規模化などの組織再編を含む方法は、希望する法人の自主的な判断のもと、進められるべきものではありませんけれども、一般にこれらの方法は、社会福祉法人が高まる地域の期待や役割等に応えていくために有効な手段であると、意義としては示しております。

その上で、大きな2番目で、具体的な対応の方向性として、大きく3本の柱を示しております。

(1)といたしまして、社会福祉法人の連携・協働化の取り組みの推進とありまして、特に社会福祉法人の連携はあるのですが、社会福祉協議会の積極的な活動を図っていくことが重要であるという指摘がございます。

(2)は、社会福祉法人が主体となった連携法人制度の創設の検討を示しています。

(3)として、希望する法人が大規模化・連携に円滑に取り組めるよう、環境を整備するということで、合併とか、事業譲渡、法人間連携、こういったものが所轄庁の手続が疎いとか、実際に法人が合併等に苦労したという声がありますので、こうしたものの好事例収集を行いまして、希望する法人向けのガイドラインの策定を進めていくといった御提言、また、会計専門家における会計処理についての検討会での整理ということで、議論の整理をさせていただいています。

第4回目以降は、このうちの(2)の連携法人制度の創設部分につきまして、新しい制度でございますので、その内容について、議論をさせていただいたところでございます。

その連携法人制度の現在の議論の状況につきまして、4ページでございます。連携法人制度につきましては、既に医療で、地域医療連携推進法人という制度が設けられております。そうしたものを参考にしながら、ここにありますとおり、4ページ目以降で、現在、検討会において、社会福祉の連携推進法人制度の検討を行っているところでございます。

上にありますとおり、社会福祉法人の経営基盤の強化とか、良質な福祉サービスの提供を促進するために、社会福祉協議会や法人間の緩やかな連携、合併事業譲渡、この2つしかなかった社会福祉法人間の連携方策に、社会福祉法人の自主性を確保しつつ、連携を強化できる新たな選択肢の1つとして、連携法人制度を創設するということでもあります。

真ん中にありますとおり、いわゆる社団型の法人でございます一般社団法人の形でして、社員総会がありまして、執行機関として理事会とさせていただきます。また、社員総会、理事会に対して意見を出せるように評議会、これは地域関係者の方々の意見を入れていくといったものでございます。

連携法人自体は、一般社団法人なのですが、社会福祉に係る業務の連携を推進するための方針の策定等、一定の基準に適合すると認められるものを所轄庁が認定します。所轄庁とは、右側にありますとおり、今、社会福祉法人では、その規模とか、本拠地によりまして、都道府県知事、あるいは政令指定都市、一般市、あとは、厚生労働大臣のいずれかとなっておりますけれども、今のところ、社会福祉法人と同様な形で、事業区域により所轄庁に決定しまして、認定・監督を行うこととしております。

社員につきましては、真ん中にございますけれども、社会福祉事業を行っている法人、その他連携業務に関する業務を行う者としまして、社会福祉事業を行っている法人が2以上、うち社会福祉法人の1以上が必須という形で考えております。

業務・活動区域ですけれども、活動区域につきましては、社会福祉連携推進方針に盛り込んで、活動区域を規定することとなっておりますけれども、特に活動区域については、制約はせずに、活動区域自体は方針で明示する方向で検討が進んでおります。

また、実際の連携推進業務といたしましては、ここに掲げてありますとおり、地域共生社会の実現に資する業務の実施に向けた種別を超えた連携支援、災害対応に係る連携体制の整備、福祉人材不足への対応、本部事務の集約や設備の共同購入等の社会福祉事業の経営に関する支援、社員である社会福祉法人への資金の貸し付け等を考えております。

連携法人は、上記連携推進業務以外の業務につきまして、連携推進業務への支障を及ぼすおそれがない範囲で実施可能となっております。また、連携法人が社会福祉事業を行わないという整理で、今、検討しております。

経費自体は、社員からの会費、業務委託費となっております。

ただ、貸し付けにつきましては、後ほど説明しますとおり、別途の費用として認めたいと思っております。

議決権につきましては、1社員1議決権を有するものとしまして、一定の要

件のもと、定款で別段の定めをすることができるものとする。ただし、社会福祉法人の議決権の総数が、総社員の議決権の過半数を占めていることが必須であると、今のところ整理しております。

代表理事につきましては、所轄庁の認可が必要です。

連携法人自体の合併は、傘下の社会福祉法人等が合併することは構わないのですが、連携法人そのものの合併自体は認めないという形で整理しています。

連携法人自体が地域の関係者の意見をきちんと反映するという御要望とか、御意見も検討会の中でも、あとは、我々の福祉部会でも多く出ておりますので、評議会を活用しまして、地域の意見をきちんと反映できる形の仕組みを進めたいと思っております。

5 ページ目は、連携推進法人の業務のイメージということで、1つ目は、福祉人材の不足が非常に課題になっておりますので、そういったものに資するために、例えば職員のリクルートをかわりにやるとか、共同研修を実施するというもの、あとは、地域共生社会の取り組みの中で、地域の種別を超えた多様な取り組みを支援するための連携法人としての活動です。

6 ページ目につきましては、社会福祉法人の貸し付けなのですが、御案内のとおり、社会福祉法人自体は、法人外への収益の流出は禁止されております。そういう中で、今回は、社会福祉連携推進法人に限りましては、社会福祉法人から一定の範囲内の資金の貸し付けを可能にする。ただし、その資金自体は、貸付対象の社会福祉法人に限定する形で認めたいと思っております。

一定の範囲は、上の箱の2つ目の段落にありますとおり、当該社会福祉法人の拠点において、経常活動収支差額が黒字かつ資金不足が生じない範囲等、いわゆる法人本部への繰り入れが可能な額の範囲で認める方向で、現在、検討しているところでございます。

制度自体は以上でございます。

7 ページ目以降は、この制度の参考としました地域医療連携推進法人制度の概要、あとは、今、実際に地域医療連携推進法人が全国で、現在14法人が設立されていますけれども、その法人の概要をおつけしております。

私からは以上です。

○川端福祉人材確保対策室長 福祉人材確保対策室長の川端でございます。

私からは、資料2の「介護福祉士養成施設卒業生に対する国家試験の義務付けについて」の内容と福祉部会での議論の状況を報告いたします。

1 ページ目をお開きください。介護福祉士の資格取得につきましては、大きく3つのルートがございます。下段の図をごらんいただければと思いますけれども、実務経験ルート、養成施設ルート、福祉系高校ルートがございます。

このうち養成施設ルートにつきましては、従来養成施設を卒業した方につきましては、卒業と同時に介護福祉士の資格が付与される取り扱いでしたけれども、平成19年の法律改正において、介護ニーズの多様化、高度化に対応できる質を担保し、社会的な信頼と評価を高める観点から、資格取得方法を一元化して、平成24年度より、全てのルートにおいて、国家試験の義務づけがなされることとされておりました。

一方、施行までの間、新たな医療的なケアなどの教育内容の追加や、介護人材確保の困難な状況等を踏まえて、養成施設卒業者に対する国家試験義務づけの施行が延期されてきたところでございます。

その後、平成28年、前回の法律改正において、平成29年度から、養成施設卒業者に受験資格を付与し、5年間をかけて、漸進的に国家試験義務づけの導入が図られることとされたところでございます。

2 ページ目をお開きください。このスライドは、養成施設ルートの国家試験義務づけの完全導入に向けたスケジュールになります。平成29年度卒業者から国家試験の義務づけの手当てがなされましたけれども、平成29年度卒業者から数えて5年間、すなわち、令和3年度卒業者の方々まで、仮に国家試験を未受験、あるいは不合格であっても、その方々は、5年間は介護福祉士の資格を付与するという経過措置が手当てされてございます。

また、この5年の間に国家試験に合格する、あるいは原則卒業後5年間連続して実務に従事されている方につきましては、その後も介護福祉士の資格が付与される扱いになってございます。

3 ページ目をごらんください。本スライドは、介護福祉士の資格取得方法の見直しによる効果をまとめたものでございます。スライド下段の左側の養成施設ルートを卒業されて、介護福祉士になった方々への調査では、主に8割以上の方が国家試験の受験によって、介護に関する幅広い知識がついた、専門職としての自覚、心構えが高まったといった回答、また、右側でございますけれども、養成施設の教員への調査では、7割以上の方が国家試験の導入によって、学生の自信、資質の向上、地位向上に効果があるといった回答など、おおむね義務化への好意的な回答が寄せられているところでございます。

4 ページ目をごらんください。一方、このスライドは、介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向になります。左側の図の有効求人倍率をごらんいただければと思いますけれども、少子高齢化も相まって、我が国は売り手市場、緑色の全産業の有効求人倍率は、平成30年で1.45倍、介護分野におきましては、3.90倍となっております。

関連する資料として、5 ページ目をごらんください。都道府県別の有効求人倍率を見てみますと、東京都における本年8月現在の7.70倍を初めとしまして、

大都市圏を中心に非常に高い倍率となっております。全国を見ても、軒並み2倍を超える売り手市場ということで、裏を返せば、人手不足の状況がうかがえるところでございます。

6ページ目をお開きください。こうした中で、ここ数年で介護人材の受け入れの仕組みが大きく変わっております。国内における介護人材の確保に加えて、現在では、4つのルートによりまして、外国人介護人材の受け入れの仕組みが整備されております。

1つ目は、左側ですけれども、平成20年より順次導入されております、インドネシア、フィリピン、ベトナムの三国との経済連携協定、EPAに基づくルートです。

2つ目でございますけれども、平成29年より導入されております、専門的・技術的分野の外国人の受け入れを目的とする、在留資格「介護」の創設がございました。

左から3つ目ですけれども、同じく平成29年11月からですが、技能実習制度において、介護職の受け入れ制度が創設されてございます。

最後に、一番右側ですが、本年4月より導入された、人手不足対応のための一定の専門性・技能を有する外国人の受け入れの仕組みである、特定技能制度の創設でございます。

このように、介護分野における外国人人材の受け入れの仕組みは、ここ数年で大きく変化しているところでございます。

7ページ目をごらんいただければと思います。こうした中で、介護福祉士の養成施設の状況についてのスライドでございます。主に定員の推移になりますけれども、養成施設の定員及び定員の充足率がございしますが、減少傾向となっている一方で、ここ数年で入学者に占める外国人留学生の人数、割合がともに急増していることがうかがうことができます。平成29年度は591名、平成30年度は1,142名、令和元年度は2,037名となっております。

8ページ目をごらんいただければと思います。介護福祉士の国家試験の実施状況、合格率の推移を見たスライドでございます。足元、一番右側の平成30年度の合格率は73.7%と、全体の傾向として、これまでの傾向を見てみますと、合格率が上昇傾向と捉えることができると思います。

9ページ目をごらんいただければと思います。他方、養成施設卒業生の合格率の日本人の方と外国人の方の状況をお示ししたものが、このスライドになります。養成施設卒業生への国家試験の義務づけがなされて以来、平成30年と平成31年の2回の試験が実施されておりますけれども、その状況を見ますと、日本人の受験生につきましては、平成30年で89.1%、平成31年で90.9%と、平均と比べましても高い合格率となっている一方で、外国人の方につきましては、

