

○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87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。

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 皆様、おはようございます。本日もよろしくをお願いいたします。

まず本日の出欠状況でございますが、河本委員、黒岩委員、佐藤委員、武久委員、津下委員が御欠席でございます。

河本委員の代理としまして松本参考人、健康保険組合連合会企画部長、黒岩委員の代理としまして山本参考人、神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課長、武久委員の代理としまして橋本参考人、日本慢性期医療協会副会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 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、タブレットを御用意しております。

操作等で御不明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「『介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会』中間取りまとめ」。

資料2「論点ごとの議論の状況」。

参考資料 1 「『介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会』中間取りまとめ」、こちらは中間取りまとめそのものを御用意させていただいております。

参考資料 2 「論点ごとの議論の状況（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 よろしゅうございますか。

それでは、議事に入らせていただきます。

議題 1 「『介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会』中間取りまとめ」、これにつきましては、同専門委員会の委員長を務められました野口部会長代理より御報告をいただきたいと思っております。

続けて、議題 2 について、事務局から関連資料の説明をお願いいたします。

それでは、まず野口部会長代理、よろしくをお願いいたします。

○野口部会長代理 皆様、おはようございます。

この介護保険部会のもとに設置されました「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」について、本年 8 月 7 日から 5 回にわたり議論を進め、昨日 12 月 4 日、中間報告を取りまとめたところでございます。この報告書の内容について、委員長を務めさせていただきました私から本部会に報告をさせていただきます。

中間取りまとめの全文はお手元の参考資料 1 のとおりです。ただし、本日はその概要をコンパクトにまとめさせていただいた資料 1 によって説明をさせていただきます。

まず、スライドナンバー 2 について御説明をさせていただきます。

本専門委員会では、介護分野の文書に関する負担軽減の実現に向け、国、指定権者や保険者である都道府県、市区町村、そして、介護サービス事業所が協働をして検討を行いました。

本部会からも江澤委員、梶田委員、濱田委員、山際委員に御参加いただき、大変貴重な御意見をいただきました。自治体からは、現場で実際に実務にかかわっていらっしゃる職員の皆様にも御参加いただいております。黒岩委員、大西委員、藤原委員にも、この場をかりて深く御礼申し上げたいと思っております。

本専門委員会では、事業所から行政に提出する文書を主な検討対象とし、指定申請、報酬請求、指導監査の 3 分野を中心に、負担軽減のための具体的な方策について議論を行いました。

スライドナンバー 3、本専門委員会から提案する負担軽減策を整理したもの

がこちらになります。

まず横軸を見ていただきたいのですが、横軸には検討事項である「指定申請」「報酬請求」「指導監査」を置いております。縦軸には、専門委員会として整理した取り組みにおける3つの視点「簡素化」「標準化」「ICT等の活用」を置いております。そのスリーバイスリーの方策をマトリックス表にまとめたものがこちらになります。

また、実際に取り組みごとの時間軸について、今年度内をめぐりに取り組むべきもの、1～2年以内に取り組むべきもの、3年以内に取り組むべきものをそれぞれピンク、水色、黄緑に色分けをしてお示ししております。

本専門委員会でもまとめた具体的な方策について、少し触れさせていただきたいと思っております。

まず、簡素化の視点に立った取り組みとして、指定申請、報酬請求の際の提出ルールの見直し、例えば押印を最小限にするなどが求められました。また、処遇改善加算について、政策的に重要である一方で申請書作成の負担が大変大きいという声があり、国様式の見直しや添付書類の範囲の明確化などが求められました。

さらに、介護保険の創設以降、介護予防サービス、地域密着型サービス、総合事業とサービス類型が多様化する中で、1つの事業所が複数の指定を受けるケースも大変ふえてきたという背景がございます。そうしたことによる手続の複雑化への対応を令和2年度内に検討するということを求めました。

標準化の視点に立った取り組みとしては、いわゆるローカルルールへの対応が求められております。

3つ目のICT等の活用の視点に立った取り組みにつきましては、特に専門委員会でも多くの意見が出ました。簡素化、標準化の取り組みを進めつつ、ウェブ入力や電子申請の可能性について、既存の情報公表システムの活用を含めた検討を行い、来年度中に結論を出すことが求められております。

なお、専門委員会がまとめた方策の実現のためには、全ての関係者の御協力のもとで取り組む必要があるということも、議論の中で強調されておりました。

全国的な周知徹底はもとより、今後自治体の取り組み推進のための保険者機能強化推進交付金の活用や、特にICT化推進のための小規模事業所への支援方策などの検討を行うように求められております。より詳細な内容については、参考資料1の3ページ、4ページを御参照いただきたいと思います。

最後のスライドナンバー6をごらんください。こちらは取り組みのスケジュールを図示したものでございます。

本専門委員会としても、取り組みの進捗状況や検討状況のモニタリングを行い、今回の中間取りまとめに掲げた方策の具体化あるいは進化のための検討に

継続的に取り組んでいきたいと考えておるところでございます。

さらに、今回の中間取りまとめに向けた議論では今回は検討対象としなかった文書、例えば重要なものとしては事故報告などの標準化による情報の蓄積と有効活用方策、また、ケア記録などの事業所が作成・保管する文書の負担軽減方策などについて、数多くの委員から今後の検討の必要性が指摘されたことを付言しておきたいと思えます。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ、実りの多い議論をしていただき、どうもありがとうございました。

報告は以上です。

○遠藤部会長 野口部会長、どうもありがとうございました。

引き続き、事務局から議題2について御説明をお願いいたします。

○栗原企画官 企画官の栗原でございます。

議題2に関しまして、資料2について御説明申し上げます。資料2「論点ごとの議論の状況」をお願いいたします。

こちらは表紙に書いてございますとおり、本年2月以降の介護保険部会の議論の状況について、各論点ごとに委員の意見を中心に事務局の責任で整理したものでございます。前々回、前回と資料として提出させていただいたものでございますが、前回の議論を踏まえて加筆したものとさせていただいております。これまでもお示ししている資料ではございますけれども、記載事項について簡潔に御説明申し上げます。

1ページ、こちらは「これまでの検討」ということで、その経緯を記載させていただきます。

2ページ、こちらから「総論」ということで、今回の検討に際しての視点に関して記載させていただいております。2ページは高齢化の進展のお話、それに加えて5つ目の○あたりでございましてけれども、その先の2040年を見据えると、現役世代の減少が顕著になるといったことを記載させていただいております。

3ページ、4ページ、「総論」としまして地域共生社会の実現、これはもう一つの視点になります。こちらは前回、前々回と関連の検討についても御報告させていただいたところでございますが、それについて記載させていただいております。

5ページ、こちらから今回の主要な検討テーマである5つの検討事項ごとに「現状・基本的な視点」「これまでの議論」を整理させていただいております。5ページから1つ目「介護予防・健康づくりの推進」、6ページは検討会で御

議論いただいておりますけれども、一般介護予防事業等の推進の議論、7ページは総合事業、8ページはケアマネジメント、9ページは地域包括支援センターに関する議論について整理させていただいております。

10ページから、2つ目の検討事項でございます「保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）」について議論を整理させていただいております。11ページはPDCAプロセスの推進、保険者機能強化推進交付金について、12ページの中段から13ページは前回の議論を踏まえて加筆させていただいておりますが、調整交付金について、14ページからはデータ利活用の推進、介護DB、VISIT、CHASE等でございますけれども、そちらについての議論を整理させていただいております。

15ページ、3つ目の検討事項「地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）」に関して、議論の整理をさせていただいております。16ページから介護サービス基盤、高齢者向け住まいについて、18ページからは医療・介護の連携について、この中には介護医療院、19ページには在宅医療・介護連携推進事業の議論について整理させていただいております。

20ページから、4つ目の検討事項でございます「認知症施策の総合的な推進」ということで、22ページまで記載をさせていただいております。

23ページから、5つ目の検討事項「持続可能な制度の構築・介護現場の革新」、この中の介護人材の確保・介護現場の革新について記載させていただいております。

25ページ、先ほど野口部会長代理から御報告いただいた文書量の削減については、ここに入れさせていただいております。本日の議論も踏まえて整理を進めさせていただければと思っております。

26ページから、給付と負担についてでございます。こちらに記載のとおり、8つの諸課題について検討を進めていただいているところでございます。27ページ以降、それぞれについて整理させていただいております。

このうちの（2）から（7）につきましては、前回の部会で年末の取りまとめに向けてさらに検討を深めるとさせていただいたところでございます。それぞれ論点ペーパーについても1枚ずつ入れさせていただいているところでございます。27ページが被保険者範囲・受給者範囲、28ページから補足給付に関する給付のあり方、31ページから多床室の室料負担、34ページからケアマネジメントに関する給付のあり方、37ページから軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方、40ページは高額介護サービス費、42ページは「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準、45ページに現金給付の議論を整理させていただいております。

46ページから「その他の課題」としまして、要介護認定制度、47ページに住

所地特例についての議論を整理させていただいております。

最後に48ページ、49ページに「これまでの議論をふまえた現時点での制度改革の全体イメージ」ということで、地域共生社会の実現と2040年への備えを目指して「介護予防・地域づくりの推進」「地域包括ケアシステムの推進」「介護現場の革新」、これについて改革の3つの柱としまして、さらに3つの柱を下支えする改革として「保険者機能の強化」「データ利活用のためのICT基盤整備」、さらには「制度の持続可能性の確保のための見直し」を進めていくというイメージを書かせていただいております。

