

○栗原企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第88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。

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

報道関係の方に御連絡します。

冒頭のカメラ撮影はここまででございますので、御退席をお願いいたします。

(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、こんにちは。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、岡委員、黒岩委員、兼子委員が御欠席でございます。また、佐藤委員がおくれて御到着の予定です。

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

まず、議事に入る前に、事務局から資料の確認をお願いいたします。

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

操作等で御不明点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1-1「『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会』（地域共生社会推進検討会）の検討状況について」。

資料1-2「地域共生社会推進検討会 最終とりまとめ（案）」

資料 2 「『一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会』取りまとめ」。

資料 3 「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）」。

資料 4 「制度の持続可能性の確保」。

参考資料 1 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」、これは取りまとめの本体でございます。

参考資料 2 「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）（参考資料）」。

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。

本日は、議題 1 から議題 3 までを通しまして、事務局から関連する資料の説明をまずはお願いしたいと思います。

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

資料 1 - 1、地域共生社会推進検討会の検討状況についての資料をごらんください。

介護保険部会におきましても地域共生社会推進検討会の検討状況については 3 回御報告させていただいてきたところでございますが、去る 12 月 10 日、最終取りまとめ案が出てございまして、議論が最終局面に来ておるところでございます。その状況について、御報告させていただきます。

1 ページ目をごらんください。「2 主な検討項目」でございまして、この検討会は次期社会福祉法改正に向けた市町村における包括的な支援体制の整備のあり方について御議論いただいているところでございます。「4 審議スケジュール・開催状況」にございまして、第 9 回、12 月 10 日に最終取りまとめ案が出ているところでございます。

少し資料は飛びまして、5 ページ目をごらんください。8050 問題、社会的孤立など、生きづらさの問題が指摘されておりました、御家庭全体で問題を抱えられているケースもふえてきている状況でございます。そういうものに対応していくために、市町村が包括的な支援体制を整備していくことが求められてございます。具体的には、5 ページ目に書いてありますような 3 つの支援、断らない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援、これを一体的に実施する事業を創設してはどうかという御提案をいただいているところです。

6 ページ目をごらんください。新たな事業の枠組みについて記載させていた

だいてございます。2つ目の>で、今申し上げた事業につきましては市町村の手挙げに基づく任意事業にしていくという御提案とか、3つ目、新たな事業の実施に要する費用につきましては、社会福祉法の中に規定することを想定していますが、市町村の支弁の規定及び国等による補助の規定を新設していき、それに伴いまして、国の補助につきましては、一本の補助要綱に基づく申請等により、制度別に設けられた各種支援の一定的な実施を促進していくということで、切れ目ない支援、はざまのない支援を実現していきたいと思っております。

7ページ目をごらんください。新たな事業についてのイメージでございます。上の文章と下の図をあわせて見ていただければありがたいですが、上の文章という2つ目の○です。今回の事業創設に際して、複合的・複雑的な課題が存在している場合には、青い人のマークのところに「新」と書いてございますが、多機関の中核の機能を強化していく、支援者間の調整をしていくということで、地域とのつながりを構築する参加支援などにもつないでいくこととか、3つ目の○でございますが、支援ニーズが明らかでないケースもございます。アウトリーチなどもして、お困り事を抱える住民の方に支援を届けるという体制を構築しながら関係性をつくっていくということを想定してございます。4つ目の○でございますが、今申し上げた多機関中核の機能、また、そのアウトリーチをしていくような機能を強化しながら、既存の関係機関には今まで同様に業務をしていただく中で、市町村全体でチームによる支援を進めて、断らない相談支援体制を構築していくというところでございます。ワンストップ窓口をつくっていくことを必ずしも求めているものではなく、市町村全体でチームによる支援をしていくということを想定しておるところでございます。

8ページ目でございます。新たな事業の枠組みというところでございますが、今申し上げた3つの支援につきまして、少し図示して整理をさせていただいております。特に1番目の断らない相談支援と3つ目の地域づくりに向けた支援につきましては、各制度の補助事業、各分野からさまざまな補助金や負担金等が支出されてございますが、これを一体的に執行するような枠組みをつくってまいりまして、相談支援のところにつきましては属性を超えた相談支援を推進していく、また、地域づくりのところにつきましては市町村における多様な居場所や参加の場の創出を促進していくことを目指してございます。