平成30年で41.4%、平成31年で27.4%と低い状況になっているところでございます。

最後に、10ページ目をごらんいただければと思います。こうした状況の中で、介護人材につきましても、専門性が不明確で役割が混在し、将来の展望が見づらく、早期退職につながる面積も小さいまんじゅう型といったものから、専門性の高い人材を育て、人手不足が極めて深刻化する中で、現役高齢者の方々、あるいは潜在介護福祉士の方々、さらには新たな受け入れ制度が整備された外国人の方々など、多様な方々に参入していただく、面積も大きい富士山型を目指し、総合的な介護人材の確保対策を進めてございます。

現在、福祉部会において、介護職の専門性の向上を図りつつ、かつ人手不足状況下への対応を行うといった現下の状況を踏まえまして、本件の経過措置のあり方についても御議論いただいているところでございます。

なお、福祉部会の議論では、専門性の向上を図る観点から、速やかに完全施行すべきという御意見、一方で、現下、人手不足状況下においては、経過措置を延長すべきといった御意見がございまして、引き続き、事務局において整理をしていくことと考えてございます。

以上、福祉部会の報告になります。

○山口介護保険計画課長 続きます。介護保険計画課長でございます。

資料3について、御説明をさせていただきます。

「保険者機能」という題名がついておりますけれども、テーマは主に2つございます。1つは、保険者機能強化推進交付金、1つが、調整交付金ということで、こちらのテーマは、いずれも9月27日の部会で一通り御議論いただいたところであります。

資料につきまして、内容が重複している部分はございますけれども、一通りざっと説明をさせていただきます。

2ページ目でございます。前回の制度改正におきまして、PDCAサイクルによる取り組みの制度化が行われたわけですが、その際に財政的な部分でこれを支えるということで、保険者機能強化推進交付金が創設され、平成18年度から200億円の追加財源を確保して、運用が始まっております。

こちらについて、下から2つ目の○ですけれども、特定の状況を見ていくと、まず都道府県の指標におきましては、地域課題の把握とか、支援計画、そういった地域分析に関する指標に関しては、得点率が全体的に高い、ばらつきも少ないという状況がございましたけれども、市町村への研修とか、アドバイザー派遣、そういった具体的な支援に関する実施状況につきましても見てみると、得点率にはばらつきがある、水準アップが必要であるという状況が見られました。

また、市町村の指標の得点状況を見ましても、項目ごとに得点率にばらつきが非常にあるということで、都道府県別に見ても、得点率の顕著なばらつきが見られるということがございました。

このため、都道府県単位の地域差の縮小をまずやっていかなければいけないということで、都道府県と市町村が共同して底上げを図っていくことが重要であるということで、都道府県による実効性のある支援をさらに進めていく必要があるということでございます。

3 ページ目でございます。保険者機能強化推進交付金につきましては、ここに例がありますけれども、成長戦略フォローアップにおきましては、2020年度に抜本的な強化を図ることが言われております。このときに、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大、配分基準のめり張り強化などの見直しを行うことが1つです。

それから、介護予防や認知症予防につながる可能性のある通いの場について、これを拡充するとともに、介護予防と保険事業との一体的実施を推進するという事です。さらには民間サービスの活用のご事も書かれております。

介護助手など、高齢者就労ボランティアを推進すること、それから、個人へのインセンティブといたしまして、ポイントの活用等を行うことが記載をされております。

こういった記載は同様に、いわゆる骨太方針2019とか、成長戦略実行計画2019、そういったところにも書かれている状況でございます。

4 ページ目でございます。下に論点を書かせていただいております。介護予防や高齢者の活躍促進につきましては、その取り組みをより強力に推進していくことが閣議決定等で要請をされている点に鑑みまして、まず適切な指標設定を行うことが必要ではないか。その際、アウトカム評価の充実やめり張りづけを行うことも重要ではないか。そして、都道府県による市町村支援の強化を推進することも重要ではないかということ、1つ目の論点とさせていただきます。

さらにもう一点につきましては、財源を含めた予算措置を検討する中で、財源を介護予防等に有効に活用するための枠組みについても、あわせて検討を行うことが重要ではないかということで、論点を2つ設定させていただきます。

1枚おめくりいただきますと、今度は調整交付金の関係になります。調整交付金の機能について、簡単に御説明しますと、保険者の責めによらない要因による保険料の要因を調整することが、普通調整交付金の主な目的でございます。

保険者の責めによらないというものについては、どういうものかということ、1つが後期高齢者の加入割合の違い、それから、所得水準の違いということ、

これらを調整するのが、調整交付金の本来の趣旨でございます。

こちらにつきまして、前回の制度改正において、一定の見直しを行っております。具体的には、マル1に書かれている後期高齢者の加入割合が高いことによつて、保険料水準が高くなつてしまふことを調整する部分でございますけれども、それまでは、65歳から74歳、いわゆる前期高齢者、75歳以上の後期高齢者という2区分で調整をしていたということなのですけれども、実際、後期高齢者の中でも、要介護認定率は、年が重なるごとに高くなることがございます。

下から2つ目の○のところをごらんいただくと、年齢を3区分してみた場合、65歳から74歳、75歳から84歳、85歳以上と見たときに、要介護認定率は4.3%、19.4%、59.6%ということで、おおむね1対5対15という形になっております。

調整交付金につきまして、要介護認定率で重みづけをする形で調整を今までしているということなのですけれども、今回、要介護認定率よりも介護給付費による重みづけをすることのほうが、精緻な調整が可能になるのではないかとということで、ここに例を書いておりますけれども、65歳から74歳、それぞれ先ほどの3区分に当てはめて、給付費を見てみると、約4万7000円、22万3000円、94万8000円ということで、これを比率で見ると、1対5対20となっております。

こういったことで、仮に要介護認定率から介護給付費に重みづけの指標をかえることにいたしますと、高齢化に対する調整機能がさらに強化されることにならうかと思ひます。ただ、これを仮に導入するといった場合には、当然これによつて保険料が上がつてしまふ保険者も出てきます。というのは、調整交付金は、給付費全体の5%という枠が決まっておりますので、多くもらう自治体がふえれば、その分、減つてしまふ部分も出てくることありますので、そのあたりについて、激減緩和措置ということも検討する必要があるのではないかとということでございます。

6ページ目でございます。先ほど申し上げたとおり、年齢構成が若い保険者については、影響が逆に出ることがありますので、これについてどう考えるかということですが、前回、要介護認定率を3区分にしたということで、一定の影響が既に出たわけですが、さらにその指標を要介護認定率から介護給付費に移すということになると、さらに影響が出ることでございますので、影響が重なることを勘案して、今般の見直しによつて、交付額が増加する保険者、つまり今回の措置で助かる保険者については、その助かる分の範囲内で一定の取り組みを求めることが必要ではないかということでございます。

一番最後になお書きで書いておりますけれども、前回11月14日の介護保険部会におきまして、住所地特例の話をお議論いただいたわけですが、その際、前回の改正のときには、住所取得例の要請に対して、調整交付金の機能強化を行うということで、一定の対応をしたという経緯がございます。

今回、調整交付金を同様にいじる中で、その住所地特例についても、一定の要望があるということで、これとの関係をどう考えるかということも考えていく必要があるのではないかということで、なお書きを記載させていただいています。

6 ページ目の一番最後に論点を書いております。先ほども申し上げたとおりですけれども、重ねて申し上げますが、普通調整交付金につきまして、後期高齢者の加入割合の違いによる調整については、要介護認定率による重みづけから、介護給付費による重みづけを行う方法によって、精緻化を図ることとしてはどうかということが1点目です。

2点目としては、見直しによって、所要の激変緩和措置を講ずる必要があるのではないかということと、今回、見直しをすることによって、交付額がふえる自治体に関しては、その調整でふえる範囲内で個々の保険者に一定の取り組みを求めることも考えられるのではないかということで、論点を2つ出させていただいております。

私から、説明は以上でございます。

資料につきまして、幾つか前に出した資料の修正がございます。こちらについては、訂正させていただきたいと思えます。

参考資料1の3ページ目でございます。こちらについて、数字が若干変わっています。資料の真ん中あたりの赤字で書いてある「66.7」とか「52.5」という数字は、前に出させていただいたときと変わっておりますので、こちらについては、訂正をさせていただきます。

同じ資料の22ページ目でございます。都道府県別の第1号被保険者1人当たりの保険者機能強化推進交付金の交付額が書いてありますけれども、こちらも精査した結果、少しずつ数字が動いておりますので、こちらで御議論いただければと思います。

保険者機能とは別の部分につきましても、資料の訂正がございます。

まずは資料5になります。

「制度の持続可能性の確保」の資料の16ページ目でございます。高額介護サービス費に関する表の右側の表の下の※の部分について、数字が変わっております。

これと同じ資料が参考資料2の53ページにもございます。こちらについては、全て差しかえ済みでございますけれども、議論はこちらの数字をもとに行っていただければと思います。

もう一点、資料5の19ページ目でございます。2つの表がありますけれども、上の表でございます。こちらにつきましても、最初にお出ししたときから、数字の変更が若干ございますのと、介護保険計画課調べ精査中とあった段階のも

のもありましたけれども、すべて精査が終わってしまっていて、数字が最新のものになっておりますので、こちらをもとに御議論いただければと思います。

私からは以上でございます。

○栗原企画官 企画官の栗原でございます。

最後に、私から、資料4と資料5について、御説明申し上げます。

資料4「論点ごとの議論の状況」をお願いいたします。

こちらは同じタイトルのものを、前回11月14日の部会でも出させていただきました。その日の議論を踏まえまして、その日は、地域共生社会とか、医療介護連携、認知症施策、要介護認定制度、住所地特例の議論がございましたので、そのあたりの加筆をさせていただいております。

この資料の後ろに、25ページ以下ですけれども、制度の持続可能性の確保の関係、給付と負担の関係の議論についても記載しておりますが、その部分に関連しまして、資料5を用意させていただいております。

資料5をお願いします。「制度の持続可能性の確保」というタイトルでございます。

1ページをお願いします。これまでここに挙げられております8つの事項について、御議論をいただけてきたところでございます。

真ん中のところでございますけれども、このうちの1つ目、被保険者範囲・受給者範囲につきましては、1つ目のポツのところでございますとおおり、拡大等に慎重な御意見をいただいております。

その一方で、2つ目のポツでございますが、将来的には議論を行っていく必要があるだろうという御意見もいただいております。2つ目のポツの下のところでございますけれども、介護保険を取り巻く状況の変化を踏まえつつ、引き続き、検討を行うことが適当と考えられるところでございます。

8つのうちの8番目の現金給付でございます。こちらにつきましては、介護者の介護負担そのものが軽減されるわけではなく、介護離職が増加する可能性もあり、慎重に検討していくことが必要との意見をいただいております。現時点で導入することは適当ではなく、介護離職ゼロに向けた取り組みや家族支援を進めることが重要と考えられるところでございます。

2ページ目をお願いいたします。今後はこの2つ以外の残りの6つの検討事項について、年末の取りまとめに向けて、さらに検討を深めていただければと考えております。

なお、この下に※を書いておりますけれども、このうちの多床室の室料負担、高額介護サービス費、現役並み所得の判断基準につきましては、医療保険制度との関係も踏まえて、検討していただく必要があると考えております。

もう一つ下の○でございます。これまでさまざまな議論の中で御意見をいただいております。どのお立場からも、負担能力に応じた負担とすべきとの御意見を多くいただいていると認識しております、そのあたりの御意見をここで御紹介させていただいております。