これまでの議論について現時点でこのように整理させていただいております。今後、年末に向けて議論の取りまとめを行っていただければと考えておりまして、全体を見ていただきまして、各事項に関して追加あるいは改めての御意見などを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。

それでは、ただいま御説明のありました議題1、議題2、総合的に議論させていただきたいと思っております。御意見、御質問等があればいただきたいと思っております。

久保委員、お願いいたします。

○久保委員 ありがとうございます。

私からは、介護人材の確保・介護現場の革新について意見を申し上げたいと思っております。

NCCUで毎年行っている就業意識実態調査で、働く上での不満の1位は「賃金が安い」です。その中から組合員意見を紹介します。「利用者の人生を預かっている身にもかかわらず、それに見合った賃金ではないと思っております」や「国からの処遇改善があることはありがたいがまだまだ十分ではない。将来家庭を持つことを考えると不安でしかない」などがあります。

以前から意見を申し上げておりますが、これからの介護人材確保については、介護従事者の処遇改善が最も重要です。国はいろいろな対策を講じようとしていますが、この処遇改善を差しおいてさまざまな対策を講じても、人材確保は困難な実態が続くと思っております。したがって、処遇改善が最大の処方箋であり、人材確保のために引き続き対策を講じていただけるよう強く要請します。

次に、生産性向上の手段として、ICTや介護ロボットの活用推進がされていません。さきの就業意識実態調査では、介護現場でのICT導入については、約2割しか進んでいないという結果となりました。導入されてよかったという組合員意

見の中で多かったのは「同時に複数に情報共有ができるので、サービスの質の向上に繋がった」「個人情報紙で持ち歩く不安が減った」「自分の予定を確認しやすくなり時間管理がしやすくなった」です。

また、介護ロボットの活用については、賛成するという回答が半数を超えています。その理由は、腰痛や体の負担の軽減や人材不足を補えるなど、前向きな回答が多くなっています。ICTや介護ロボットの導入についてはまだまだ改善の余地がありますが、これからの推進を積極的に進めることで業務改善が図られ、生産性の向上が期待されます。推進に当たって、国からさらなる支援をお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

梶田委員、お願いします。

○梶田委員 まず資料1の介護分野の文書の負担軽減の問題ですけれども、委員として参加させていただいて、細部にわたって検討させていただいて、ありがとうございます。

ただ、一つの問題点としまして、介護保険法関係のものと、福祉関係のサービスにつきましては老人福祉法との関係が常に表裏一体の関係でございます。ですから、介護分野関係の書類の負担軽減は行っても老人福祉法関係がそのままであれば何ら意味をなさないということも起こりますので、一体的な検討をお願いしたいと思っております。

介護保険制度自体は、各自治体の協力がなかったらできない、保険者機能という部分から言いますと、国が幾ら標準様式をつくっても各自治体でその取り組みに従っていただければ何にもなりませんので、委員の中に知事会の方、市長会、町村会の関係の方がおられますので、各団体で取り組みを進めていただくようによろしくをお願いいたします。

今回は指定申請、報酬関係、指導監査の問題でいろいろ取り組んでいただきました。かなり厳しい意見は言わせていただきましたけれども、今、現場では実際にすごく進んでいる自治体もございます。例えば指導監査でいわゆる文書による評価のときに、今までは問題点の指摘を書いていくのをメインでずっと来ていましたけれども、最近はいいことを褒める、評価していくという姿勢の自治体もかなり出てきています。ですから、いいところを評価していただいて、それを継続してお願いしますという指導監査の文書をいただきますと、その職員はすごくやる気が出てきます。モチベーションが上がってきますので、そういう点も評価項目の中で検討していただけたらと思います。

ただ、今回の分野の中で、先ほど委員長からありましたけれども、事故報告の関係は今、非常に混迷しています。いろいろなところでいろいろな様式が出てきて、報告方法も異なっているし、どの時点で報告を出さないかというのも町村ごとに異なる状況が出てきています。ケア記録の問題で、いろいろなベンダーさんが出しているケア記録のシステムを導入していますけれども、それがあらゆる自治体によって異なってしまいますと、先ほどの一貫通貫という問題で、事故報告だけは別の例えばエクセルなりワードで書類を作成して提出するということが現在起こっております。ケア記録で連動できない様式が余りにも多過ぎる、事例が多過ぎるとい点がございまして、そこら辺も含めてこれからの課題として検討していただけたらと思います。

全体に関連しますけれども、まず、きょうの16ページの問題なのですが、今の日本の介護の現場というのは、大きく分けると、大都市部と過疎地域の問題点が両極端に存在しています。大都市部はサービスをどのようにこれからふやしていったらいいかという課題、過疎地の場合はどう縮小していったらいいか、しかもサービスをなくさない方法で全体を縮小していったらいいか。どちらも効率化の問題がかかってきますけれども、制度的に同じ制度ではなくて、過疎地には過疎地向けの特別ルールを考えていただく。例えば介護職員が施設の職員とヘルパーさんならばヘルパーさんと兼務をしていってもいい、小規模多機能についても少し守備範囲を広げていく、請求範囲の形を変えるとか、何らかの形で手を打っていかないと、過疎地の介護サービスがこれからなくなってしまうおそれがございます。

そのような関係で、特に過疎地につきましては、社会福祉法人が担っているケースが多いと思うのですけれども、社会福祉法人の問題としまして、一つは事務関係の文書の削減が行われていますけれども、効率化・大規模化というのも一つのテーマとして上がっています。社会福祉法人の効率化の問題の中で一番のネックになっているのが、会計制度なのです。特に規模の大きい特定社会福祉法人では、会計監査人が入って会計をチェックしていただいていますけれども、その中で拠点区分で会計を完結していく、そのトータルの組み合わせの中で社会福祉法人の会計は成り立っています。普通の企業で考えますと、支店ごとに決算をしていく状況です。ですから、事業所数、拠点数が何十とある特定社会福祉法人の場合ですと、特定社会福祉法人であれば拠点区分ではなくて事業区分の会計を導入できるような部分を導入していただくと、大きい法人にとってすごく効率化が図れるし、その力を地域貢献にもっと向けていけるのだろうと。少し事務処理的な部分も含めて、文書関係の負担軽減という分、この枠以外のことにも取り組んでいただけたらと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大西委員、お願いいたします。

○大西委員 どうもありがとうございます。

まず、議題1の介護分野の文書に係る負担軽減についてでございますけれども、専門委員会におきまして、実務者からのヒアリングとともに、検討もいただき、いい方向性を出して中間取りまとめをしていただいたと思っております。あくまで中間取りまとめということでございますので、4ページ以降に、これからの簡素化、標準化、ICT等の3本柱の方向性と進め方を整理していただいておりますけれども、これをもとにしながらより具体的に誰がどういう形で行うのか、もう少し主体をはっきりさせて成果を出していただきたいと思っております。

もちろん事業者の負担軽減もございますし、我々保険者、自治体にとっての負担軽減もございます。それが自治体職場での働き方改革にもつながっていかうかと思っておりますので、我々としても真剣にこれに取り組んでいかなければならないと思っております。今後、ぜひ、より具体的な方向性等を示していただければと思っております。

また、国による全体的な指導も非常に重要かと思っておりますので、厚生労働省にもよろしく願いをいたしたいと思っております。

それから、議題2「論点ごとの議論の状況」ということで、これまでの発言等につきまして、それを網羅的に反映してまとめていただいたことに感謝申し上げます。

これまでの部会においても申し上げましたけれども、高齢者人口がピークとなります2040年に向けて、いかに持続可能な介護保険制度を確立していくかということが重要でございます。大きな枠組みとして、現行の保険者の在り方で本当にいいのかどうか、あるいは制度をどのように運用していくべきなのか、中長期的な視点もしっかりと持ちながら、引き続き検討していくことが必要であるとも考えているところでございます。

その上で今回の論点整理に当たりまして、これまでの発言と重なるところがございますけれども、5点について意見を申し上げさせていただきたいと思っております。

まず1点目ですが、「1. 介護予防・健康づくりの推進」のうち、「(2) 総合事業」についてでございます。総合事業は平成30年4月から、全保険者、全自治体で行われるようになっておりますが、その上限額につきまして、現在におきましても一定程度の弾力的運用をいただいているところでございます。

れども、これからもより柔軟な取り組みが行えるように、また、この介護予防の取り組みを推進するために保険者機能強化推進交付金、いわゆるインセンティブ交付金の拡充等の議論がなされている中、一般介護予防事業の充実策についての意見も取りまとめられているところでございますので、それらを含めまして、希望する市町村がより積極的に総合事業への取り組みが行えるように、さらなる上限額等の弾力的な運用の検討をお願いしておきたいと思っております。

2点目は、「2. 保険者機能の強化」のところですか。そのうちの12ページ、「(3) 調整交付金」についてでございます。調整交付金につきましては、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が基本的な役割だと思っておるところでございます。したがって、全国市長会といたしましては、その機能を損なうような措置を講じるべきではないということを通り返し発言させていただいております。現行の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すかどうかという議論があったわけですが、これにつきましては、見直しを行った場合、全国815の都市自治体がございませうけれども、どのような影響が出るのか十分に検証を行った上で、その結果を踏まえてこの見直しについて判断をしていただきたいということを再度お願いしておきたいと思っております。