具体的に対象となる事業につきましては、検討中のものがございますが、9ページにおきましては、各種相談事業の財政支援の状況という資料をつけさせていただいておりますが、介護の分野で申し上げますと、一番上の事業、地域包括支援センターの運営費などが想定されるところでございます。

地域づくりの部分につきましては、10ページ目、一番上の部分でございます

が、生活支援体制整備事業、コーディネーターの配置とか、協議体の設置とか、一般介護予防事業が想定されるところでございます。

11ページ目でございますが、介護、障害、子供、生活困窮の各制度から拠出する際の基本的な考え方について、最終取りまとめ案の中でも、有識者の方々に御議論いただき、まとめていただいているものですが、2つ目の○です。介護、障害等の既存の各制度における基準額や補助率が異なることを踏まえて、事業費を積み上げていくわけですけれども、積み上げ方とか配分方法については検討を行う必要があるところです。その際には、既存の制度からの拠出について、拠出が特定の制度に偏らないように合理的なルールに基づく機械的な方法により按分することが必要であるといった意見とか、現在の取り組みを継続できるような交付水準を保つべきといった意見があったところでございます。それらを踏まえて、より詳細を検討すべきというまとめをいただいているところです。また、3つ目の○ですが、各経費の性格の維持など国による財政保障にも十分配慮することが必要ということで、シーリングで義務的経費とされているものについては引き続き義務的経費とすると整理できるような仕組みとするべきであるという御提言もいただいております。こういうことも踏まえながら、我々としては、次期通常国会を念頭に置いてございまして、社会福祉法改正も視野に入れながら検討をさらに進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○眞鍋老人保健課長 続きます。資料2、参考資料1を用いまして、「『一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会』取りまとめ」について御報告をさせていただきたいと思っております。

資料2をごらんください。

1こま目が、開催の経緯をまとめたものでございます。本年3月の当部会におきまして、この検討会を設置することについて御了承いただきました。5月から検討を開始してきてございます。その下にありますとおり、計9回、12月9日に第9回目の検討会を開催いたしまして取りまとめに至ったものでございます。その途中、8月23日には中間取りまとめを実施いたしまして、当部会には8月29日に中間的な報告をさせていただいているところでございます。構成員は、その右側の表にあるとおりでございます。当部会からも、遠藤先生を初め、多くの方々に御参画いただいたところでございます。

2こま目でございます。取りまとめの概要でございます。ポイントは2つございます。通いの場の取り組みを始めとする一般介護予防事業は、住民主体を基本としつつ、効果的な専門職の関与も得ながら、従来の介護保険の担当部局の取り組みにとどまらず、多様な関係者や事業等と連携し、充実を図ることが

必要である。また、こうした取り組みをより効果的・効率的に行うためには、PDCAサイクルに沿った推進が重要であり、市町村・都道府県・国がそれぞれの役割を最大限に発揮すべきというまとめにさせていただきます。具体的にもう少し詳細を申し上げますと、具体的方策といたしましては、通いの場などの介護予防の捉え方といたしまして、現在私どもが御報告いただいているようなもの、介護保険による財政的支援を行っているものに限らず、幅広い取り組みが通いの場に含まれることを明確化しました。その取り組みを類型化し、事例集等を作成し、自治体や関係者に周知をしていくこととしております。また、役割がある形での社会参加も重要でありまして、ボランティア活動へのポイント付与や有償ボランティアの推進に加え、就労的活動の普及促進に向けた支援も強化していくという捉え方をしてございます。その後、(1)、(2)、(3)と続くわけでございますけれども、その(1)は地域支援事業の他の事業との連携方策や効果的な実施方策やあり方についても取りまとめをしてございまして、連携の必要性が高い事業といたしましては、こちらの注釈に※印をつけておりますように、地域ケア会議とか、短期集中予防サービス、あるいは生活支援体制整備事業などがあります。こういうところとの連携を進めることが重要であります。また、現行制度の見直しといたしまして、総合事業の実施しやすさや利用者のサービス利用の継続性に配慮していくことが必要と取りまとめておりますが、ここはこちらの部会でも議論いただいておりますけれども、総合事業の対象の弾力化とか上限価格の見直しにつきましては両論にしております、こちらは本検討会での議論も踏まえていただき、引き続きこの部会等で検討をするという取りまとめ方になっているところでございます。