この後の3ページ以降は、6つのそれぞれの事項につきまして、資料をつけさせていただいております。基本的に10月28日にお示しさせていただいた論点等と同じものでございますが、委員意見について、議論しやすいように少し並べかえを行ったり、あとは、10月28日の参考資料の中に入っていた議論に資する図表を、この本体資料にも加えておりますので、これらをもとにさらに議論を深めていただければと考えております。

事務局からの説明は、以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から続けて説明がありました。これから説明の内容につきまして、皆様と御議論したいと思っております。何分にも大変委員の皆さんは、積極的に御発言されますので、多くの委員が発表できるように、要領よく簡潔に御発言いただければと思っております。

それでは、何かございますでしょうか。久保委員、どうぞ。

○久保委員 ありがとうございます。

私からは、軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方の議題から、要介護1、要介護2の生活援助サービスを地域支援事業への移行について、意見を申し上げたいと思っております。

平成26年の介護保険法の改正により、要支援1、要支援2が地域支援事業へ移行されました。地域支援事業の以降に伴う実施状況については、資料5の12ページに利用者1人当たりの利用日数については、移行前後において、大きな変化が見られなかったや、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は、6割から7割と報告されていますが、以前の部会の中でも申し上げましたが、地域支援事業では、自治体がサービス単価を決めるので、介護保険での単価より低く設定している自治体が多くなっています。そのため、既存の介護サービス事業者が依頼を受けづらいという問題や、利用者が安心できるサービスとなっているのかなど、移行時の課題に対して、検証の上で必要な対策を講じられているのか、心配でなりません。

その件について、介護現場の組合員からの意見を紹介します。

1番目は、身体的な問題が余りなく、認知症などの症状が出ている利用者は、要介護度が低く認定される傾向にあり、要介護1、要介護2となっている利用

者が多く散見される。このような利用者の場合は、居室の衛生維持や栄養が偏らない食事を自身で行うことは難しい。また、要介護1、要介護2には、認知症の初期の利用者が多くいる。要介護1、要介護2を地域支援事業へ移行することによって、専門知識や経験の浅い人がサービス提供をすることがふえて、重度化が進むのではないかと心配だという意見があります。つまり専門的知識を持った介護従事者が生活援助サービスを提供することで、病状の悪化を防ぎ、結果として、介護費用の軽減につながっていると思います。

2番目は、自治体間の力の差により、サービスの質、量ともにばらつきが見られる。また、地方の過疎、限界集落において、独居の要介護1、要介護2の利用者が多いという声がある中で、要支援1、要支援2の移行に伴う検証が十分でないまま、移行を進めることは、サービスの質と量の地域差を一層大きくし、必要な介護が受けられない利用者がふえるのではないかと心配します。

私は、介護保険法の第1条に記載されている、要介護者が尊厳を持って自立した日常生活を営むことができるという目的のためには、要介護者がどの地域に在住していても、必要なサービスを受けられるべきだと考えています。したがって、介護現場からの意見に耳を傾けていただき、要介護1、要介護2の生活援助サービスを地域支援事業に移行することは、慎重に進めていただければ、お願い申し上げます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにございますか。岡委員、どうぞ。

○岡委員 ありがとうございます。

私からは、2点、意見を申し上げたいと思います。

1点目ですけれども、議題2に関してでございます。現在、未曾有の人手不足の折、介護現場における外国人材は、新たな労働力として期待されている一方で、資料2の9ページにあるとおり、外国人の介護福祉士試験の合格率は、日本人と比較しますと、著しく低く、平成31年1月の試験では3割以下となっており、せっかく日本の専門教育を受けた外国人材が日本にとどまって、介護の現場で十分に活躍することができていない状況となっております。

この要因として、外国人受験生にとって、受験に必要な日本語が大変難しいとの指摘がされているところであり、したがって、介護人材不足の解消に向けた抜本的な対策の一つとして、既に最低限の日本語力を有する外国人に対しては、介護福祉士の試験を英語等の外国語で受験できるようにすることについて、是非ご検討いただきたいと思っております。

2点目ですけれども、以前から繰り返し申し上げておりますとおり、持続可能な制度の構築に向けた給付と負担の見直しに関する改革は、待ったなしの状況でございます。

資料5の2ページの検討事項に記載されております各項目は、すべて重要ではありますが、特にケアプラン作成における自己負担の導入や、生活援助サービスの地域支援事業への移行については、この機会にしっかりと見直ししていただきたいと思っております。

また、同じく2ページの「委員の意見」の一つ目のポツにある、利用者負担原則2割についても、今後に向け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。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにございますか。山際委員、どうぞ。

○山際委員 ありがとうございます。

私からは1点御意見を申し上げたいと思っております。資料5の「制度の持続可能性の確保」にかかわって、特に18ページから20ページにおける給付と負担にかかわる意見を申し上げたいと思っております。

けさの『日経新聞』の一面に、政府は75歳以上の後期高齢者の医療制度に関して、外来診療の窓口負担を原則1割から2割に引き上げる調整に入ったとの記事が出ておりました。介護保険の利用者負担については、既に現役並み所得と一定以上の所得のある高齢者については、それぞれ2割、3割という負担の導入がされており、高齢者世帯の影響が大きいということを、この間、申し上げてきたところでございます。

介護につきましては、医療と異なって、長期にサービスを受ける側面がございますので、負担増があると、より生活への影響が大きい状態が続くことがございますので、導入については、慎重な議論が必要だと考えております。

医療の自己負担引き上げの議論を受けて、仮にということですが、次回以降のところ、医療との横並びでの提案がもし仮にあったとしても、このタイミングでは、十分な議論の時間もないことがございますので、低所得や世帯所得への負担の影響も大きいことから、拙速な検討は避けて、慎重に検討していきであるということを申し上げておきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

佐藤委員、お願いいたします。

○佐藤委員 ありがとうございます。

1点、まず質問なのですけれども、資料1のところ、今回、社会福祉法人の地域連携を進めるということですが、この新たな社会福祉連携推進法人は、選択肢の1つということですが、かつ希望する法人の自主的な判断のもとに進められるべきということですが、国として例えばこれを推し進める上でのインセンティブとか、あるいは計画はあるのでしょうか。

地域医療連携推進法人の場合は、地域医療構想とか、そういったものが外にあって、だからこそこういう連携が進められる話があると思うので、もしこういう社会福祉法人の連携は、いいことだと思うのですが、これを国としてバックアップしていくようなことは、何か検討されているのかということが質問です。

あと、制度の持続可能性の担保のところですが、今の自己負担2割の話ともかわるのですが、医療の世界においても、小さなリスクは自己負担、大きなリスクはちゃんと確実に守りましょうという方向での改革は、財審などではよく提言されているのですけれども、介護の世界においても、仮に自己負担を2割とか、軽度の方々に対する負担を多く求めるのであれば、先ほどここにも出ていますけれども、高額介護サービス費については、上限を見直すであるとか、大きなリスクに対する対応と小さなリスクに対する対応は、めり張りをつけるやり方があるのかと思いました。

あと、同じ制度の持続可能性の確保のところ、インセンティブ交付金と調整交付金についてなのですが、この比重をどうするのか。今、インセンティブ交付金が200億円ということなのですけれども、この比率でいいのかどうかということは、考える余地があるということです。

調整交付金につきましては、基準の見直しは、現行のリスクに応じているとは思いますが、もう少しリスク構造調整といいますか、調整交付金の精緻化はあってもいいと思いますということです。

最後に、簡単に人材のところなのですが、資料2の7ページのところで気になるのは、介護福祉養成施設の定員の充足率が非常に下がっていることは、そもそもニーズがあるのかということから始まるのです。入学定員に対して比重が少ないので、そもそも中身は大丈夫なのかということと、申しわけないけれども、入学者のうちの外国人留学生の割合が上がっているということは、何のことなのか。日本人の応募が少ないので、外国人で埋めているという面があるわけですから、日本人だけでまとめてみると、もっと充足率は低いわけです。なので、養成施設のあり方自体、数が多過ぎるのか、そもそもニ

一ズに合っているのかということ自体、問われると思いました。

3 ページに一言だけ、こういうアンケートをとるときに、主観でよかった、悪かったを聞いても、余り意味がないと思うのです。実際、あなたの給料が上がりましたかとか、あなたの待遇はどうですかとか、結果を聞いたほうがよくて、主観的な感想を聞いても、制度の評価にはつながらないと思います。

以上です。

○遠藤部会長 それでは、質問が最初にありましたので、これは福祉基盤課長ですね。よろしくお願いします。

○宇野福祉基盤課長 ありがとうございます。

佐藤先生の御質問の関係ですけれども、今、事業展開検討会では、制度の枠組みについて、今、議論をしているところでございます。そういう意味では、今後、制度が固まった段階で、法律の改正、法的処置も必要でございますので、それも踏まえまして、その後、どういう形でインセンティブをつけていくかという部分について、十分に検討はしていきたいと思っております。

今でも業務自体につきましては、今までなかった、社会福祉法人ができなかった業務を幾つか追加しておりますので、そういった部分プラスそれ以外に、何か自主的に連携法人を進めようとする社会福祉法人の方々が思っていたかどうか、この辺のインセンティブは、十分に検討していきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。梶田委員、藤原委員の順番でお願いします。

○梶田委員 資料1の社会福祉法人の事業展開に関する検討会の報告なのですが、社会福祉法人は小さいところが多いですので、こういうような協同組合型の部分で、効率化とサービスの質の維持をすることは、非常に重要だと思います。

ただ、社会福祉法人自体の問題点からいいますと、規模の拡大、効率化という問題は、避けて通れないという部分がありますが、一番の障壁になっていますのは、会計基準です。今の拠点区分によって会計をするという基準が非常に効率化の妨げになっています。その会計基準の部分は、例えば特定社会福祉法人であれば、事業区分で会計を連結する形のサービス区分を設けて会計を行うとか、そういうものが認められるようになると、非常に効率化が図られると

思いますので、その点の検討もお願いしたいと思います。

資料2の介護福祉士養成施設の問題ですけれども、当時、質を上げるためにこの制度はつくられて、試験を受けるような形をつくられたのですが、この当時と現状とすごく変わってきています。今、とにかく質の問題を議論する前に、人材をどう確保するのかということが、今、一番の介護現場の課題でございます。ですから、そういう点からいうと、狭めるような方法は、今、とることができない状況にあります。ここに部分について、延ばす形をしていただかなければ、介護人材の確保ができなく、入り口がなくなってしまうおそれがありますので、その点、よろしく申し上げます。

3番目の保険者機能の資料3の問題ですけれども、普通調整交付金の部分で、要介護認定率を介護給付費に重みを置く部分がございますが、確かにこれによっていろんな点が解決できると思うのですけれども、ただ、問題点は、介護予防等に努力された自治体の方が、このことによって、いわゆる介護給付費を抑えることができた、それによって、今度、調整交付金が減ってしまう問題が出てきます。ですから、そういう努力をされたところの部分について、インセンティブ交付金でその部分は十分に見てあげる形をつくっていただかなければ、努力のかわがないということも起こってきますので、その点、よろしく申し上げます。

ただ、インセンティブ交付金の問題ですけれども、今、予算規模は200億ですが、評価によって各自治体の努力が点数によって、交付金の金額が変わってくる。そうすると、毎年努力はしているけれども、ほかに自治体が余計努力をして、点数を上げたら、今までやっていたことの評価でいただく交付金が減ってしまうことが起こります。1人頭何百円かの交付金をいただいて、介護予防等の新しい事業をスタートしているのに、次の年には、その予算が減ってしまって、事業展開を縮小せざるを得ない問題も出てきますので、点数といわゆる予算規模の問題は、総額では少し難しいと思っています。