また、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にいたしておりますけれども、それにつきましては、保険者に対する実質的なディスインセンティブになりかねないということも考えております。経過措置としてならばどうかということもございませうけれども、この点につきましてもより慎重に検討すべきであると考えております。

3点目は、23ページ以降、「5. 持続可能な制度の構築・介護現場の革新」のうちの「介護人材の確保等」についてでございます。介護人材の確保におきましては、介護職員の処遇改善や働きやすい環境の整備、また、介護職の魅力向上等、まずもって介護人材の総数確保につながるような対策を推進することが重要であると考えております。これらの取り組みを総合的・複合的に一層強化するということをお願いいたしたいと存じます。

加えまして、介護人材不足が特に深刻な地域に対しまして、人材の確保、育成、定着のための特別な支援が必要であると思っております。地域格差の是正につながるような地域の実情に即した支援対策を実施していただきたいとお願いをしておきます。

4点目は、37、38ページでございますけれども、「給付と負担」のうちの「(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。これもこれまで発言させていただいておりますけれども、要介護1・2の方に対する生活援助サービス等を地域支援事業に移行することについて、これは基

本的に慎重に対応すべきであると思っています。といいますのは、平成30年4月からようやく事業を開始した自治体も多くございます。そういう自治体はまだ2年しか経っていないわけでもございまして、総合事業の成果について、まだまだ十分には調査研究や現状把握等も行われていないということでございますので、要介護1・2の方のサービス提供の実態の分析もあわせて行いながら、その結果を踏まえた在り方の議論が必要であると思っています。

また、総合事業におきましては、多様なサービスの実施主体、担い手の確保といったものがまだまだ広がってきておらず、大きな課題となっている状況でございますので、要介護1・2の方につきまして地域支援事業に移行することは、明らかに時期尚早ではないかと考えているところでございます。

最後に5点目、46ページからの「その他の課題」のうちの47ページ、「(2) 住所地特例」についてでございます。住所地特例の拡大につきまして、自治体からも一部意見がございまして、その検討もなされているわけでもございますけれども、サービス利用者が住所地特例施設からその市町村内にあるグループホーム等へ住所を移した場合にどうするかということでございます。現行制度のもとでは、住所地特例対象のサ高住などに転入した際には、住所変更前の市町村が保険者となる特例対象だったものが、そのサ高住から同一市町村内のグループホームに住所を移した場合にはグループホーム所在の市町村に保険者が変わることになるわけでもございます。ただ、言ってみれば、保険者の取扱いは原則に戻るというわけでもございますけれども、もちろんその市町村にとりましては、新たに特例で前の市町村の負担だったものが原則に戻るということで負担が増えることになりませんが、逆に元の市町村にとりましては、本来移転して住所が変わっている人ですので、本来の負担になるということでございます。

この提案どおり特例を認めるということになりますと、新たな負担が発生する市町村から異論が出ることもあるのではないかとということで、市町村の間で個別ケースに応じていろいろ意見が分かれるところもあるかと思っています。ただ、非常に住所地特例が複雑になるということもございまして、そもそも提案されていますグループホーム等につきましては、あくまで地域密着型のサービスで、本来的には当該市町村の住民に対するサービスということで考えられているものでございます。また、先ほど言いましたように、給付費が重くなることにつきましては、調整交付金の算定のほうでこれまでよりも一層配慮されるということもございまして、直ちに住所地特例の対象を複雑化することはないのではないかと考えているところでございます。

意見としてお話しさせていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。
安藤委員、お願いします。

○安藤委員 ありがとうございます。

それぞれの議題について意見を述べさせていただきたいと思います。

議題1なのですが、この負担軽減に関する検討は非常に素晴らしいと思っておりまして、特に3ページにまとめていただいているICT等の活用のところですか。これは介護分野だけではなくて、他の行政の仕組みの中でICTの活用は必要であると思っております。今、国がやっているICT等の活用に関する検討と介護分野での検討を、それぞれ共有し、なお且つ個々に負担がなるべくかからないように正しくできるような仕組みを考えていただければありがたいと思います。

議題2なのですが、これまで私からの発言内容につきましても資料の中に反映していただいておりますが、再度、意見として述べさせていただきたいことがございます。繰り返しになってしまうのですが、我々としましては、介護保険の利用者負担原則2割への見直し、ケアプラン作成における利用者負担の導入、高額介護サービス費における医療保険制度とのバランスを踏まえた「現役並み所得」の基準見直し、そして、2割負担者の範囲の拡大について、この辺を確実に実施していただけますよう改めて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。

井上委員、お願いします。

○井上委員 まず、議題1につきましましては、大変素晴らしい取り組みだと思っております。簡素化、標準化、ICT化に向けて着実な検討が行われているということで、高く評価したいと思います。今、国のほうで自治体を含めたデジタル・ガバメントを推進するという議論が進んでおりますので、ぜひそちらとの連携を図りながら進めていただきたいと思います。

取りまとめの最後に記載されておりますとおり、今回の取り組みについて推進していくとともに、定期的なフォローアップ、改善のための見直し、対象の拡大といったことについても引き続き取り組んでいただきたいと思います。

議題2について、これまで縷々大きな方向性については意見を申し上げてきましたので、本日は事務的に資料2につきましまして、まだ白黒はっきり表現がないところについて5点ほど申し上げます。

7ページ、総合事業でございますけれども、総合事業につきましましては、私ど

もといたしましては、自治体ごとの事業の詳細な実施状況やアウトカムについて、まず提示いただくことが必要だと考えております。その上で対象者の弾力化につきましては、要介護認定を受けた場合に保険給付と総合事業によるサービスについて重複がないよう境界を明確にする必要があることから、現時点では反対をいたします。

サービス価格の上限の弾力化及び各市町村の事業規模の弾力化につきましては、各市町村における効率的な事業展開が阻害される懸念がありますため、現時点では反対をいたします。

次に27ページ、被保険者の範囲・受給者範囲でございますけれども、第1号被保険者の対象年齢を引き上げることにつきましては、ほかの制度との整合性を踏まえて慎重に検討すべきと考えております。

次に35ページ、ケアプランの利用者負担導入につきましては「利用者負担導入を検討すべき」という記載がございますけれども、私どもといたしましては、「利用者負担を導入すべき」と考えております。

次に38ページ、要介護1・2の方の生活援助サービスの移行でございますけれども、今後給付が増大していく一方で、人材や財源に限りがございますので、要介護1・2の生活援助サービスを地域支援事業へと早期に移行すべきと意見を表明したいと思っております。

最後に43ページ、2割負担の対象拡大でございますが、これも「拡大できないか検討が必要」となっておりますけれども、私どもといたしましては「拡大が必要」と考えておりますので、このあたりの意見があったということをしつかりと資料の中に反映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。

花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

資料1につきましては、書類に関する負担軽減はとても大切な作業だと思いますし、資料を拝見すると、国と都道府県、市区町村、そして、介護保険の指定事業者の負担を軽減するために検討されたものだと思います。

しかし、介護を必要とする人、介護をする家族にとっても契約に基づきサービスを利用するためにさまざまな書類が求められ、もう少しコンパクトにできないのだろうかという声も聞いております。ぜひ、エンドユーザーと呼ばれますが、利用者や家族、介護者のための文書負担の軽減も今後検討いただければと思っております。

資料2に関しましては、個々の論点についてはこれまでの意見の繰り返ししかないのですが、この中で幾つかの質問と意見を述べさせていただきたいと思えます。

(2) 補足給付に関する給付のあり方のところですが、28ページからの補足給付ですが、29ページの4番目のポツです。途中から「せめて食費は給付の対象から外すことを検討すべき」という御意見があります。食べることは生きることの基本であり、ましてや病気や障害がありながら生きる人にとっては、さらに重要なものだと思います。初歩的な質問となりますが、厚労省のデータを見ると、2017年度の補足給付は食費が932万件で給付費が3165億円、居住費あるいは滞在費は4万件で給付費が1149億円となっています。類型の数字ということでよくわからないのですが、補足給付を受けている人は、食費と居住費をセットで補助してもらっているということでしょうか。それとも食費だけ、居住費だけを補助してもらっている人もいるのかどうかをお聞きしたいと思います。

29ページには、預貯金の勘案について「500万円については見直しの余地がある」としています。本当に500万円の預貯金があれば補足給付から外しても大丈夫なののでしょうか。前回の資料にもありましたが、これは何度説明を聞いても簡単には納得できないところです。何事もなく年老いて、そのときまでならば生きていけますということなののでしょうか。もしその方に伴侶がいれば、家族のためには500万円は使えないわけですから、ここでも連れ合いの暮らしの手立ては自己責任ということになってしまいます。また、けがや病気になって医療費がかかっても、あるいは天寿を全うした時点で10年以上の時が経過してしまったらなど、不安は尽きません。

37ページ、要介護1・2の人への生活援助サービス等を総合事業に移すというテーマですが、これも改めて伺いたいことがあります。既に要支援1と2の人は、認定を受けていてもホームヘルプサービスとデイサービスの給付はありません。以前に厚生労働省が出した資料でも、給付費は認定を受けた一人一人に提供されるものであり、総合事業は運営する市区町村に事業費が渡されるものであったと思います。総合事業とは給付ではないという理解でよいのでしょうか。また、認定を受けなければ給付の対象にならないのに、認定を受けてもなお必要とされているサービスが給付されないという見直しには反対であることを改めて申し上げます。