3こま目でございます。(2)としまして、専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策ということでございます。その中の1)でありますけれども、幅広い専門職との連携を推進しましょうということを書いてございます。また、この中には、今年健康保険法改正で成立いたしました後期高齢者医療制度とのコラボというか、一体的な実施も踏まえることが書かれております。その隣、2)でございますが、地域リハビリテーション活動支援事業のあり方も、都道府県、市町村、それぞれ都道府県医師会や郡市区等医師会と連携し進めていくことがまとめられております。(3)がPDCAサイクルに沿った推進方策でございます。こちらは、アウトカム指標、プロセス指標、それぞれを案としてまずは整理しているものでございます。その際、保険者機能強化推進交付金の指標と整合を図ることが望ましいということで取りまとめております。また、それを推進するための方策といたしまして、2)でございますが、それぞれ、市町村、都道府県、国として、このようなことを行うべきということで取りまとめを行ってございます。

最後の4こま目でありますけれども、介護予防に関する成果の評価イメージをこの左上の中に入れておりますけれども、一般介護予防事業の利用者から高齢者全体を対象とするそれぞれの段階での指標があり得るのでしょうかということ、例えば、通いの場に参加する高齢者の状態の変化とか、それを使っていない方でも社会参加を拡大する方とか、高齢者全体で見たときには幸福感の向上とか健康寿命の延伸などが考えられるのではないかとということでございました。

5枚目でございますけれども、今後の進め方について論点を2つお示しさせていただきますいております。この一般介護予防事業の推進方策に関する検討会における取りまとめを踏まえまして、専門職の関与も得ながら、通いの場等の介護予防の取り組みの充実が図られ、また、PDCAサイクルに沿った推進が図られるよう、環境整備を行っていくこととしてはどうか。本取りまとめにおいて、アウトカム指標等が整理されたことを踏まえ、今後保険者機能強化推進交付金について検討する際は参考にしていくこととしてはどうかという論点にさせていただきます。

参考資料1を用いて、指標についてももう少し注釈を加えさせていただきたいと思っております。

参考資料1の18ページをお開きいただければと思っております。こちらの横長でございますけれども、「1. 成果を評価する指標」の「高齢者全体」の中で、具体的な評価項目として、健康寿命延伸の実現状況とか、あるいは住民の幸福感の向上という御説明をしたときに、特に中間報告をさせていただいたときに、鈴木委員からだったと思っておりますけれども、それぞれの指標について、御質問、御意見をいただいたところでございます。こちらは、御案内のことでございますけれども、健康寿命に関しましては、これは健康局で取りまとめておるところでございますけれども、要介護2以上になるまでの期間を日常生活が充実している期間として算出するといった補完的な指標が示されております。それが参考にできるのではないかとということでございました。また、こちらの幸福感に関しましても、こちらは標準化されていないという御意見をいただいたところでございます。ここは、評価項目としつつも、この指標のあり方については引き続き検討する必要があることを注釈としてつけ加えさせていただいたところでございます。

資料2及び参考資料1に関する説明は、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。

私から、議題3「とりまとめに向けた議論」に関しまして、関連する資料は、

資料3、資料4になりますが、資料3について御説明申し上げます。

資料3をお手元に御用意ください。「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）」でございます。

こちらは、本年2月以降に御議論いただいてきた令和3年度からの第8期計画期間に向けた制度の見直しにつきまして、本部会の意見の取りまとめ文書の素案として整理させていただいたものでございます。前回まで提示させていただいておりました資料「論点ごとの議論の状況」をベースに作成させていただいております。