今回、本部会におきまして、介護分野の負担軽減の専門委員会で、各自治体のいわゆるローカルルールが問題になっています。12月までには、その委員会の中間取りまとめが出ると思うのですけれども、各自治体が余りにも独自ルールをつくっているというのは、逆にインセンティブ交付金によって、マイナス点数ではなくてもいいのですが、標準化に対して努力をしているかどうかという部分を、この部分である程度見ていただくと、いわゆる各自治体の標準化は進んでいくと思いますので、御検討願えたらと思います。

資料5の制度の持続可能性の問題ですけれども、前回にも申し上げましたが、補足給付の問題ですけれども、低所得者対策の部分を社会保障全体の枠の中で介護保険制度の部分の範囲を考えたときに、補足給付の持つ役割の部分は、生

活保護的な部分に持っていったほうが適切なのか、介護保険制度の中でやっていくほうが適切なのか、効率的なのかという部分を考えたときには、介護保険制度内でこの部分をクリアしていくところが必要だと思います。ですから、恒久的な取り組みとして、居住費の部分を支払い能力に応じて、誰もがサービスを使えるような形、施設サービスの給付に対して、自分の所得であったりとか、そういうものが関係なしに使える環境づくりが必要なのだと思います。いろいろな資産要件とか、預貯金の問題がありますけれども、そこらの部分は見直しをしていってもいいと思うのですが、制度的にはこのまま介護保険制度の中で持続することが必要だと思います。

高額介護サービス費の問題なのですが、今までの経緯からいいますと、医療の高額介護サービス費の後追いで、順番に決められる現状は避けられないのか。いわゆる現役並み所得、一定以上の所得の問題と、高額介護サービス費は、切っても話せませんので、その両方を見て、段階的に上手に行くような形で、今、両方のバランスが崩れている部分がありますので、高額介護サービス費を段階的につくるのであれば、現役並み所得の区分と両方をうまくかけ合わせていく問題と、その生活をされている中で、扶養家族がおられる方がおられます。夫婦2人で生活している場合に、その1人の方の高額収入があるからといって、2人の生活分関係なしに、いわゆるこの制度を導入しますと、もう一人の方の生活が成り立たないことも起こってきますので、そこを少し加味した検討が必要だと思いますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

○遠藤部会長 藤原委員、お待たせしました。

○藤原委員 ありがとうございます。

町村の立場から、何点か意見を申し上げたいと思います。

まず初めに、保険者機能の強化推進交付金であります。以前もこの場で申し上げましたが、高齢者の自立支援や介護予防に向けた取り組みの進捗等の地域差について、この交付金の評価指標の追加等により、市町村に一律に努力を促すことで、全て解決できるかということ、全くそういうものではないと思います。

現在の評価指標の中でも、体制の整備、専門職や担い手の確保、地域密着型サービス等の事業者の参入が前提となるものなどは、中山間地域や離島等の町村の努力だけでは、対応が難しいのではないかと思います。

資料4の9ページの一番下のポツ、地域包括支援センターの体制強化についての記載がありますが、これも多くの町村では、そもそも専門職の確保が非常に困難なため、容易にできるものではありません。

したがって、このように都市部と中山間地域や離島等とで条件が大きく異なるものにつきましては、中山間地域や離島等の町村が不利にならないよう、加点の方法について、特段の配慮をお願いしたいと思います。

今回の資料3の4ページの1つ目の論点に、「介護予防や高齢者の活躍促進等についても適切な指標設定を行うことが必要」で、その際、「アウトカム評価の充実やメリハリ付けを行うことが重要」と記載があります。その評価指標の設定に当たりましても、市町村の規模や地域資源が異なることに十分に配慮していただければと思います。

なお、評価結果等の公表について、意見が出されておりますが、町村においては、評価指標で捉えられない住民同士の取り組みや、介護分野を超えたさまざまな取り組みが行われております。このことを踏まえ、個々の市町村に対して、表層的な優劣をつけることにならないよう、慎重な検討をお願いしたいと思います。

私の村でも結構いろいろやっておりますが、地域独特の取り組み等については、それなりの評価をしっかりといただければと思います。

次に、調整交付金についてであります。調整交付金は、保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差の調整を行うためのものであります。したがって、これをインセンティブに活用することは、その趣旨に反することですので、容認できるものではないことを改めて申し上げたいと思います。

資料3の6ページ目の1つ目の論点に、計算方法を認定率から介護給付費に見直すことの記載がありますが、これが調整交付金を、より一層その趣旨に沿ったものにするための見直しということで理解したいと思っております。

その上で、2つ目の論点にある、「見直しによる調整の範囲内で個々の保険者に一定の取り組みを求める」という記載について、規模や地域資源など、市町村によって地域の事情が異なることを十分に踏まえていただくようお願いしたいと思います。

最後に、資料5の14ページに、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記載がありますが、前回、この議論を行った際、私は出席できませんでしたので、この場で意見を申し上げたいと思います。

資料に記載がありますが、多くの町村では、総合事業の多様なサービスがまだまだ十分でなく、要介護1、要介護2の方のサービスが総合事業に移行されても、結局は、従前相当のサービスを利用することとなります。サービスは変わらないのに、市町村の事務負担が増大する上、事業費の上限の範囲内で事業を実施することになりますので、サービスを必要とする方がサービスを利用できないという事態にもなりかねません。また、町村からは、要支援の方とは状

態が大きく異なる要介護1、要介護2の方を総合事業の対象にすることへの不安の声も、非常に多く聞かれます。

したがって、要介護1、要介護2の方へのサービスを地域支援事業に移行することについては、時期尚早ではないかと思っておりますので、その辺の検討もよろしくお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今度はこちら側に行きましょう。どなたかいらっしゃいますか。香西参考人、安藤委員、石田委員の順番でお願いします。

○香西参考人 ありがとうございます。

本日の会議に大西委員が出席できませんので、意見書を提出させていただいておりますが、資料3の保険者機能につきまして、2点、この場で御意見を述べさせていただきます。

保険者機能強化推進交付金についてでございますが、インセンティブの効果を果たしていくためにも、予算総額の拡充と安定的な確保が必要でございます。しかしながら、短期間で評価指標が見直され、そのたびに交付金が増減となるのでは、保険者として安定的な事業実施が難しくなります。評価指標の見直しに当たりましては、保険者の安定的な事業運営を図るため、中長期的な見直しをもって、指標の設定を行っていただきたいと思っております。

加えて、市町村ごとで地域の実情はさまざまございまして、自立支援、重度化防止に向けた取り組み状況もさまざまとなっております。都道府県の役割として、市町村全体の取り組みを後押しし、底上げが図られるよう、配慮した仕組みとする必要があると思っております。具体的には、市町村に対する研修、アドバイザー派遣等、市町村の保険者機能を強化するための事業を都道府県が取り組むような指標設定、指導が考えられます。

次に、2点目、調整交付金についてでございます。本会では、これまでも調整交付金につきましては、本来、保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差の調整を行うものであり、その機能を損なうような措置を講ずるべきではないこと、また、5%分を確実に交付し、助成交付金は、別枠化することを要望しているところでございます。

論点の1つ目に、「要介護認定率により重み付けを行う方法から、介護給付費により重み付けを行う方法に見直し、精緻化を図る」とございまして、この方法により見直しを行った場合、全国815の都市自治体にどのような影響が出るのか、十分に検証を行う必要があると考えておりまして、その結果を踏まえて、

判断させていただきたいと存じます。

なお、論点の2つ目に、「見直しによる調整の範囲内で、個々の保険者に一定の取り組みを求める」とございますが、仮にその結果で交付額が決定されるようなことになれば、保険者に対する実質的なディスインセンティブになり得るため、慎重に検討すべきであると考えます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

安藤委員、お待たせしました。

○安藤委員 ありがとうございます。

私からは、議題の2点について、御意見申し上げます。

まず議題3の保険者機能なのですけれども、保険者機能強化推進交付金につきましては、介護予防であるとか、在宅医療、介護連携など、自立支援重度化防止等に向けた取組の推進に当たっては、実施条件の検証を行い、確実に取り組み内容の改善を行うなど、PDCAサイクルを適切に回しながら実施することが重要であると考えております。

そのためには、全ての市町村で適切に検証が行われる仕組みをとる必要があると思いますので、検証の実施の有無を指標とするであるとか、検証の実施を交付要件とすることも検討していただければと考えております。

続きまして、論点ごとの議題の状況なのですけれども、資料5の7ページ以降について、繰り返しになりますが、意見を述べさせていただきます。

まず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す。在宅と施設の公平性の観点も踏まえれば、個室と同様に多床室も保険給付の対象外として、利用者負担とすることが適当であると考えております。

次の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によって、2号保険料を納める現役世代の理解が得られることになり、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。つきましては、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はないかと考えております。

高額介護サービス費なのですが、医療に比べて、介護の方がより長期的なサービス利用が必要であるという事情があることは理解しております。しかしながら、医療保険とのバランスや現役世代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ております。

経過措置の年間上限につきましては、あくまで経過措置であることも前提に、2019年7月における高額介護サービス利用件数に占める割合を見ましても、3%と非常に少なく、延長すべき特段の事情があるとまでは言えないと思いますので、廃止してもいいのではないかと考えております。

現役並み所得、一定以上の所得の判断基準ですが、私どもの協会けんぽにおきましては、介護保険料と医療保険、厚生年金の保険料を合わせますと、既に30%を超えている支部もあり、負担の限界数字に達しております。厚労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ます2040年に向け、さら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、例えば一定以上所得の判断基準を被保険者の上位20%から30%以上に見直すなど、少なくとも現状を数パーセントにとどまっております2割負担の者については、対象範囲を拡大していくような検討をぜひよろしくお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私からは、1つ確認というか、質問と、もう一つは要望でございます。

1つ目は、資料2の2ページにあります、介護福祉士の資格取得の件です。これを見ますと、真ん中の部分にあります「未受験、または、不合格の中でも、以下のいずれかを満たせば、引き続き、介護福祉士資格を保持できる」ということになっておりますけれども、これは「介護福祉士という国家資格を取得できている」と解釈をしていいのかどうかということです。

この場合ですと、令和3年卒業の人までは、5年間、引き続き介護福祉の仕事ずっと継続してやれば、介護福祉士という資格を取得できると解釈していいのかどうかという確認です。それに関して、例えば外国人の場合もこのように同様の形でその資格が取得できるということであれば在留資格にもかかわってまいりますので、その辺のところを確認させていただきたいのが1点です。

もう一つは、資料5の13ページ、14ページにあります、軽度者への生活援助

という点です。この審議会でも、何度か軽度者に関する捉え方について意見が出されています。とくに認知症の症状が出ている方々、しかしまだ歩けるし体は動くという人たちについて、これをどうして軽度者と言えるのか、むしろ最もケアの必要のある人たちではないかという意見も出ています。ケアを提供する側の視点を踏まえ、軽度者の捉え方そのものは、もう一回、見直しをする必要があるのではないかと考えます。要介護認定のプログラムそのものについて、もう一度見直しして、今まで見落としてきているところを改めていかないと、問題が解決していかないのではないかと思います。つまり、そもそも「軽度者」が曖昧な定義になっているのではないかと考えますので、ここは要望として、ぜひもう一度その辺のところの検討をお願いしたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 それでは、最初の質問は、福祉人材確保対策室長、お願いいたします。