43ページでは、負担能力のある人は負担すべきとありますが、所得や預貯金、あるいは補足給付で言われている不動産も含めて、高齢者にはどのぐらい負担能力があるのか、いまだはっきりしていないと思います。特に一定以上の所得とは、全ての高齢者の所得を見て、上から2割の人で相対的に負担能力がある

とされています。全体で見れば所得があることで、果たして負担能力があると言えるのでしょうか。前回の改正以降、今でさえ1割、2割負担の境界線上にある方にとって、負担増によるサービス利用を控えなければならない、自己負担の負担増により支出が大幅にふえ先行きに負担を持っている、1割でも大変なのにこれ以上負担がふえると無理といった声、これが現状だと思います。

過日の報道では、後期高齢者医療保険制度でも一定以上の所得のある人は2割負担にすることが検討されているとのこと。介護が必要な人は医療保険も利用しているわけですから、介護と医療、2つの社会保険を利用するときの負担が上がることとなります。ひとり暮らしの人、高齢夫婦の場合、あるいは介護離職したり、ひきこもりになっている子供を扶養している場合はどうか、より丁寧な分析が必要なのは当然ではないでしょうか。一定以上の所得がある人の支払い能力については、きちんとした調査をしていただくことを希望したいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見とともに質問が幾つかありましたので、事務局、コメントをお願いいたします。

○山口介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

まず、補足給付の関係で、食費と居住費の給付はセットではないのか、統計上差が出るのはなぜかという御質問だったかと思えますけれども、基本的には食費と居住費はセットで考えるものではあるのですが、居住費に関しては一部、特に医療系の施設の多床室の部分に関して、第2段階、第3段階の方には全て御負担をいただいているということで、出ないケースがあるということで、その居住費と食費に差ができていない原因になっているのではないかと考えております。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。

総合事業と給付との関係について御質問をいただきました。総合事業はあくまで事業ですので、総合事業といったときには保険給付とは別の扱いになります。今、御議論いただいている事項は大きく2つあると思っております。総合事業の対象者を弾力化するかどうか、こちらは事業を受けられる人の範囲をふやすかどうか、そういう御議論をいただいているというのが1点目です。一方で、制度の持続可能性のところについて言いますと、逆に今給付を受けている方を給付から事業に移すというような御議論があるということでございます。

が、給付から事業に移れば、給付の部分は当然その方は受けられなくなりますので、給付のかわりに事業を受けていただく形になります。

仮に総合事業の対象者をふやします、弾力化します、一方で移行はしませんという形になりますと、事業は事業、給付は給付、それぞれ対象者は決まってくると思いますが、ダブルで使えるケースも制度のつくり方によっては出てくるということでございます。

○遠藤部会長 花俣委員、ほかに質問も幾つかあったと思いますが、今の内容でよろしいですか。

○花俣委員 結構です。

○遠藤部会長 わかりました。

岡委員、伊藤委員の順でお願いします。

○岡委員 ありがとうございます。

私からは2点御意見を申し上げたいと思います。

まず1点目、議題の1に関してでございます。今回の専門委員会の「中間とりまとめ」に盛り込まれております内容につきましては、全般的に賛同するものでございまして、早急かつ確実に実行に移し、介護現場における業務効率化とそれによる生産性向上を実現していただきたいと思います。なお将来的には、保険者や事業者の皆さんがお使いになっているシステムが一元化、統一化されれば、官民双方の一層の負担軽減、生産性向上につながると思いますので、ぜひ国としてご検討いただきたいと思います。

加えて、参考資料1の12ページ、(5)の4つ目の○に「保険者機能強化推進交付金の活用」との記載がございしますが、そもそもこの交付金は自立支援や重度化予防の取り組みを推進するために創設されたものと理解をしております。文書に係る負担軽減はインセンティブを付与するまでもなく、当然に実施していくべきことでありまして、そうした取り組みに対して交付金を活用するのは、本来の目的から外れてしまうのではないかと考えます。

続いて2点目、議題の2について、皆様ご高承のとおり、介護における給付費は医療を上回るペースで増大しておりまして、このままいけば、現在の約10兆円から2025年には約15兆円、2040年には約26兆円にまで達するという政府試算が示されております。

こうした状況を踏まえますと、急増する給付費を一体誰が負担していくのかという点が大きな課題でございます。介護保険制度を将来にわたって持続して

いくための改革を3年後に持ち越すのではなく、今まさに決めなければいけないと考えます。

したがって、繰り返しになりますけれども、ケアプラン作成における利用者負担の導入や介護サービスの自己負担割合を原則2割にするといった負担面の改革、並びに生活援助サービスの地域支援事業への移行といった給付面の改革については、大所高所から考えて、この機会にしっかりと実行に移していただきたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、お待たせしました。

○伊藤委員 では、まず1つ目の文書の負担軽減のところ、全般としてこの文書の負担軽減というのはいいことだと思っております。特に処遇改善加算と特定加算の共通化というか、一遍にやったほうがいいと給付費分科会で私は提案しておりましたので、ぜひやるべきだと思っております。

参考資料1の6ページの人員配置のところですが「雇用契約書等その他の人員に関連する添付資料は求めないものとする」ということで、関係者の中での議論でそういう方向になっているようですけれども、指定要件にも常勤の者でなければならないなどというのはたくさんあるわけで、拳証資料なしで常勤ですよということになります。適切に手続が行われればいいのでしょうけれども、不適正な申請が増えたりしないようにさらに考えていただいて、指導監査も充実させていくようなことが必要だと思います。

資料2の論点ごとのほうですけれども、14ページのデータ利活用のところで、これも10月のときに申し上げておりますが、【これまでの議論】の1つ目のポツの一番最後に「なお」ということでちょっと書いていただいているのですけれども、このデータ利活用は非常に重要だと思っておりますが、その情報の取り扱いには本当に十分丁寧に扱っていただきたいと思っております。この点はまさに今年の健保法改正の附帯決議に盛り込まれました。NDBと介護DBも含めて、また「等」の情報について、「第三者に提供するに当たっては、医療情報等の機微性に鑑み、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下で提供の可否を判断すること」とされました。さらに、提供された情報が適切に管理されるよう、十分監督指導体制の整備をするのだということも政府に求められているところですので、ぜひそういう共通認識のもとにこの利活用を進めるということをここにも明記していただいて、共有していただきたいと思っております。

次に24ページ、人材確保ですけれども、ここは一番最初の総論の1つ目に「処遇改善」と出ておりますが、「外国人材の受入れ環境整備の取組を一層進めることが必要」ということもあわせて書いてありまして、ここはとにかくまず国内人材がこの業界から流出していくということが起きないように、処遇改善をさらに継続的に行っていく必要性をぜひ認識していただいて、ここに明記をされておりますけれども、あらためて共有していただきたいと思っております。

25ページ、3つ目に外国人材の受け入れが出ておりますが、アジアでの介護需要の急増を考えますと、安定的な人材確保対策だとは到底考えられないのですけれども、「外国人材を受け入れるための就労面や生活面の環境整備を進めることが必要」と書いてあります。介護保険でどういうことをやるのかわかりませんが、受け入れるのであれば、処遇改善加算がきちんと適用されているのかということも含めて、きちんと外国人材の処遇状況を把握していただきたいと思っております。

29ページ、補足給付のところですが、先ほども指摘がありましたけれども、預貯金勘案の基準を見直すということを行うとすれば、老老介護、8050（ハチマルゴマル）など、さまざまな世帯の状況によってこの基準が適切なのかということも丁寧に考えていく必要があると思っております。地域によっての地代や物価の違い、物価の上昇ということも考えた上で、こういう基準は決めていくことが重要なので、十分慎重に検討していく必要があると考えております。

ケアマネジメントの有料化、要介護支援1・2の地域支援事業化ということについて、介護と仕事を両立していくことがこれから本当に特に強く要請されていく中でその方向に逆行しないかと思うので、十分慎重に検討していかねばいけない問題だと思っております。

所得基準の見直しについては、前回も受給者ベースでどういう影響があるのかを示していただきたいと申しあげましたけれども、これについても特に「一定以上所得」の範囲を拡大するということになりますと、もともとそんなに高くない所得の方が2割負担になることの影響の大きさを懸念しておりますので、十分慎重に検討していかないといけないと思っております。

最後になりますけれども、これまで申し上げてきたように、仕事をしながら介護をしているという状況、それをできる限り可能にするような介護保険サービスの確保を切に願うところであります。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

石本委員、お願いします。

○石本委員 ありがとうございます。

資料1の文書量の半減については、現場としてはこういった議論が進むことは大変ありがたいと思っております。減らしていただくことで保険者ごとにローカルルールなどでばらつきがあったことに関しても一定は足並みがそろっていくのだらうと思いますが、先ほど他の委員からもありましたように、数年しますとまたちょっとずつばらつきが出てくることも考えられるので、引き続きのフォローアップをしっかりと行っていただければということをお願い申し上げます。