ページをめくっていただけますでしょうか。目次がございます。こちらの上のほうにありますとおり、「はじめに」、「地域共生社会の実現」ということで、人口高齢化が進む2025年に向けて、さらには現役世代の減少が進む2040年を見据えた制度の見直し、地域共生社会の実現に向けた制度の見直しを進める必要がある旨をこの部分で記載させていただいた上で、2月以降御議論いただいてきた5つの検討事項は、目次のところにありますとおり、1つ目、介護予防・健康づくりの推進、2つ目、保険者機能の強化、3つ目、地域包括ケアシステムの推進、4つ目、認知症施策の総合的な推進、5つ目、持続可能な制度の構築・介護現場の革新、それぞれにつきまして、また、加えて、要介護認定制度、住所地特例につきましては、一番下のところのその他の課題というくくりで整理させていただいた上で、議論、意見をそれぞれ整理させていただいているところでございます。

「2. 給付と負担」に関しまして、22ページをごらんいただきたいのですが、（2）から（7）、補足給付、多床室、ケアマネジメントに関する給付のあり方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方、高額介護サービス費、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準につきましては、本日、別途、資料4「制度の持続可能性の確保」として資料を提出させていただいております。本日の議論を踏まえて、追記させていただきたいと考えております。

また、一番最後の「おわりに」、25ページになりますが、こちらも今後追記とさせていただいております。本日の議論を受けて、全体を踏まえて追記させていただきたいと考えております。

資料3についての説明は、以上でございます。

○山口介護保険計画課長 続きまして、資料4につきまして、介護保険計画課長から御説明申し上げます。

2ページ目ですけれども、先ほど企画官の栗原から御説明申し上げた8つの項目が並んでおります。そのうち（1）と（8）につきましては、素案の中にあるように、引き続き検討という形でまとめさせていただいております。この資

料は、（２）から（７）までについて検討した内容が書いてあります。これまでの御意見を踏まえまして、今回、案をお示しするものと引き続き検討とさせていただきます。それぞれ順を追って説明をしたいと思います。

まず、（２）の補足給付でございます。こちらにつきましては、５ページ目に案をお示ししております。補足給付につきましては、食費・居住費の負担をいただいている中で、低所得の方には一定の給付という形で支援をさせていただいているということですが、この補足給付について、現状の補足給付の段階を保険料の所得段階とまずは整合させることと能力に応じた応能負担とさせていただくという内容の提案になっております。５ページ目の下の表でございますけれども、真ん中の欄、「補足給付段階（現行）」がございます。第１段階、第２段階、第３段階、第４段階とありますけれども、この第３段階を「保険料段階」と比べてみると、「保険料段階」につきましては、年金の収入８０万円から１２０万、１２０万から１５５万という形で、２つの段階に分かれております。こちらについて現行補足給付の段階では分かれておりませんが、これを保険料の段階に合わせて２つに分ける。その上で、後半、より負担能力がおありの方については一定の御負担をさらにお願いをすることを考えております。具体的な内容につきましては、参考資料にも書いてありますけれども、説明しますと、算出式が絵の上のほうに点線の四角囲みでありますけれども、現在、第４段階の方、下の図は特別養護老人ホームの多床室の場合ですけれども、実際にその算定に使ったのは３施設の平均を使っております。本人の支出額は、第４段階では１１．１万円、第３段階の後半の方の本人支出額は６．８万円になっておりますので、その差額を見ると４．３万円となっております。これを２で割る。半分は今回の第３段階後半の方にも御負担いただきたいということで、端数処理の関係で若干数字はずれますけれども、２．２万円の見直し額ということで、この段階について、今まで第３段階から第４段階というところが非常に急な崖になっていたのですけれども、そこに後半に１ステップを設けるということで、よりなだらかなこの負担の構成にしたということでございます。

６ページ目でございます。こちらにつきましては、ショートステイの関係でございます。施設入所者と同様にショートステイを利用する方にも補足給付は出ていたわけですが、ショートステイにつきましては、在宅サービスであるということで考えると、例えば、ほかのデイサービスなどとの均衡を考える必要があるのではないかということでございます。６ページ目の図の右側に緑色の柱がありますけれども、こちらがデイサービスを利用されている方の御負担額ということで、これは要介護３、７時間から８時間利用の場合で、介護報酬の１割の負担プラス昼食代ということで、１、３３０円とありますけれども、こ