○川端福祉人材確保対策室長 福祉人材確保対策室長です。

石田委員の御質問の件なのですが、2ページ目のところですが、おっしゃるとおり、令和3年度卒の方々までについては、卒業をして国家試験を未受験、あるいは不合格であったとしても、5年間は介護福祉士の資格を有することとなっています。ただ、その5年間の間で受験をしていただいて、合格をしたということであれば、その時点から、いわば未来永劫介護福祉士という資格が得られるのに加えまして、卒後5年間、引き続き介護職員として働いていた方については、6年目以降も介護福祉士という資格で、いわば引き続き国家試験を合格した人と同様に資格が付与されるということでございます。

したがって、在留資格との関係もございましたけれども、経過措置の間、あるいは経過措置後の介護福祉士という資格については同様ですので、在留資格「介護」というステータスで、我が国において在留が可能となってくるということでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、先ほど手を挙げておられました、河本委員、金子委員の順番でお願いいたします。

○河本委員 ありがとうございます。

2点申し上げたいと思います。

1点目は、保険者機能の強化の関係でございますけれども、従来も申し上げ

ておりましたが、実際に高齢者の自立支援、あるいは重度化防止にどれだけ寄与したのかという、そのアウトカム指標をもって、重点的に評価するという工夫をお願いしたいということです。それから、保険者機能の底上げを図るには、未実施の保険者にペナルティをつけるとか、そういったことをしないと、底上げは図ることができないのではないかと思います。その辺も御検討いただければと考えております。

2点目は、持続可能性の関係でございますけれども、誰しも給付は引き下げたくない、負担は増やしたくない、そういうことになってしまうのですけれども、ただ、今後の要介護の高齢者の増大と、支える側である現役世代が減少していく、そういう状況の中では、制度が持続できないことになるわけでありまして、介護保険制度の持続可能性の確保とか、あるいは現役世代の負担軽減の観点から、改革工程表に記載されている項目を確実に進めるべきであると考えます。また、利用者負担の原則2割化は、議論すべきだと考えております。

1点だけ、個別項目になりますけれども、現役並み所得、一定所得以上の判断の話で、負担能力のある方には、一定程度負担していただくことが必要ですけれども、その際に、現在の年金税制の仕組みが負担能力の評価をゆがめている、そういう面もあると考えておまして、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。

以上です。

○遠藤部会長 兼子委員、どうぞ。

○兼子委員 2点ほど申し上げたいと思います。

1つは、資料2の介護福祉士の養成施設の件ですけれども、資料2の7ページに、定員に対して入学者が5割を切っているという現状ですが、この辺に介護福祉士に対する信頼とか、魅力での国民からの見方があらわれているのではないかと思います。そういう点では、人材を広く確保するためには、少なくとも処遇の改善を早急に取り組むことが1つと、それによって資格について、国家試験の資格をとっていただいて、信頼される介護福祉士を目指さないと、現在、起きているさまざまな介護現場での事故、この辺には、介護福祉士としての資格が十分ではない、あるいは現場で困難なところに立ち向かったときに、それを乗り越える基本的な教育ができていない、そういう問題が私はあると思いますので、今、申し上げましたように、処遇の改善を図りながら、資格要件を高めていく、それで信頼される介護福祉士を多く輩出できるような形にしていく必要があるだろうと思います。

もう一点は、制度の持続可能性の確保の問題ですけれども、ほかの方の資料

で認知症の人と家族の会の方のものが出されています。介護保険が実施されてから長い目で見ますと、さまざまな形で給付の制限、あるいは利用に当たっての負担の強化、そういう形で私は動いてきたと思いますけれども、ほかの機会にも申し上げましたが、私の疑問は、少なくとも税金の中でなぜ課税最低限があるかという、それは最低生活のところに税は切り込まないということですので、公的な社会保障の場合もそれに準じた形のものにしていかないといけないのではないかと。少し前後しますけれども、私は、こういった制度は、基本的には、今の日本の場合は、本人が払う保険料と事業主が払うもの、あと、公的な資金、これで賄われているわけですがけれども、これを基本にしたサービスの給付を、もう一度、きちっと考えていかないと、せっかくこういう制度がありながら、負担増、あるいは利用の制限が進む中で、ハードルが低ければ、早くこういった制度を利用して、状況によっては社会復帰、あるいは少なくとも自立性を保つ、そういう形でいけるわけですがけれども、そこが阻害されている中で、ある意味では、そういった社会復帰の機会が制限される。

そういう意味では、社会保障は、私は所得の再分配機能とか、労働力の再生産が可能な水準、そんなものを確保することが大事な点だと思いますので、介護保険は、医療でも同じような考え方ですがけれども、もう一度、保険料のあり方について、緩やかな負担を考えていかないと、この制度がどういう方向に行くのか、非常に危惧されると思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今度、こちら側から、東委員、鈴木委員、齋藤委員、柏崎参考人の順番で行きましょう。東委員、どうぞ。

○東委員 ありがとうございます。

まず質問が1点と意見をいくつか申し上げます。

質問は、社会福祉連携推進法人（仮称）についてです。資料1の5ページの左側のポンチ絵に「A 特別養護老人ホーム」、「B 障害者支援施設」、「C 保育所」とございます。例えば「A 特別養護老人ホーム」、「B 障害者支援施設」は、社会福祉法人で運営されていますが、「C 保育所」は、例えば社会福祉法人が運営されているところもあれば、学校法人で運営されている保育所もあります。今回の社会福祉連携推進法人（仮称）は、あくまで社会福祉法人だけが対象法人となっているのか、これを1つお聞きします。

次に意見でございます。資料2「介護福祉士養成施設卒業生に対する国家試験の義務づけについて」です。先ほど榊田委員もおっしゃいましたけれども、

門戸を広げるという点、外国人人材を広く取り入れるという点からも、経過措置の延長は必要だと思います。

ただし、資料2の7ページ「介護福祉養成施設の定員等の推移」を見ると、外国人留学生については増えているのは一目瞭然ですが、日本人についてはどうなのか見てみますと、平成29年度が約6,700人に、平成30年度が約5,700人、令和元年度が約4,900人と、毎年のように日本人の入学者は減っているわけでございます。

介護福祉士という国家資格に対して、経過処置を延長するのは結構なのですが、いよいよ誰でもなれる、試験に落ちてもなれるという資格であるということになれば、日本人の若い方が介護福祉士を目指さなくなってしまうのではないかと、私は大変危惧をしております。そういう意味でも、介護福祉士という国家資格に対して、日本人の若い人も目指せるような介護福祉士の国家資格の価値を少しでも上げるような工夫を、今後していかなければいけないと思います。

次に、資料5「制度の持続可能性の確保」について、2～3つご意見申し上げます。資料5の2ページに6つの検討事項の記載があります。

そのうち、「補足給付」に関しましては、毎度申し上げておりますが、老健施設で6割、特養で7割の利用者が補足給付を利用しているということは、異常事態だと思っております。きちんと支払いができる方も、低所得者対策制度を使っているという現状を改めなければ、制度の持続性は厳しいと思います。「補足給付」に関しましては、応能負担という意味でも、検討していただきたいと思っております。

次に、「多床室の室料負担」ですが、これも毎度申し上げておりますが、老健施設におきましては、在宅復帰・在宅支援ということでございますし、医療提供施設でもございます。そういう意味では、室料負担については馴染まないと考えています。

最後に、「高額介護サービス費」と「現役並み所得」、「一定以上所得」の問題は、これも支払い能力のある方に対しては、きちんと応能負担をしていただくという意味では、これも推し進めるべきだと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 それでは、最初に質問がございました。福祉基盤課長、よろしく申し上げます。

○宇野福祉基盤課長 ありがとうございます。

東委員からのお尋ねにお答えしたいと思います。

資料1の4ページのところで、社会福祉法人に参加できる社員の範囲を示しております。ここにありますとおり、社員自体は、社会福祉事業を行っている法人となります。ちょうど真ん中から上のあたりで、小さい字で恐縮ですがけれども、社員の範囲ということで、社会福祉法人に限らず、社会福祉事業を行っている法人は、参加可能でございます。

ただ、ここにありますとおり、社会福祉事業を行っている法人が2以上で、うち社会福祉法人が1以上が必須という条件がついておりますけれども、今、お尋ねになりました、例えば学校法人が行っている保育所は、保育所自体が社会福祉事業でございますので、ここも参加可能な形で、今、制度設計を行っ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す。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私は、制度の持続可能性の確保の点で、先ほどからいろいろと御意見が出ておりますけれども、軽度者の生活援助サービスに関する給付のあり方の部分です。12ページになるでしょうか。介護の軽度者という用語ですけれども、要支援1、要支援2の方と、要介護1、要介護2の方を一緒にしてしまうというのは、本当にそれでいいのかという疑問を持っております。

要支援1、要支援2の方の主たる原因は、筋骨格系の障害であるとか、あるいは運動器そのものが弱くなっているという点で、サービスを受給される方が多いのですけれども、要介護1、要介護2となりますと、その主たる原因は、国民生活基礎調査では、認知症という大きな問題が出てくると思います。筋骨格系の対策は、地域支援事業でも、あるいは総合事業でも、これまでの介護予防の取り組みの中で、随分いろいろと市町村も経験されてきておりますし、それなりの対応のプログラムもかなり充実していると私は思っておりますけれども、認知機能の衰えた方に対するプログラムとか、あるいは市町村対応は、まだまだ未熟で不十分と私自身は見ております。

実際、認知機能の衰えた方、認知症の方に対して、こういった地域での対応がいいのかというのは、まだまだいろんな試行錯誤の段階でもありますし、総合事業の中にやってくださいとあって、やれる問題ではまだないのではないかと思っております。例えばディメンシア・フレンドリー・シティーなどといったことを宣言して、一生懸命にやっているところは、非常に数が限られているのは、御存じのことだと思います。

そういったこともあって、受け皿の問題、あるいは受け入れ体制の問題、受け入れるべき効果的な対応策といったような視点から見ると、要介護1、要介護2の方の中でも、認知機能に衰えの見られる方に対する十分な効果的対策が、もう少しきちんと整備されるまでは、時期尚早の気が私としてはしているということ、申し上げたいと思います。

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。齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 保険者機能の強化推進交付金のところで、アウトカム評価の充実やめり張りづけを行うことも重要ではないかという事務局の御提案につきましては、賛同いたします。ただ、指標設定に当たりましては、先ほど藤原構成員もおっしゃってございましたけれども、表層的にならないように、例えば認定率とか、給付額の低下といった介護サービスの提供が抑制されるような方向の指標のみということではないように、十分な議論をしていただきたいと思っております。

資料4の論点ごとの議論の状況のところ、17ページにある在宅医療と介護の連携の総論の中にデータの利活用ということが出ております。在宅医療・介護連携推進事業とも少し重なってくる場所ですけれども、この事業の目的は、住みなれた町で最期まで暮らしていける、そして、そこで人生を終わるということが実現できることであると思っております。在宅でのみとりであるとか、施設でのみとりであるということが、どれだけ実現できたのかという正確な指標が必要だと思っております。死亡統計であるとか、介護関連データと連結して分析していくことをぜひ進めていただきたいと思っております。