資料2につきましては、主に介護人材のところでは私どもは発言させていただきたいと思っておりますが、資料2の23ページから25ページまでが介護人材のことに触れてございます。とにかく介護を必要とする国民の皆様に過不足なく、かつ質の高いサービスを担保していくために、介護人材をいかに確保していくかが大事であるということ。その中で、資料でも触れていただいておりますが、まずは多様な人材を含めた新規参入をいかに促すかという視点。それと、今介護職で働いている方々をいかに離職させず定着させるか。それはただいるだけではなくて、質を維持・向上させるような取り組みの中できちんと位置づけてもらうようなアプローチが必要であると思っております。正しい位置づけをするためにこそ、有資格者とそうではない方々の役割や機能をしっかりと明確化することと、介護職もしくは介護福祉士といった価値をいかに創出していくかが大事であろうということを改めて申し上げたいと思っております。

私どもでも高度なマネジメントスキルを有すべく、認定介護福祉士養成研修が進み出しているところでございます。介護職の皆さんが夢や希望を持ちながら将来像を描けるような、やりがいや魅力を感じる環境整備が不可欠であるということを改めて申し上げ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。

橋本参考人、齋藤委員の順番でお願いします。

○橋本参考人 私から「介護予防・健康づくりの推進」という5ページ、6ページにあることなのですが、健康寿命の延伸ということで、健康寿命を延ばすということは、いわゆる要介護状態の重度にならずに、簡単に言えばぴんぴんころりというか、元気なまま寿命を全うすることを目指しているということかと思うのです。そういった場合に、通いの場の取り組みがすごく重要視されていますけれども、通いの場に参加することはすごくいいことだと思うの

ですけれども、それだけは健康寿命の延伸というか、要介護状態にならずに要支援とか、そういう軽い状態のまま生活できるということにはなかなか難しいところもあるので、介護保険がどんどんふえている現状があると思います。

例えば、来年からフレイル健診が始まると思うのですけれども、すごくいいことだと思うのですが、現実的にフレイル健診で高齢化して重度化にならないようにチェックしていくと。ただ、フレイル健診をしてその後はどうするのがまだ全然決められていないというか、議論されていないというか、私たちも医師としてどうすればいいのかがよくわからないところもあるので、フレイルで栄養状態が悪いですよとか、閉じこもりになっていきますよとか、いろいろな原因があると思うのですけれども、そういったところの対策ももう少し踏み込んで議論していただければ、健康寿命を延ばしていくというところに具体的に効果が出てくるのではないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

齋藤委員、お願いします。その次に藤原委員ということでお願いします。

○齋藤委員 ありがとうございます。

議題1につきましては、非常にわかりやすいまとめ方で大変ありがたい報告が出たなと思っております。早急に取り組んでいただいて、現場の記録に関するいわゆる本務以外のところの業務の効率化を目指していける報告書だと思っております。

議題2のこれまでの論点ごとの議論の状況なのですが、至るところに「介護離職ゼロ」、あるいは家族の介護負担ということが文言としては散らばっているのですけれども、これから老老介護であったり、独居であったり、あるいは仕事をしながら介護をしている人たちが増えてくるとすれば、この地域支援事業の中に家族介護支援事業が任意事業として位置づいていますけれども、この家族支援事業の実態がよくわかっていない状況があるかと思っています。

例えば家族のレスパイトであったり、介護する側の健康上の課題の把握、あるいはいろいろな相談、なるべく早期にそういった方々を医療につなげていくということも、今後機能としては非常に重要になるのではないかと思います。そういったことを考えていきますと、資料2の16ページの「多様なニーズに対応した介護の提供・整備」の中の一歩下のポツのところに、在宅支援サービスあるいは居宅支援サービスの整備をきちんと進めていくということが記載されているのですけれども、ここをしっかりとやっていくということと、先ほど言った地域支援事業の中の家族介護支援事業というものを、本当にこのまま任意で

いいのかということは議論されるべきではないかと思っております。今後は、包括的支援事業に上げていくことも必要になるのではないかと考えているところ です。

もう一点は認知症のケアのところ、資料2の22ページ、早期発見・早期対応の中で、先駆的な取り組みの横展開というものが記載をされております。これについては私どもが認知症の認定看護師等々、そういった専門性の高い知識や実践のスキルを持った方をこういった介護保険の領域で、そして、地域で、有効に活用していくということも含まれているのかなと認識しています。ケアの質の向上ということを踏まえていきますと、特別養護老人ホーム、グループホームへのコンサルテーションなども非常に有効に効いてきますので、ぜひこういったことは意識して取り組みを充実させていただ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。

お待たせしました。藤原委員、お願いします。

○藤原委員 ありがとうございます。

前回と前々回の部会において発言してきたことの繰り返しになりますが、2～3点意見を申し上げたいと思います。

初めに資料2の12ページ、保険者機能強化推進交付金についてです。【これまでの議論】の最後に、評価結果などの公表について記載がありますが、町村においては評価指標では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。このことを踏まえまして、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いたします。

次に、資料2の18ページ、医療療養病床から介護医療院への移行についてあります。2つ目のポツに、事前に見込まれていないものについての記載がありますが、小さな町村では事前に見込まれているものがあったとしても、移行によって介護保険料への影響が大きく、住民に多大な負担を強いることとなりますので、ぜひとも住民負担の軽減に資する財政支援を検討いただければと思いますので、よろしく申し上げます。

また、先ほど大西委員から言われました、住所地特例の件であります。もともと認知症グループホームはその地域の認知症の皆さん方のたまり場でありますので、よその人たちを対象にという考え方はないわけでありまして。住所地特例対象施設から認知症グループホームへの移動の場合には、その分のいろいろ

な財政負担については特別の対策をしていただいて、市町村に過大な負担がかからないようなことを考えていかなければならないと思いますので、その点もぜひ検討をお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

山本参考人、お願いいたします。

○山本参考人 ありがとうございます。参考人として出席しております、山本です。

議題1なのですけれども、私もこの文書負担軽減の専門委員会の委員をやらせていただきました。事業者も自治体も介護保険制度の維持のためにはそれぞれ役割と機能をしっかりと果たしていくことが必要でございまして、そのためにも負担を軽減できるところは軽減していく、本当に今まで求めていたものが必要なものなのかといったことで、そういった視点で見直しを図っていくことが重要だと考えたところです。

自治体のローカルルールということで、いろいろと委員会でも話題になりましたけれども、自治体でもかなり裁量を任されているところがありましたので、迷いながらそれぞれルールをつくってきたという経緯があったということで、今後標準化するところは標準化するというところで、それは国のほうによろしくお願いしたいと思います。

この専門委員会は、事業者と自治体双方の現状、考え方を互いに知ることができた非常に貴重な機会だったと考えております。その中で中間取りまとめということで具体的によくまとめていただきまして、ありがとうございます。

今後引き続き検討していくということでございますけれども、今後に向けて1点意見を申し上げたいのですが、処遇改善加算については、事業者の皆様、自治体もかなり負担が大きいということで、今後、2年目以降の申請手続、国様式を見直すということでまとめのほうに記載がございまして、処遇改善加算につきまして、今は毎年度計画と実績報告を届け出ることになっておりますけれども、例えば計画については加算を初めて取得しようとする初年度のみ届け出を求めて、その後は当初の内容を変更する場合のみ届け出を求める。一方で、加算が賃金改善の原資に充当されているかを確認することは非常に重要ですので、実績報告だけは毎年提出するといった方向ですね。これは処遇改善の制度のあり方にもかかわるかもしれませんが、ほかの加算と比較しても過重な負担となっていないかという観点からも、今後も慎重に検討願いたい

と思います。

我々といたしましても、これから指導監査のあり方、実地指導のあり方、ICT化に向けてしっかりと考えて実行していきたいと思いますので、また引き続き自治体と事業者の皆様と意見を交わしながら進めていければと考えております。

議題2ですけれども、認知症の関係でございます。22ページ、予防のところですが、4点目のポツで、「予防」とは「認知症にならない」という意味ではなく「認知症になるのを遅らせる」等々のこういった意味で「誤った受け止めによって新たな偏見や誤解が生じないように、取組を進める上で配慮が必要」とございますけれども、本県で行っております認知症の対策の協議会の中でも、認知症の御本人の方から、認知症の予防が強調されると、自分は予防ができなかった落第者なのかといったような御意見などもいただいていたところがございます。

これから認知症施策につきまして御本人の方、御家族の意見を尊重しながら、視点を重視しながら進めていく中で、予防という表現が本当になじむのかどうかということもこれまで黒岩委員や柏崎参考人からも発言があったかと思うのですが、神奈川県では今「認知症予防」ではなくて「認知症の未病改善」という表現を使ったりしておりますが、そういった考え方も取り入れながら今後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 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。

まず、資料1「『介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会』中間とりまとめ」についてです。私ども全国老人保健施設協会（全老健）と全国老人福祉施設協議会（老施協）との連名で「『介護職員処遇改善加算』及び『介護職員等特定処遇改善加算』の様式の統一化等に向けた要望」を厚労省に提出した経緯から、今までの処遇改善と今回の特定処遇改善の加算の申請書類等の一本化が提案されておりますことを、まずは感謝申し上げたいと思います。現場にとって、それは大変大きいことだと思います。