こちらの昼食代につきましては、400円で見込んでおります。ただ、実際を見ると、事業者によってこの昼食代はかなり幅があるということで、大体400円から800円ぐらいの間で幅があるということがありますので、こちらにつきましては、まず、最低額400円で見込むと1,330円、実際はもう少し負担されている方もたくさんいらっしゃるということで、さらに、7時間、8時間利用ということで、ショートステイと比べると、ショートステイは宿泊サービスになりますのでずっと時間は長いわけですがけれども、こちらについて、より長く利用される場合にはさらに御負担もふえるということですし、食事代についても、1食というデイサービスの前提とショートステイの3食という前提は違うということがございます。こういったことを踏まえて考えると、ショートステイについてももう少し御負担をいただくことが負担の公平の観点からは必要なのではないかとということで、見直しをさせていただくことにしております。額につきましては、ここに書いてございますとおり、第1段階の方が300円、第2段階の方が合計で600円、今回の追加の負担をお願いする部分も含めて600円、第3段階の前半の方が1,000円、後半の方が1,300円という形で御負担いただけないかと考えております。

7ページ目でございます。補足給付の3つ目の見直しの内容は、預貯金の勘案の話でございます。こちらにつきましては、今まで、預貯金について、単身の方で1000万、夫婦で2000万以上の預貯金を持っている方については、所得が少なくても補足給付を御遠慮いただいていたということがございます。これに関して、この1000万・2000万という基準につきましてはどういう決め方をしていたかということ、第2段階のユニットの個室に入っている方を想定して、その人が仮に年金が3万円しかないという場合にも、10年間、ユニットの個室に入所できる水準として、まず、500万円、それにバッファとして500万円を乗っけて1000万円という決め方をしていたのですけれども、こちらについても、収入の状況あるいは入っている施設によって支出の状況も変わってくる、もう少しこれを精緻に見ることができないかということで、まずはその補足給付の段階別に預貯金の基準も決めていったらどうかというところが出発点でございます。こちらについて、それぞれ今までユニットの個室を念頭に置いていたのですけれども、実際はいろいろな施設があるということで、まずは平均をとってみようということで平均を出してみました。さらに、この平均と比べて、10年プラスバッファということではなくて15年入った場合、15年で大体特養の場合は98%ぐらいの方が15年未満で退所されるということですし、老健とか療養型に関しては、99%以上の方が15年未満で退所されるということがありますので、今まで10年と言っていたけれども、15年を見ることで、より精緻にその生活実態に合わせた御負担の水準を決められるのではないかと考えてござい

ます。まず、第2段階の方は、施設の平均の本人負担額と比べた場合、年金額3万円で15年入所する場合に幾ら貯金が必要かということが、この真ん中の図の点線の四角囲みに書いてあります。611万円でございます。第3段階の前半の方については375万円、第3段階の後半の方については209万円ということで、これだけの貯金があれば15年間入所ができるということでございます。こういった中で、第3段階の方々、それぞれ、そのまま、375万円、209万円の預貯金基準まで引き下げるかということ、仮にこういう方がユニットに入っている場合にはどうしてもこれでは足りなくなるということもありますので、ここはユニットの個室に10年間入れるという当初の考え方も勘案しましてこの水準を決めていくことにしたいと考えております。そうやって考えた場合に、それぞれ段階ごとの預貯金の基準は、第2段階の方は650万円、第3段階の前半の方は550万円、第3段階の後半の方は500万円としてはどうかという御提案をさせていただいております。

続きまして、8ページ目、多床室の室料負担でございます。こちらにつきましては、いろいろ御議論いただいた中で賛成・反対とあったわけですが、慎重に考えるべきというお立場の方からは、介護医療院などは生活の場としての機能だけではなくて医療サービスや在宅支援も提供する施設であることとか、あるいは、現在、医療療養病床から介護医療院への移行を促進している中で、この移行にブレーキがかかるのではないかという御懸念が示されたところでございます。一方で、積極的な立場の方からは、現在現役世代の負担は限界に達しているということで積極的に見直しを行うべきだという御意見とか、あるいは在宅と施設の公平性の観点からも見直しを行うことが適当だという御意見をいただいたところでございます。こういった御意見を踏まえて、今回の取りまとめの中では、多床室の室料負担について、一番下の○ですが、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の観点から引き続き検討を行うことが適当と考えられるということで、まとめをしてはどうかということでございます。