23ページにあります介護人材の確保につきまして、介護職の確保、介護福祉士の国家試験のこともありましたけれども、人材につきましては、介護職のみならず、介護分野で働くさまざまな職種に関する人材確保が非常に大きな課題になっています。介護保険事業の支援計画では、こういった人材確保に関する目標値は任意事項だったと思いますが、これから人材の確保が非常に難しくなるという時代においては、着実に確保の対策が遂行されるように、必須記載項目として位置づけることが大事なのではないかと思っております。

介護保険事業支援計画の策定では、それぞれの市町村でどのぐらいのサービス量の見込みがあるかということが推計されて上がってくると認識しておりますけれども、これらを生かした人材確保の育成策が支援計画の中での必須項目になれば、市町村が計画している事業計画の実行性が、非常に高まってくるこ

とも期待できるのではないかと思います。都道府県が一貫性を持って、人材確保や育成に関与するということをもう少し強化していくことが必要なのではないかと考えております。

21ページの認知症の施策のところ、早期発見・早期対応について書かれているわけですが、私ども日本看護協会では、認知症についての専門性の高い認定看護師や専門看護師の方々が介護施設やグループホーム等々に出向き、いろんな支援をやるということを老健事業等でも行っておりまして、その実績として、ケアが変わってくる、利用者に対するケアが変化をし、利用者の状態が非常に落ちついてきたり、BPSDなどがおさまらなかったのがおさまってくるというような成果が出ております。ケアの質の向上に関する取り組みとして、認知症の初期集中支援チームへの参画であるとか、あるいはグループホーム、特養等でのコンサルテーションなどに、こういった専門性の高いナースの活用をぜひ推進していただきたいと考えておりますので、何らかの事業に例としてでも、あるいは事業に組み込む等々の検討をしていただきたいと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

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。

それでは、議題3と議題4について、それぞれ意見を申し上げます。

まず議題3の資料3の4ページです。論点の1つ目のところで、アウトカム評価の充実やメリハリ付けを行うことも重要ではないかとありまして、その重要性については、私どもとしても認識するところでございます。

上の委員からの主な意見にもありますように、取り組みが遅れて評価が低い市町村もあろうかと思っておりますけれども、こうした市町村への対応につきましては、どのように評価するのか、どのように対応するのかについては、全体の底上げが図られるような枠組みとすることが重要でありまして、マイナス交付という形は、適当ではないのではないかと考えております。

評価指標につきましては、医療保険の保険者努力支援制度の評価指標と、しっかりと整合を図りながら精査していく必要があるかと思っております。また、指標の見直しにつきましては、交付金の交付対象である都道府県、市町村の意見を聞く場を設けていただければありがたいと考えております。神奈川県としましては、前回、黒岩委員から、未病指標を紹介したところですが、こうしたものの活用の検討もぜひお願いしたいと考えております。

同じ資料の6ページ、こちらが一番下の論点ですが、一定の取組を求

めることも考えられるがどうかということが記載されております。一定の取組の具体的なものについては、今の段階では定かではないわけでありましてけれども、市町村の責によらない水準格差を調整するという趣旨の範囲を十分に踏まえて、検討をしていただきたいと思います。

次に、議題4、資料4でございますけれども、今回、総論で地域共生社会の実現が触れられておりまして、3ページ、4ページあたりにありますが、こうした観点は、非常に重要と考えております。県といたしましても、横浜市の若葉台団地の事例なども紹介させていただいたところでありまして、こうした点については、力を入れていきたいと考えているところでございますが、資料4の4ページ、2つ目の○の最後に、介護保険制度について必要な見直しを進めるとあります。地域共生社会の実現に向けては、非常に広範な取り組みが必要と考えておりますが、その中で介護保険制度について、どのような見直しをどのようなスケジュールで進めていくのかというのは、早い段階でお示しいただければありがたいと思います。

同じ資料の20ページ、21ページに、認知症の関係についての記載がございます。20ページの冒頭の○の部分で、第5条の2について、どのように考えるかということもありますけれども、これについて、第5条の2では、認知症の予防という記載がございます。大綱のときにも、この予防については、さまざまな観点からの御議論があったところと認識しておりまして、こうした大綱の考え方を踏まえたものになっていくのかどうか、そこら辺については、そうした方向での議論が必要だと考えております。認知症の人、そうではない人を区別するというのではなく定義づけていくことが必要ではないかと考えている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。

今度は、こちら側から行きましょう。そうしましたら、順番で宮崎参考人、伊藤委員、井上委員、江澤委員の順番でお願いします。

○宮崎参考人 ありがとうございます。

資料2につきまして、御意見を申し上げたいと思っております。

私ども日本介護福祉士会では、介護サービスの質を担保することが何よりも重要と考えております。介護福祉士の資格取得方法の一元化は、確実に実現する必要があると考えており、この件につきましては、既に過日開催されました福祉部会で、会長の石本が発言しているところでございます。

当会としては、介護職に訴求力を持たせて、また、介護サービスの質を担保

するためには、一元化の話はもとより、介護保険制度を初めとする各制度において、介護福祉士の役割を明示的に定め、介護福祉士とそれ以外の者の機能を明確化することが必要と考えております。この本質的な議論こそが重要であると考えており、そうでなければ、日本人の介護人材すら確保ができなくなるおそれがあると、大変懸念し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す。

伊藤委員、お待たせしました。

○伊藤委員 資料2、資料3、資料5について、質問と意見をさせていただきます。

資料2です。2ページの養成施設ルートへの国家試験導入に関して、不合格の者に対して資格を付与するという考え方自体が、適切だとは到底考えられません。こういう取扱を続けていると、雇用が既に逼迫している中で、どんな人でも資格を取得できます、知識・経験がなくてもいいのですとしてしまうと、逆に他業種との競争を激化させる可能性があります。この点については、人材確保難への対策として、十分な役割を果たせるとは思えません。

また、能力を認定するという趣旨自体もゆがめてしまいますので、准介護福祉士の資格を与えることにずっと反対してきていますけれども、さらに5年間は介護福祉士と名乗れるということ自体がおかしいので、経過措置を延長すべきではないと考えています。

この点、1つ、質問させていただきたいと思います。社会福祉士法と介護福祉士法の平成19年改正のときに、附帯決議で早急にフィリピンとの調整をして、速やかに介護福祉士との統一化を図ることが政府に求められていると思いますが、フィリピン政府との協議状況について、教えてください。

次に、資料3の4ページ、インセンティブ交付金ですけれども、論点の1つ目の○の4行目、アウトカム評価の導入を含む評価のメリハリづけを行うことも重要ではないかということですが、この点、要介護者とか、重度の方とか、保険者にとって重荷になっていくという認識になったら、要介護者、家族にとっての大変な不利益につながりかねません。そういうことがないように、十分に配慮していただきたいと思っております。

それから、調整交付金については、1つ質問ですが、6ページの論点の一番下に、見直しによる調整の範囲内で、個々の保険者に一定の取り組みを求めることも考えられるかどうかとあります。例えば保険者で十分な資源がないなどの事情で、取り組みがなかなかできない場合について、調整交付金というのは

どうなるのかということをお教えいただきたいと思ひます。

また、この点については、事業計画内でこういう考え方をとるにしても、各自治体の人口構成はどんどん変わってきますので、不断の検証が重要だと思ひていることを、つけ加えさせていただきます。

資料5です。11ページ、ケアマネジメントのところ、図によると、利用者数336万人に対して、介護サービス費用額ということで、居宅介護支援、予防支援にかかっているのが年間約5000億円ということで、これを単純に割ると、1人当たり年間約15万円と出ます。もちろん単純に割ることが適切ではないと思ひていますが、15万円が1人当たり費用額で、その1割から3割となると、1万5000円から4万5000円が自己負担になると考えていいのでしょうか。質問です。もしそうだとすれば、他のサービスへの利用のしわ寄せになるということをお非常に心配しておりますし、適切なケアマネジメントができるかということは、従来から言っているように、非常に心配しています。

12ページ、軽度者への生活援助サービスは、従来から言っておりますし、今日も出ていたように、慎重な検討を求めたいと思ひます。

16ページ、高額介護サービス費ですが、ここも質問なのですが、点線で困ってあって、医療保険制度とのバランスと書いてあって、15ページの委員からの主な意見の1つ目にも、バランスとあります。厚労省にお聞きしたいのですが、介護保険と医療保険は、給付内容とか、性格が違いますが、それをどういう意味で、バランスが重要だとお考えなのか、お教えいただきたいと思ひます。

最後です。19ページの現役並み所得と一定以上所得ですが、被保険者数は1号被保険者でいいですかという質問です。被保険者ではなくて、受給者ベースで所得階層別の人数を示していただきたいというのがお願いです。

以上、質問にお答えいただきたいと思ひます。

○遠藤部会長 5つぐらいあったと思ひますが、最初は、福祉人材確保対策室長への御質問だと思ひます。お願いします。

○川端福祉人材確保対策室長 福祉人材確保対策室長でございます。

委員から准介護福祉士のフィリピンとの交渉状況についてのお尋ねがございました。平成19年の改正時におきまして、先ほどの一部経過措置、経過後、試験に合格できなかった方、あるいは未受験だった方については、准介護福祉士という資格が付与されるということが、フィリピン政府との交渉で手当がなされてございます。

外交の話ですので、詳細について申し上げることはできないのですが、

実際に資料2の6ページ目のEPAの流れの中で、就学コースと就労コースと2つございまして、就学コースというのが、いわゆる介護福祉士の養成施設を通じてのルートになるのですが、実際にこういった方々は、今、フィリピンからいらしてございません。そういったことも含めて、引き続き、フィリピン政府との交渉に努めてまいりたいと思います。

ただ、全体として、協定はこれだけではなくて、さまざまある中での交渉になってきますので、具体的にいつどうなるのかということについて、今の時点で、明確に決まっていることではございません。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

あとは、老健局のそれぞれの御担当から、御回答をお願いいたします。

○山口介護保険計画課長 調整交付金に関する御質問をいただきました。見直しの範囲内で一定の取り組みを求めるところですけれども、地域において取り組みがそもそもできない場合について、どうするのかということがあったと思います。この点は、藤原委員からも御指摘をいただきましたように、地域の実情にちゃんと配慮して考えるべきだということでした。まだ具体的にどのような形でという案は、お示ししていない状況ではありますけれども、地域の実情も考えて、検討していきたいと思います。

高額介護サービス費について、医療とのバランスというのは何かという御質問だったと思います。高額介護サービス費につきましては、制度の創設当初から、医療保険の高額療養費、特に多数該当の基準を参考に定めてきたということがございます。これは一定の御負担をいただく上で、上限をどのくらいに設定すれば適切なのかということ踏まえて、医療保険でも考えてきたわけで、介護保険においても、それに倣ってきたということがございますので、バランスといったときには、そういったことを念頭に置いているという趣旨でございます。

一定以上所得者、現役並み所得者の被保険者の分布ですけれども、これは1号被保険者の数ということでいいのかという御質問があったかと思いますが、これは1号被保険者の数でございます。

それから、これを受給者ベースに直せないかという御質問だったと思いますが、こちらにつきましては、資料5の一番最後のページ、表が2つある中の下の表に2割負担の対象者と3割負担の対象者、これは受給者ベースで示したものでございます。これを段階別に細分化してということは、今の段階で手元に数字がないものですから、こういう形でお示しさせていただいております。