さらに今後、指定申請、報酬請求等に関して、ウェブ入力やデータ共有化等のICT化をどんどん進めていただけて、現場の負担を一層減らしていただきたいと思います。

次に資料2「論点ごとの議論の状況」については、3点申し上げたいと思います。

1点目、「持続可能な制度の構築」のため「『現役世代並み所得』『一定以上所得』の判断基準」の検討ということで、先ほどは介護保険の利用者の原則2割負担とのご意見もありました。しかし、非効率、または無駄なサービス提供の是正、補足給付の見直し、要介護認定にかかる費用をICT等によって削減するというような、今できる工夫がまだまだあると思います。私はまず、そういったことをしっかり行った上で原則1割を原則2割負担という検討をしていたきたいと思います。今の時点で原則2割負担は反対であります。

2点目、「介護人材の確保」の問題であります。これは本当に現場で喫緊の課題で、外国人対策もしっかりやっていただきたいと思いますが、何よりも日本の若い方々に介護福祉士を目指していただくにはどうすればいいかを考えていただきたいと思います。また、それを忘れないでいただきたい。処遇改善も大事ですが、介護現場の革新をスピード感を持ってやっていただき、介護現場は変わったなど、働きやすく、やりがいのある現場なのだということを若い方に感じていただけるような工夫が、今後とても重要ではないかと思えます。

3点目、「住所地特例」についてです。現在、特養の入所者は要介護3以上の方となっております、要介護1・2の方は入所できません。また、老健施設は在宅支援施設でございます。この要介護1・2の方は、まさにADLは比較的いいけれども認知症は比較的重度だというような、グループホームの入居に大変適した方が多いのも事実でございます。そのような方々が、老健施設にグループホーム待機として入所しておられるケースがあります。しかし現在、住所地特例が適用されていないために、なかなかグループホームに入居できないという事実もございます。グループホームは地域密着型サービスであることから、自治体の方々には反対の意見も先ほどからございます。一方で、「現行でも市町村間の協議で他の市町村でサービス利用が可能である」と書いてございますが、私は現実にもそのようなことでグループホームに入居できた例は存じておりません。

今後、認知症の方が急増するという現実を考えますと、グループホームの役割は大変重要になると思っております。そういう意味で、グループホームの利用を阻害することのないように検討していただきたいと思えます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

兼子委員、お願いします。

○兼子委員 喉の調子が悪いので、お聞きづらい点はお許しいただきたいと思えます。

通いの場ということでまず一つ申し上げたいと思いますのは、これから団塊の世代、あるいは団塊ジュニアがふえていくと言われております。私の場合はシニアクラブ、老人クラブの活動をやっているわけですが、これは地域において非常に大きな差はありますが、都市部などでは通いの場を住民主体で確保するといっても現実にはできない状況ですね。

例えば私の会で言いますと、市の中心部で月例会的なものは地域福祉センターといった公的な建物を利用しています。ただ、市の中心部になると、それも確実に確保できない。まして、きめ細かな通いの場ということ言えば、さまざまなサークル活動、グループ活動をやるとなると、ほとんどが会員の自宅、会員の親戚の利用されていない農地を使うなどの形で、場の確保がこれだけ通いの場と言われながらも十分できていないのが現実だと思えます。

これにどのような形で対応したらいいのか、自治体の対応なのか、あるいは介護保険の中でそういったことができるのかどうか、私はその点についてはわかりませんが、少なくともこれからの高齢化に向けてこういった通いの場が非常に重要であるということであれば、地域性や高齢化率といったものを踏まえながら、あとはさまざまな形で高齢者の社会活動のニーズ調査等もやられているわけですので、どの程度の器、場が必要なのか、こういった基準、確保策などについても検討いただいて、自治体、住民が理解できるような形で進めていただければと思います。

それから、前回も申し上げましたけれども、従事者の問題です。前回の資料で出されておりましたけれども、養成施設の定員枠に対して半数にも満たない入学者数、社会福祉士の場合においても大学等は定員に対して6割から7割の受験者と。言葉が過ぎるかもしれませんが、ある意味では、これはこれから介護現場を目指す若い人たちからかなり見放されている。ましてや、その家族にしてみれば自分の子供の将来ということでそういった場が選べるのかどうか。学校で学んで就職で迷うのではなくて、学校を受ける段階で選ばれていないということは本当に深刻な問題だと思えます。

一つは処遇の問題ですね。余り詳しくわからない点もありますけれども、加算という形での対応でいいのかどうなのか。仕事の中身、専門性ということでいろいろ違いはあるのかもしれませんが、例えば看護師の場合は、国で言いますと看護師職の給与の基準があるわけですが、それに準じたようなものをつくっていく、それに合わせていくような形と。それと教育で養成機関の専門性を高めて介護福祉士に対する信頼、専門性をきちんと付与し、従事した人が現場で自信と誇りを持ってやっていけるような形をとっていかないとまずいのではないかと思います。

順不同で申しわけございませんが、利用者負担の問題がいろいろ言われてい

ますけれども、私は基本的にこの介護サービスについて、ある意味では軽度の時点で専門的な方からの判断、援助がないと、誤った対応では重症化していくということで、基本的に入り口の規制を強化することは反対です。早いところでこの介護のサービスの必要性、専門家のかかわりということでもって、誰が利益を受けるのか。それは利用者が利益を受けるわけですが、社会全体が、家族もあるいは地域も、こういった負担をする国民や自治体、国においても、早期対応ということで重症化を防いでいくということでサービスを受けていく。介護保険の場合は主に高齢者ですが、今、高齢者の就労の問題も言われているわけですので、ある意味では企業にとっても早期に対応することで改善が早まれば、そのサービスは企業にもプラスになるのではないかと考えております。

この負担の問題ですが、私は保険料の問題も含めて、応能負担についてももう少しきちんと議論をしていただきたいと思っております。これはほかの公的な社会保険制度でもそうですけれども、保険料の問題あるいは事業主の負担の問題、公的な負担の問題で非常にばらばらになっているわけですが、私はこういった保険のあり方としては、まず保険料プラス事業主や公的な負担、このところでしっかりと財政的な見通しを立てていかないと、私はそこが応能負担になっていないと思っております。

介護保険で言いますと9段階になっているのでしょうか。最高額が100万円弱、あとは収入がどれだけあっても保険料の負担はないわけです。これは私的な保険と違いますので、公的な社会保険ですので、社会保障という観点からいっても、私は緩やかな応能負担のあり方を考えていく必要があると思うのです。そのことがないがために、サービス利用の問題などが絶えず審議会の中で毎回課題になって、ある意味では少しずつ負担が上がっていく、あるいは少しずつ利用の制限が進んでいるわけですが、そのあり方については望ましくないと思っております。

保険者についてどうしていくのかということですが、広い意味で応能負担、私は緩やかな累進性が望ましいと思っておりますけれども、そういうことであれば、今の第2号被保険者の件についても、改めて全世代が背負っていけるようなあり方に近づいていけるのではないかと考えております。

これは私の感想ですが、よく現役世代が負担していくのが限界に来ているというお話があるのですが、今申し上げましたように、現役世代と高齢世代の間の問題なのかというと、私はそれ以前に、所得の差によっての問題が大きいのではないかと。抽象的な言い方で申しわけありませんけれども、そのように感じておりますので、まず保険料の応能負担ということについてきちんとやっていくことが必要だと思っております。今のかかわりから申し上げまして、サー

ビスの利用の負担で2割、これはやるべきではないと。

ケアマネジメントの点ですけれども、これも有料化は利用の制限につながります。また、このケアマネジャーの立場ですけれども、中立的な立場ということについて真剣に考えていく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、濱田委員、山際委員、江澤委員の順番でお願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料1の文書量の件ですが、時期も含めて本当によく取りまとめていただいたと事務局の皆様方に感謝いたしたいと存じます。引き続き実行状況のチェックと、それから、これは量のことではございませんが、いわゆる各種署名ですね。署名をいただくということが、例えば御本人以外の御家族の方に同意をいただかないといけないような場合、職員が休日に出勤して署名だけをいただきに行くこともありますので、この幅といいますか、署名の日付の範囲なども負担軽減に、御本人の判断能力が低下していただきにくい場合も含めまして、御検討いただければと思っております。

資料2の36ページ、ケアマネジメントについてということで論点をお書きいただいておりますが、医療との連携も含めまして特に今後利用者負担が増大するというので、費用負担が軽減されるように、例えばインフォーマルサービスの活用などに加えまして、御承知のように、地域で暮らす要介護高齢者や介護者家族の超高齢化が進展をしております、いわゆる8050、80歳の方を50歳の家族の方が介護するというところから、今は9060（キュウマルロクマル）ぐらいと。恐らく2040年には10070（ヒヤクマルナナマル）、現在でもそういう方、100歳という方は多くありませんが、90代後半の方を70代の方が介護しているということも非常に増加してきております。要介護度が仮に同じでありましても、超高齢者の場合はIADLや予備力はかなり低下をされているということがございます。

こうした方々が安全・安心に在宅生活が送れますように、生活面での判断の補足も含めて、家族、介護者の補完的機能や、現在も行われているかと存じますが、ケアマネジメントについては、給付面に関して保険者の補完的機能も明確にしていく必要があるのではないかと思います。特に個々の保険者における給付費適正化のケアプランチェックは介護支援専門員も活用いただいております、システムとしてはこの段階のコントロールは有効に機能している