すけれども、何かできることはないかというのは、考えてみたいと思います。

伊藤委員の質問から離れて、先ほど榊田委員からお話しがあった調整交付金に関して、給付費を重みづけに使うと、適正化の努力をやったところの交付額が減るのではないかというお話しがありましたけれども、給付費を重みづけに使うときには、あくまでも全国平均の給付費を使って重みづけをするということです。その自治体の給付費の上下については、一切考慮しないということです。適正化効果というのは、ちゃんと自分のところに返ってくるという仕組みになるということでございます。誤解しているといけませんので、改めて指摘させていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
どうぞ。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。

ケアマネジメントの自己負担についてのお話しがございました。要支援なり、要介護1・2、要介護3・4・5とで、それぞれ単位数が違いますし、それぞれ特定の場合には加算もつきますので、個々の影響を言うのは難しいところがございますが、全体を押しなべて申し上げますと、先ほど伊藤委員から御指摘があったとおり、費用が年間で5000億程度かかっておりまして、利用者が300万人程度おられますので、年額で15万円ぐらいの費用がかかってございます。そうしますと、月額でいいますと、一万数千円ぐらいの費用がかかっておりますので、どういう形で利用者負担をとるのか、とらないのかを含めて、御議論だと思っておりますが、仮にこれに1割負担をとるということであれば、月額千数百円、御負担になるという計算になるということでございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
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。

資料2につきまして、人材の確保が制度の持続可能性のために、最重要課題の1つであるということは、言うまでもありません。その中でも、外国人の方に活躍をしていただくことが課題となっておりますので、日本人と外国人の試験の合格率の差が非常に気になります。もちろんサービスの質の維持が大前提となりますけれども、この差を分析していただきたいと思います。とりわけ、サービスの質の維持という理由で、こういう差が出ているのかどうか、分析を

する必要があると思います。

資料4の13ページには、データの利活用の話がございませけれども、今後の介護サービスの付加価値の向上であるとか、生産性の向上のために必須であると思います。得られたデータの第三者提供につきましては、研究者に限らず、情報の保護に十分に配慮した上で、民間も含めた幅広い主体で活用できるようなものにしていただきたいと思います。

資料3に戻りまして、インセンティブ交付金につきましては、論点にございませとおおり、アウトカム評価の充実、めり張りをつけるということが非常に重要だと思ひます。しっかりと高齢者の自立支援、重度化防止に取り組んで、成果を出している保険者に重点的に配分されるように、ぜひとも進めていただきたいと思いますし、指標の設定に当たっても、この部会で十分な議論が必要だと思ひます。

最後に資料5と全体についてでございませ。この部会の議論は、今年の2月から開始をされまして、これまで資料として示されたスケジュール案といたしましては、月1～2回のペースで議論を行って、12月に取りまとめ、必要な項目については、来年の通常国会への法案提出を目指すという計画だったと覚えておひます。この点は、言うまでもありませんが、団塊の世代の方の後期高齢者入りが迫っておひます。現状のままでは、制度のひずみが拡大をしまつて、持続可能でなくなってしまうという危機感につきましては、皆さん共有していると思ひます。ぜひとも年末までに、今後の介護保険制度に関する国としての方向性を得ることが必要だと思ひますし、それがこの部会の使命であると思ひます。

現在、さまざまな場で、全世代型社会保障制度について議論がなされておひますけれども、この部会で仮に結論が出ないということであれば、どの場でも構わないのですが、制度をどうするかということについて、国として結論を出さなければならない時期、タイミングであるということは、強く申し上げておきたいと思ひます。

とりわけ、これまでも主張してまいりましたけれども、制度の持続可能性確保の観点から、経済困窮者への配慮は行いながら、利用者の2割負担の拡大、ケアマネジメントの負担のあり方、軽度者の生活援助サービスの地域支援事業への移行、この点につきましては、痛みを伴うということは承知の上で、当初の計画どおり、年末までにしっかりと方向性を得ていただきたいと思います。

以上でございませ。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料1につきましては、医療連携推進法人では、必ずしもうまくいっていない施策でございますので、慎重に必要な支援等を検討しながら、進めていただければと思います。

資料2につきましては、8ページに介護福祉士国家試験の受験者数と合格者数の推移が出ておりますけれども、平成25年あたりから、徐々に右肩下がりに減っております、平成28年からは激減をしている状況であります。

1ページに戻りますけれども、実務経験ルート、例えば平成30年の6万9000人の合格者の内訳ですが、実務経験ルートが6.2万、施設養成ルートが0.5万、福祉系高校ルートが0.2万となっております、特に平成28年から受験者数が半減していますので、恐らく実務経験ルートの方も、実務者研修等の影響もあって、受験がなかなかできていない状況であります。

施設養成ルートですけれども、7ページに先ほどから出ている資料がございますが、今までに当部会等で出た資料ですと、平成25年には入学者数が1万3090人、平成26年には1万453人で1万人をキープしておりましたけれども、平成27年に1万人を切って、その後はずっと減少傾向で、ここ数年の間に、特に日本人の入学者が半減をしていますので、これは非常に危機的な状況であると認識しています。

そういった中で、2ページに戻りますけれども、卒後5年間、連続して実務に従事していれば、介護福祉士とするという経過措置については、ぜひ継続していかないと、日本の高齢化を支える観点からいくと、難しいと思っておりますし、外国人材の確保という観点からも、継続を検討すべきではないかと思っております。

続きまして、資料3の2ページの○の2つ目の2行目に、客観的な指標と書いてありますけれども、以前も議論しましたが、保険者機能強化推進交付金の評価指標が非常に曖昧である。これは複数の委員の先生もおっしゃっていると思いますけれども、曖昧であって、決して客観的ではない状況だと思っておりますので、このあたりは、実態がよく見えるように、そして、客観性を伴うように、また機会がございましたら、見直していただきたいと思っております。

4ページに論点がございますけれども、都道府県による市町村支援の強化の推進も重要であるということで、論点については賛成でございますが、国による支援は何ができるのか、国ならではの支援ということもあるかと思っておりますので、総力を挙げて取り組んでいただきたいと思っております。

6ページに調整交付金の論点がありまして、要介護認定率により重みづけを行う方法から、介護給付費により重みづけを行う方法というのは、精緻化が進みますので、これについては、賛成ですけれども、さらに精緻化の余地はある

うかと思いますので、引き続き検討をしていただきたいと思います。論点については、賛成でございます。

続きまして、資料4に、これまでの議論の状況が出ておりますけれども、介護予防、健康づくりの推進においては、医学的な根拠に基づいた有意義な取り組み、エビデンスがわかっているものについては、そういった取り組みをぜひ推進していただきたいと思います。そのために、専門職の関係団体、あるいは有識者、専門家等とより緊密な連携をしていただきたいと思います。と考えております。

この中の持続可能な制度の構築で、介護現場の革新がございますけれども、業務仕分け、ロボット、ICTというお題目は、当然進めていくべきでありますし、処遇改善加算もありがたいことではありますが、ただそれだけで介護職員を目指す人材がふえる、あるいは介護職の現場から立ち去る人が減るというのは、現場の感覚からいうと、難しいと思っております。やりがいを持ったり、自分のケアで利用者がよくなったときの喜び、満足度、幸せな笑顔というものが、非常に効果的であって、職員自身のやりがいの支援、自己実現、こういったものを積極的に取り入れていただきたいと思います。と考えております。

資料5の持続可能性の確保ですけれども、2番の補足給付は、以前も申しましたが、今、右肩上がりでふえている中で、介護保険財源として続けていっていいのかどうか。要は低所得者のホテルコストでございますので、被保険者のコンセンサスがとれるののかどうかを含めて、本来なら生活保護と同様に、一般財源という考え方もあるのではないかと考えております。

多床室の室料負担ですけれども、以前に申し上げましたが、これは医療法のもとに位置づけられた医療提供施設でございます。特に老健、介護療養病床、介護医療院といったところの多床室でございますが、決して住まいではなく、例えば老健に入所したから、住所を移すということは、極めてまれだと思っておりますので、そういったところで室料負担等を徴収するのは、いかがなものかと思っております。

記憶に新しいところでいいますと、前回の診療報酬改定において、地域包括ケア病床の在宅復帰率の実績から、老健施設は住まいではないということで、実績となる分子から外されております。したがって、診療報酬上もそういう取り扱いになっておりますので、ぜひ御検討いただければと思います。

一方で、介護医療院につきましては、今、第8期までに介護療養病床の廃止が決まっており、介護医療院の推進の施策を行っている最中でございますので、その中で、介護医療院の利用者の負担がふえるというのは、介護医療院の推進の施策に対して、足かせ、ブレーキをかけるものではないかと考えております。

5番、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けれども、受け皿整備がまだまだ不十分だと思っております。既に地域支援事業

に移行しております通所介護、訪問介護におきましても、圧倒的に多いのは従前相当サービスとなっております。したがってノウハウがないということになります。ノウハウがないのは、決して悪いことではなくて、当たり前だと思っています。専門職もないところで、いきなり行うというのは、なかなか厳しい状況でございますので、いろんな連携をしながら、ノウハウは蓄積していくべきだと思っております。

そういった中で、受け皿がないということと、要介護1、要介護2、個々の事例に応じて、本当に支えることができるのかどうかというのは、もう少し細かく、あるいは議論なり、研究なりをしていかないと、もし要介護2の方で、不具合が出るようなことは、決してあってはなりませんので、慎重に現場の受け皿づくりと、要介護2の方の状態像を鑑みながら、支えていくことが必要ではないかと思っております。

最後に、給付と負担に関しまして、全国ベースでいきますと、2034年に介護保険の1号被保険者と2号被保険者の人口が逆転します。すなわち、支え手である40歳から64歳の人口のほうが、65歳以上の人口を下回る時期が来るわけです。ということは、誰が見ても分かるように、抜本的な議論をしないと間に合わないと思っておりますのでございまして、今後の人口推計を見ながら、限界はあると思いますけれども、保険料がどこまで支えの柱になっていけるのか、あるいは公費として、どこまで投入する可能性があるのか、この場の議論というよりも、もっとしかるべきところで、大きな議論をしていかないと間に合わないと思います。これについては、喫緊の課題だと認識しておりますので、申し上げます。

以上でございます。ありがとうございました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今度、こちら側へ行きましょう。武久委員、花俣委員、濱田委員の順番でお願いいたします。

○武久委員 時間がないので、簡単にいきたいと思います。

資料1ですけれども、社会福祉の連携推進法人については、今、江澤先生も危惧を漏らしておりましたが、地域医療連携推進法人のときに、地域の中小病院で運営の調子が悪くて、M&Aをやっているところが、地域連携の中に入れていただいて、一緒にうまくいったという例もあります。莫大な公的資金が入っている大赤字の公的病院がイニシアチブをとってやっているということは、どう考えてもおかしいと思うのですけれども、社会福祉法人の連携も、田舎の特養の4人部屋の古いところは、現実に売りにいっぱい出ているのです。

社会福祉法人はどうするのかと思って、私も不思議に思っているのですけれども、現実問題、人がいない。働く人も、入所者もないということが、現実には起こっていますので、このところも、救う意味でつくるのか、どういう意味でつくるのかわかりませんが、私はこういう制度はいいと思っていますので、頑張ってくださいと思います。