と考えます。ただ、対象をふやすにはチェックをする側のマンパワーが必要と
いうことがありまして、これらをどう進めるかということを考えております。

また、医療や介護サービスの利用者負担は今後増大傾向にございます。一方
で、2040年には団塊ジュニア世代を中心として低年金、低所得者が急増する、
負担はふえて所得、収入は減るといふギャップ構造の進展が避けられないとい
うことがございます。場合によっては生活に最低限必要なサービスを縮小せざる
を得なかったり、経済的に問題がなくとも認知症や経済的虐待、セルフネグ
レクト等により、見守りなく必要な介護サービスが利用できないような事態も
懸念されるということがございます。

ただ、入り口段階でケアマネジメントに現在のようにつないでいただくこと
で、個々の利用者の状態像、経済面、さまざまな面も含めて、時にはコストコ
ントロール、先ほどのインフォーマルなサービスも含めて、個々の利用者に応
じたサービスや社会資源をつなぐことも可能になりますので、居宅介護支援、
介護予防支援の現行給付を維持していただきたく存じまして、利用者負担の導
入には反対をいたします。

なお、これら医療との連携やインフォーマルなど、介護保険サービス以外の
多種多様な資源を活用する場合には、より質の高い高度なケアマネジメントを
求められておりまして、事務負担軽減によりまして困難事例に注力できるよう
に環境改善を図っていただきますとともに、介護支援専門員は全国統一の試験、
養成研修が行われておりますことに鑑みまして、事実上の国家資格者に相応し
た処遇の改善もお願いできればと思っております。

なお、他のサービスとの相違点ということでございますが、前々回に述べま
したが、ケアマネジメントによる支援は、曜日や時間帯あるいは責任区分が比
較的明確な他のサービスとは異なりまして、非常に生活全般にわたるものとい
うことでありますので、制度施行当初とはかなり変わりつつある現在の役割を
明確化していただきまして、社会システムの一部であるという位置づけにつ
きまして、明確にしていただければと存じます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。

議題の1について、私も委員としてかかわらせていただきました。議論の内
容を取りまとめていただいて、感謝申し上げます。

このまとめた中身はきちんとフォローアップしていくということと、野口委

員長からも御報告いただきましたが、ICT化の問題につきましては、ウェブ入力、電子申請、データの共有化、文書保管の電子化については令和2年度中に検討して結論を得るという中身になっていきますので、これを確実に進めるということが大事だろうと思っています。場合によっては、部分的に取り組んでいくと逆に手間をふやすことにもなりかねませんので、ICT化についてはきちんと方針を持って進めることが大事だろうと思っています。

また、ほかの委員からも意見が出されておりましたが、ケア記録の問題、御利用者さんとの契約にかかわる部分についても検討を広げて、こちらの手間、省力化についても検討を進めるべきだと考えています。

議題2のところですが、3点申し上げたいと思います。

まず、16ページの「地域包括ケアシステムの推進」の部分、一番下の「『介護離職ゼロ』に向けて」というところですが、御利用者さんが住みなれた地域で在宅で長く暮らし続けるというニーズに応えながら御家族の負担軽減も図っていくことが必要なわけですけれども、限られた人員で対応することになりますので、ぜひ複合的な機能を持った、こうしたものの整備を図っていくことが必要だろうと思っています。ここに記載があるように、看護小規模多機能、小規模多機能、これらの複合型の機能を拡充していくということで、第8期の介護保険の事業計画の中できちんと整備計画を位置づけて拡充を図っていくことが必要だろうと思っています。

2点目ですが、24ページ、介護人材のところですが、こちらについても同様に第8期の介護保険の事業計画あるいは支援計画の中に、現在は任意事項となっていると思いますが、介護人材の確保についても計画的に位置づけて進めていくことを求めたいと思っています。

最後に3点目、43ページのところですが、利用者の原則2割負担につきましては慎重に検討を進めるべきだということを改めて申し上げたいと思っております。前回改定で3割負担を導入されたばかりだということで、生活への影響がどうなるのか、介護は長く続きますので、生活への影響の状況をきちんと踏まえた上で慎重な検討が必要だと考えております。

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、お待たせしました。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、介護分野の文書にかかわる負担軽減に関する件でございます。私も委員として参加させていただきまして、野口委員長に取りまとめでいただき、感

謝申し上げます。

その検討会でも申し上げたことですが、まず、事故報告書の提出は極めて重要でありますので、継続していただきたいと思っておりますが、事業者の立場から申しますと、事故報告書を提出することが目的ではなくて、類似の事故の発生をいかに防止するかという観点が重要であります。今、全国の市町村には膨大な件数の事故報告書が蓄積をされておりますので、ぜひそれらを統計学的に解析、分析するなど、有効活用をしていただき、逆に現場にいい取り組み、好事例があればフィードバックをしていただき、ぜひ利用者のサービス、質の向上につなげていただきたいと思っております。

2点目は、事業者にとどの程度の負担軽減になったのかということ、自治体において負担増になっていないのかどうかということ、利用者のサービス提供において支障や不具合がないのかどうか、この3点はぜひ今後のフォローアップとして継続的に観察をしていただければと思います。

続きまして、議題の2ですけれども、6ページの一般介護予防ですが、要支援、要介護の原因の多くを占める生活習慣病対策が重要であると思っております。従いまして、介護予防においては重度化防止に加え要介護者の発生防止、これに取り組まなければなかなか難しいだろうと思っております。これまでの議論の中にそういった要介護の発生防止、当然若年世代あるいは中高年世代の生活習慣の見直しも重要になりますけれども、そういった通いの場においても住民の行動変容をいかに起こしていけるのかどうか、要介護者の発生防止という点についても取り組めることはやっていくべきだと思っております。

7ページ、総合事業ですけれども、現行通所介護、訪問介護におきましては、多くが従前相当サービスになっています。したがって、市町村にノウハウはないのが当たり前でございますので、ここはぜひ専門職、関係団体等と連携をしていただいて、医学的に成果があるような取り組み、ぜひ総合事業でそういったものに取り組めるように今後総合事業の質を高めること、現在まだまだ成熟過程にあると思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

14ページ、下から2ポツ目の最後に「日中の過ごし方などの情報について」ということで、これは大変ありがたく思っております。将来的にNDBと介護DBとVISIT、CHASEを連結する方向にあると思っておりますけれども、特に重要なのは日中の過ごし方です。リハビリテーション、口腔ケア、そういった加算は1日のごく一部の時間でございますが、例えば20～30分のリハビリテーションを行ったり、口腔ケアを行って、それ以外をずっと着がえもしないで日中パジャマのままベッドに寝ているようなことが仮にあるとすれば、当然自立支援に結びつかない。いかにベッド離床をして御本人に応じたアクティビティを提供して、生きがいを支援、実現していくか。この部分は基本報酬部分でありますので、

やってもやらなくても評価は変わらないわけですが、基本報酬部分、日中をどう過ごすかによってかなり自立支援には大きく影響が出ると思っておりますので、そのあたりはぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

16ページ、下から2ポツ目、第8期の介護保険事業計画におきましては、地域の特にこういって高齢者向け住まいの整備状況、あるいはその中で要介護3から5の方、重度の方も受け皿としてケアをしているところもありますので、過不足のない提供体制を第8期においてはぜひお願ひしたいと思ひます。

18ページ、【これまでの議論】の総論の1ポツ目に、これもありがたく思ひますが、ぜひ地域医療構想の進捗と第8期の介護保険事業計画の整合性をとって、リンクして、一体的に検討していただきたいと思ひます。

3ポツ目にACP（アドバンス・ケア・プランニング）の記載がありますけれども、ACPは本人の病状の理解を前提として、本人のみの、御本人の意思をいかに尊重していくかという話し合いでございまして、そして、御本人の意思が表示できるときに代理決定者をあらかじめ決めておくことで、前もっての話し合いのもとにプランニングがなされるものでございまして。

一方で「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が厚生労働省から推奨されています。これは昨年の診療報酬改定において、入院あるいは在宅医療において、このガイドラインにのっとって取り組むべきということが網羅されたわけですが、こちらの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、御本人の意思を最大限に尊重するために医療・ケアチームと合意を形成するというプロセスでございまして。一方で、ACPIは必ずしも医療・ケアチームでなくてもいいという状況でございまして。現状を考えると、在宅医療で医療・ケアチームが再々集まって繰り返し話し合いをするというのは極めて高いハードルだと思ひます。ACPとこのガイドラインは異なるものでございまして、今後はこのあたりの整理をしていただきたいと思ひます。

従いまして、仮に重度の認知症であったり、意識がない方において、事前の話し合いをしていなければACPは取り組めないということになっておりますので、このあたりの対応が必要だと思ひますから、ぜひ御検討いただきたいと思ひます。

その次に「看取り期にある者に対応する在宅限界を高めていく」とありますけれども、地域包括ケアシステムにおける住みなれた地域は御本人の選択によるということになっております。今、自宅に加えて手厚いみとりができるバリエーションは相当ふえておりますので、御本人の意思をまず尊重して、仮に自宅であればできるだけ御自宅のみとすることを考えますし、あるいはその他の施設系、住まい系、御本人の選択によってまた考えていくことが必要ではないか

と思っております。よろしくお願ひしたいと思ひます。

最後に給付と負担についてです。当然応能負担は進めていくべきと思ひますけれども、ぜひ新たに負担増になる方については、丁寧にきめ細かく説明をして理解を得る努力が必要ではないかと思ひます。