資料2につきましては、介護福祉士の地位が十分でないという話があります。私は医療の場におりますので、病院では、国家資格の介護福祉士とは誰も呼んでくれないのです。厚労省自身が呼ばないのです。要するに看護補助者という名前で、国家資格の介護福祉士とは呼ばず、そのように扱っている。これは非常に大きな問題だと思いますけれども、現実にお年寄りが急性期病院でも倍になっていると、介護職の仕事が非常に多くなっておりますので、大きく制度を変えていく、呼び方も変えていく、公的な呼び方にさせていただく契機となるように、厚労省の担当には頑張ってくださいと思います。

資料3につきましては、だんだんと自己負担率を上げていくという、介護保険の動きでございますけれども、特養は低所得者用の施設だと大昔から認識していますが、ユニットケアということで、特養の60%以上が個室になっていて、高いところでは、15万から20万ぐらいの自己負担が要る。低所得者では払えない状況になっております。この辺でどういうふうにしていくかということも、大きな問題になっていくと思います。

そして、市町村が介護保険の保険者であるということで、小さな村役場、町役場では、担当者の能力を超えておまして、しかも、そういう小さいところでは、高齢化率が非常に高い。保険料を払うけれども、保険サービスがほとんどないということでは困るので、国民健康保険と同じように、お金の管理は都道府県がして、実務は市町村がするという、過渡的な改革が必要だと思っております。

また、実際問題として、子供の収入では賄い切れない、低所得者のための特養というものがユニット化してきて、しかも、年金はだんだん目減りしていく。そして、現役の給与所得は上がらない。企業側も防衛のために内部留保をふやしているという現状で、介護保険も医療保険も厳しいわけですがけれども、そういう意味では、特養に関しても、補足給付に耐えられない社会福祉法人も多々出てきております。

いろんなことに対して、大きく改革をしないといけない時期が来ているということで、きょうも非常にたくさんの資料で、手短かに説明されましたけれども、これは莫大な背景がある事柄でございますので、慎重にやっていただきたいという感じを持っております。

ありがとうございました。

○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 時間を超過していますので、急ぎます。

資料5に絞って、利用者側からの意見をきちんと述べさせていただきたいと思えます。

資料5の2ページに、6項目について、年末の取りまとめに向けて検討を深めるとあります。

補足給付の給付条件の厳格化、多床室の新たな室料負担は、施設サービスを利用している人たちへの負担をふやすこととなります。

ケアマネジメントへの利用者負担の導入、軽度者への生活援助サービスは、在宅サービスを利用している人たちに大きな影響を及ぼします。

また、高額介護サービス費と所得による利用者負担の判断基準は、全てのサービス利用者に影響します。

これまでも申し上げてまいりましたが、最も心配なのは、負担がふえることに、認定を受けた人、あるいはサービスを利用している人が、どのぐらい耐えられるのかということです。

総務省の家計調査報告の家計収支で、実収入を見ると、ひとり暮らしで約12万円、高齢者夫婦で約22万円です。そして、収支で見れば、毎月平均して約4万円前後の赤字となっています。

補足給付では既に預貯金のチェックが行われていますが、同じく家計調査報告の貯蓄・負債編を見ると、2人以上世帯しかデータがありませんが、貯蓄額は平均2284万円になっているものの、平均額より少ない人が7割近くになります。800万円未満の人も3割を超えています。

参考資料3の4ページには、ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金500万円程度があれば、年金額が低い者でも、補足給付を受けながら、10年居住することができるかとされています。しかし、ここでは、利用者に配偶者がいるのか、扶養家族がいるのかといった事情は見えてきません。負担をふやす場合には、もっときめ細かく、支払う能力があるかどうかを検討する必要があると思えます。

特に在宅サービス、ケアマネジメントと生活援助サービスについて、詳しく申し上げたいと思えます。ケアマネジメントは、認定を受けた人にとって、サービスを利用する入り口です。10割給付にした理由は、認定を受けた人が積極的にサービスを利用できるように位置づけたとされています。介護を必要とする人は、毎日のように新しく登場します。必要になって初めて介護認定の申請

やケアマネジャーに相談することを考えるのです。入り口で有料化されたとき、お金がかかるなら相談しない、それ以前に必要な介護認定の申請さえも諦める人がふえることが心配です。

ある県で、ケアマネジャーの皆さんが利用者にアンケートをとったところ、利用者負担の導入に反対する人が7割を超えていました。最も多い理由は、これ以上利用料がふえると、払えないというものです。年金という決まった収入しかないのに、支出だけがふえるのですから、もっともな理由だと思います。また、消費税が10%になったのは、介護保険にお金をふやすためではなかったのかという疑問も寄せられています。

賛成の人は2割ですが、その理由が多かったのは、忙しいケアマネジャーの給料が上がるのなら、仕方がない。もっと多くの訪問をしてもらえるのなら、相談に乗ってもらえるのならというものでした。

資料5の11ページでは、論点が出されていますが、2つ目のポツに、処遇改善や事務負担の軽減によりと書かれていますけれども、ケアマネジャーの待遇を改善するという目的は見当たりません。介護保険部会として、サービスを利用している人たちの負担増に対する気持ちを考えていただきたい。

生活援助サービスについてですが、資料5の13ページには、委員からの主な意見として、軽度者という言葉が並んでいて、私の意見は取り上げられていませんが、介護をする家族の立場では、繰り返し申し上げるしかありません。要介護1と要介護2の人たちは、軽度者ではありません。

参考資料2の27ページには、認知症の人が今後どのくらいふえるか、推計が紹介されています。2020年から2025年の5年の間に、少なくとも73万人、多いと99万人、100万人近くふえることとなります。認知症の人の中には、ひとり暮らしの人もいますし、夫婦ともに認知症の人もいます。これらの人たちにホームヘルプサービス、中でも生活を整える生活援助は必ず必要なものです。介護をする家族が同居していても、認知症の人への支援は日々苦労の連続です。働きながら介護する人が半数を超える中、なぜ自宅など、在宅での生活を続けようとする人たちの給付を減らさなければならないのでしょうか。

また、孤独死はほぼ日常化しているような状況ですが、60万人とも、100万人とも言われています。介護保険のサービスによって、孤独死から救われる人も多いと思われそうですが、それでもこぼれる人たちがたくさんいることにも、注目していただきたいと思います。

財政制度等審議会は、改めて要介護1、要介護2の高齢者を対象とした訪問介護と通所介護を市町村の総合事業に移行すべきとの改革案を示しました。そういう報道がありましたが、このような状況では、社会保障審議会においても、十分な議論もなく採択されてしまうのではないかと心配しております。

11月17日、福井県敦賀市で三重介護、いわゆるトリプル介護による介護殺人が起きたことは、皆さん、御承知だと思います。義理の両親2人と夫の3人を在宅介護していた、働いている71歳の女性が、追い詰められた果てに起こした悲劇です。報道では、村一番の嫁と言われるしっかり者の女性だったようですが、義理の母親は、デイサービスに通っていたものの、それ以外のサービスの利用の状況はわかりません。ここでもし訪問してくれるホームヘルパーがいたならと、大変心が痛みます。

生活援助サービス等には、ホームヘルプサービス以外にどのようなサービスの含みがあるのかはわかりませんが、制度の持続可能性の確保のために、日常的に訪問するサービスを抑制して、在宅介護が崩壊してもいいのでしょうか。

お手元に配らせていただきました、10月に発出した支部代表者会議アピールにおいて、家族の会の意見を取りまとめております。これは一足先に認知症になった、あるいは介護家族になった私たちから、いずれは高齢者、要介護者、あるいは認知症になるかもしれない、ここにおいでの方に、ぜひ御一読いただき、これらの主張を自分事としてお考えいただきますように、強く訴えたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

最後に、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料3の保険者機能についてということで、アウトカム評価の充実やめり張りづけということでございますが、参考資料1の3ページの2の個別指標の状況ということで、ここは通いの場とケアプラン点検と一緒に計上されておりますが、赤字で実績に改善が見られたとございます。恐らく改善が見られたということにつきましては、給付の調整、現実には給付が引き締められたということがあろうかと思いますが、市町村では介護支援専門員、そうした専門職との連携などを行って、引き続きケアマネジメントの質の向上へ向けて、これらのチェック、給付調整なども進めていただければと思っております。

それから、参考資料3の25ページでございますが、いわゆるケアマネジメントの給付と負担についてということでございますが、実は平成30年の報酬改定によりまして、5)の公正中立なケアマネジメントの確保という上の○でございますが、既に御承知のとおりでございますが、複数の紹介を求める、さらに当該事業所をケアプランに位置づけた理由を説明する。さらにこれに違反した場合は、報酬を減算ということで、例えば説明が十分でない場合に、加算など

の項目で、それがとれないということは他のサービスではあるのですが、大変厳しい内容になっておりまして基本報酬そのものが大きく減算される立場になっております。

また、下の6)も御承知のとおり、訪問回数の多い利用者への対応でございますが、一定以上回数の生活援助中心型の訪問介護を位置づけた場合、ケアマネジャー、介護支援専門員が市町村にケアプランを届け出すことになっておりますが、本来、例えばこれはレセプト等で回数が出て、調整が行われるということを、我々ケアマネジャー、居宅介護支援等において介護支援専門員が行っているということでございます。

33ページのところでございます。前回、申し上げましたが、介護負担に関する就業者の相談先として、ケアマネジャー、これは恐らくは契約者以外の不特定多数の一般市民、あるいはお勤めの方が相談されているということもでございます。

さらに42ページでございます。地域包括支援センター、地域ケア会議の推進ということでございますが、現在、自立支援型の地域ケア会議が非常に活発に行われ始めておりまして、マル2の高齢者の自立支援に資するということでございますが、自立支援型のケア会議の場合は、例えば利用者や御家族の希望に基づいて、あるいはそのサービスの希望に応じて調整するという趣旨のものは、本来はございませんので、例えば時には利用者御家族が希望をしなかったサービスの種類でありますとか、希望していたサービスの回数ではないという結果になることもございます。

これらを何とか自立支援のためにということで、恐らくは地域包括支援センターの介護予防支援の担当、介護予防プランの担当者の方が十分に御説明をされ、専門職の方が御説明をされて、何とか利用者やご家族に納得をいただいているという趣旨のものでもございます。いわば保険者の代理人、ないしは市町村が運営しておりますので、そのかわりを担うという役割が出てまいっております、20年間で非常に支援内容の変化と増大をしてきたということでございます。

例えば利用者の家族の方が希望していないサービスを何とか自立支援、そして、給付調整、コントロールのために担う場合もあるということで、それに利用者負担がなじむのかということでもございまして、あるいは地域共生社会の推進ということで、現在、障害福祉サービスの相談支援におきましては、利用者負担はございません。65歳問題にわたってきて、負担が発生するというところで、なかなか理解が得られるのかということもございまして、そういうこともございまして、引き続き、2040年には、ひとり暮らし、認知症の方もふえるということで、地域包括ケア、安全・安心な地域生活を続けられるためにも、現行

給付の維持を何とかお願いしたいということでございます。

そういうことで役割がふえております介護支援専門員の処遇の改善等も、業務の明確化、見直しを含めて、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。

一通り御発言いただけたかと思います。どうもありがとうございます。

それでは、本日の議論はこれぐらいにさせていただければと思います。

事務局におかれましては、本日、多様な御意見が出ましたので、それらを踏まえて、必要な対応をお願いしたいと思います。

また、次回の開催につきましては、追って事務局から連絡がいくと思います。

それでは、本日の本部会は、これで終了したいと思います。長時間、ありがとうございました。