一方で、負担増は進めましても、抜本的な介護保険財政の解決にはならないわけですので、このあたりをどう考えるのか。特に2022年から2024年にかけて、団塊の世代の方が75歳以上、後期高齢者になられるわけですが、その間は社会保障費の自然増が8000億円を超えると推定されています。その後、10年後、2032年から2034年にかけては、団塊の世代の方が85歳に順次なられますので、2030年あたりから相当介護サービスの需要のピークが高まってくるわけです。としますと、保険料でどこまで支えられるのか、あるいは公費の投入の余地はさらにあるのかどうか、あるいはそのほかの財源のアイデアがあるのかどうか、これはしかるべき場所においてぜひ議論すべき喫緊の課題であると認識しております。

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。石田委員、お願ひします。

○石田委員 ありがとうございます。

3点ほど、まず資料2の37ページから39ページにあります軽度者への生活援助サービスということですが、要支援1・2の方が総合事業に移行するという中で、39ページの一番下にあります平成28年の12月に出された意見についてです。そこに書いてありますように、多様なサービスの展開が順調に進んでいないということがあります。実際にその後3年たっておりますけれども、この内容についてまだ余り大きな変化がないのではないかと感じております。中には本当にこれをきっかけにして地域おこしのような形で劇的に変わっている自治体はないわけではないのですが、全体に見てまだそれが進んでいないのが実情かと思ひます。そうすると、最後の行にありましたように多くの市町村が対応に苦慮している状態があるのであれば、要介護1・2の方々の移行についての検討は時期尚早ではないかと感じております。

さらにこうなりますと、介護度が要支援2なのか、要介護1なのかで、今の段階で大きく状況が変わってきます。以前にも何度か申し上げたのですが、この介護度を審査する介護認定審査に関しまして、プログラム、内容、プロセス、費用、時間の問題等を鑑みてもう一度見直していく必要があるのではないかと非常に強く感じております。先ほどちょっとありましたけれども、介護関連の

データが参考資料では15ページ、16ページにCHASEやVISITなどがあって、これから収集データが積み重ねられて、あと数年のうちにきちんと整備されていくと書かれてあります。これらのエビデンスに基づいて、介護の認定につきましても多くの方が納得できる、さらに費用を削減しながらできるような、そういう方向に向かっているのかどうかお聞きしたいと思います。

最後に、同じく42ページ、43ページの「現役並み所得」というところです。原則2割というのはもう少ししっかり考えて、本当にいいのかどうかと思っております。また「現役並み」という言葉も少し気になっておりました、現役というのは実際に働いている若年・壮年世代の方々だと思いますけれども、同じほどの金額の収入があっても、高齢世代につきましては医療や介護のリスクが非常に大きいので、金額が同じであっても状況が全然違うわけです。そういった方々に対してさらにこれ以上負担やら、もっと言えば3割ということ強いのは非常に苛酷な気がしておりますので、ここも慎重に検討していただきたいと感じます。

最近聞いたお話なのですけれども、両方とも80代の御夫婦なのですが、離婚をされたということです。その離婚の理由なのですが、世帯分離ができないのであればもう離婚するしかないではないかとなったそうです。これは現実の話でして、かつて「熟年離婚」という言葉がありましたが、こうなると「現役並み所得離婚」というものがこれからひょっとしたらあり得るかもしれないと思って大変懸念しております。この点については十分に検討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。

データ利用については、事務局への質問ですか。

それでは、老健課長、お願いいたします。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

データ利活用に関して、きょうお示ししている資料2の中で申し上げますと14ページでございます。これは江澤委員からも御言及いただいたところでございますけれども、今でございます介護DBでございますが、この中には認定情報も入っております。それから、レセプトデータが入っておると。VISITに関してはリハビリデータ、CHASEはそれ以外の認知症のデータ、栄養の状態などのデータが入っておるものでございます。私どもとしては、これを一体的に活用していくことを方向性として打ち出したいと思っております。このところでございます、そういうものが将来的に活用できれば現場にもいい影響がありますし、なるべく

それを負担のないようにということは心がけたいと思っております。

○遠藤部会長 よろしいですか。

ありがとうございます。

鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私はこの資料2の「介護予防・健康づくりの推進」で、ページで言うと6ページ、参考資料で言うと9ページについて、少し数値のことでお伺いしたいと思っています。今後のとても大事な議論に資する情報をいただければと思っています。

住民主体の通いの場が非常に重視されておりますし、そのことは資料の9ページによく書かれているのですが、その図を見ますと、通いの場の参加率が5.7%と平成30年度で5%を超えたということで、順調に伸びている。大変結構なことだと思いますし、この住民主体の通いの場は非常に大事だということとは理解しております。

その中でお聞きしたいのは、実際にこの5.7%の中で要支援1と要支援2の方が占めている割合はどのぐらいなのかということと、もう一点、平成26年から通いの場のこういった介護予防事業、総合事業が行われてきて、要支援の方々が4年間の中で通いの場を通じて状態像がどう変わったのか。例えば要支援1というものが維持・改善されてきたのかどうか、悪化がどのぐらいあるのか、そういったデータがもしあればお伺いしたいと思います。

というのは、今後要介護1・2の軽度者がこういった総合事業に入ってきたときに、これまでもいろいろなところで質問等などでも出ておりますけれども、そういった基本的なデータがないと議論がなかなかできないのではないかと考えておりますので、もしおわかりになれば教えていただきたいと思います。

○遠藤部会長 老健課長、お願いします。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

参考資料2で申し上げますと、9ページでございます。これは直近の値にバージョンアップしたものでございます。この中で参加者がどのような要介護度分布であるかに関して、今すぐお答えできるものは手元にはございませんが、こちらの一般介護予防の検討会ではお示ししておるかと思っております。そこはまた別の機会を捉えて情報提供をさせていただきたいと思っております。

一方で、追跡をするということに関しては、なかなか市町村にとっても大変

事務負担もあることをございます。これに関しては何がどこまで用意できるのかわかりませんが、そこも見繕ってみたいと思います。

○遠藤部会長 鈴木委員、よろしゅうございますか。

○鈴木委員 ぜひそういうデータを。

○遠藤部会長 では、対応可能なものについては事務局から対応をお願いいたします。

ほかに何かございますか。

松本参考人、お願いします。

○松本参考人 ありがとうございます。

まず文書の負担軽減の件ですが、こういった形で標準化、ICT化を進めていただくことによって、人材不足の対策にも寄与するのではないかと考えます。そういった点で、必要人員数への影響、サービスの質の向上といった視点も入れていただくと大変ありがたいと感じております。

持続可能な制度のための給付と負担の見直しに関係することになりますが、前回の法改正のときに介護納付金の総報酬割というものが導入されまして、健保組合全体にその影響が大きくあらわれております。総報酬割ですから、応能負担ということになります。被用者保険だけ応能負担になっておりまして、被用者保険以外は従前の加入者割のままになっております。健保組合全体の介護納付金の額ですが、今年度9000億円を超えました。4分の3総報酬割導入で9000億円を超えております。総報酬割導入前の2016年度と比べると1700億円ほど増加しておりまして、健保組合の被保険者1人当たりの介護保険料が10万円を超えたというのが今年度初めてになります。来年度、いよいよ全面総報酬割となりまして、さらなる負担増が想定されますので、負担軽減などの配慮について要望しているところでございます。

その一方で、介護保険料への負担転嫁という形で国費が捻出されて、社会保障費の削減、あるいは各種の政策に活用されているといった状況ですので、その点、十分に御理解をいただきたいと思っております。

その上で、インセンティブの交付金なのですが、現在200億円の財源ですが、この増額を求める御意見が出ております。さまざまな努力をすれば交付金ももらえるということではなくて、保険料負担の軽減につながるようなアウトカムを求めていただきたいと思っております。また、こうした取り組みを定着させるには、インセンティブだけではなくてペナルティーの考え方も必要ではない

かと考えております。

参考資料2の110ページに地域支援事業の関係の資料が出ていますが、これをごらんいただくと、介護保険の財源構成がわかるようになっております。公費5割で保険料5割、そのうち2号被保険者の保険料が27%ということになっております。上半分が2号保険料が入る部分ですが、介護の給付費だけではなくて総合事業の費用も入っております。一般介護予防事業もこれに含まれます。こういったこともありますので、総合事業につきましても、ぜひ効率化、効果的な事業展開をお願いしたいと考えております。

一般介護予防事業の推進方策に関する議論の中で、この総合事業の費用の上限額の見直しを求める意見が出ていますが、これについては法改正当時の合意事項でもありまして、また、現在の不安定な実施状況などを踏まえまして、現在の上限の取り扱いを維持すべきであると考えております。

このほか、改革工程表のさまざまな給付と負担の見直しの課題につきましても、今回の改正で極力前に進め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。

大体予定していた時間になりましたが、よろしゅうございますか。一通り御意見は承ったと思います。ありがとうございます。

本日、いろいろな御意見をいただきましたので、事務局におかれましては、それらを踏まえて所要の対応をお願いしたいと思います。

それでは、本日の部会はこれにて終了したいと思います。

次回の日程について、事務局、何かありますか。

○栗原企画官 次回の部会につきましては、追って御連絡させていただきます。

○遠藤部会長 それでは、これにて部会を終了したいと思います。

どうも長時間、積極的な御意見をありがとうございました。