9ページ目でございます。ケアマネジメントに関する給付のあり方についても、さまざまな御議論をいただいたところでございます。こちらにつきましても、給付の見直し、すなわち、利用者負担を導入することについて、慎重な立場の御意見もございました。特に、ケアマネジャーは保険者の代理人であるというお考え、市町村のかわりを担う立場という中で、利用者負担を求めることになじむのか疑問であるという御意見とか、あるいは、利用者負担をいただくということで利用者や家族の言いなりにならないかという御懸念も示されたところでございます。その一方で、積極的に見直すべきというお立場の御意見としては、能力のある人は負担していただくことが重要だということとか、ある

いは、介護保険制度は既に創設から20年がたっておりますので、サービス利用も定着している中で、ほかのサービスとの均衡を考えて見直しを検討すべきだという御意見もございました。こういった御意見を勘案しまして、今回、取りまとめの中では、9ページの一冊下の○ですけれども、ケアマネジメントに関する給付のあり方については、利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等、幅広い観点から、引き続き検討を行うことが適当と考えられるという取りまとめでどうかと思っております。

10ページ目でございます。「軽度者」と呼ぶのが不相当だという御意見もありましたけれども、要介護1・2の方の生活援助サービス等に関する給付のあり方につきましても、総合事業の住民主体のサービスはまだ地域ごとに非常にばらつきがあるという状況の中で、まずは現行の総合事業における多様なサービス提供体制の構築等を最優先に検討すべきであるという御意見、実施主体の担い手不足が解消される見込みもない中で現段階での判断は現実的でないという御意見がありました。その一方で、積極的に見直すべきというお立場からは、人材や財源に限りがある中で専門的なサービスを必要とする重度の方に重点化することが必要であるという御意見とか、あるいは、大きなリスクは保険制度、小さなリスクは自己負担という考え方に基づいて、給付と負担にメリハリをつけることが必要であるという御意見がございました。

こういった種々の御意見を踏まえ、11ページ目の一冊下の○ですけれども、要介護1・2の方への生活援助サービスに関する給付のあり方については、総合事業の実施状況、介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響などを踏まえながら、引き続き検討を行うことが適当という形で取りまとめをしてはどうかと考えております。

高額介護サービス費につきましては、13ページ目をごらんいただければと思います。高額介護サービス費の上限額につきましては、今まで歴史的にも医療保険の多数該当の基準に合わせてきているということがあります。医療保険の多数該当の基準は、既に現役並み所得の方々の区分については3区分に細分化をされているということがございます。これは、介護保険についても、こちらに倣ってこのような区分で限度額を決めていくことにしたいという案を今回は出させていただいております。年収770万円以上の方、1160万円以上の方、それぞれ4万4400円の世帯の上限額を、9万3000円、14万100円という形で設定させていただけたらと考えております。

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。つまり、これは2割負担・3割負担の取り扱いでございますけれども、例えば、利用者負担を原則2割にすることについては、生活、介護が立ち行かなくなるこ

とは明らかであるという御意見とか、利用者負担が重くなることによって介護サービスを受ける入り口の規制を強化することになりはしないかという御意見、あるいは、介護は医療と異なって長期にサービスを受ける方が多いということがありますので慎重に検討すべきだという御意見がございました。その一方で、少なくとも現状それほど多くない2割負担の対象者を拡大することが必要だという御意見とか、給付と負担のバランスがしっかり確保されることが必要であるという御意見、あるいは、65歳以上で3割負担、70歳で2割負担という医療とのバランスを考えても、全員ではないのですけれども、原則1割という考え方がよいのかという御意見がございました。

こういった御意見を種々踏まえた上で、15ページ目、一番下の○ですけれども、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準については、利用者への影響、医療保険制度との関係を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当と考えられるという取りまとめをしてはどうかという御提案をさせていただいております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から関連の資料を御説明いただきましたので、これから皆様に御審議いただきたいと思っております。事務局提案もございますので、御発言の内容は多岐にわたると思っておりますけれども、何しろ時間があと1時間半ぐらいしか予定しておりません。もしお1人5分お話しになれば大体2時間ぐらいかかりますので、ぜひ簡潔に御発言いただければと思っております。

それでは、いかがでございましょうか。

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、介護人材の確保について質問と意見を申し上げます。

介護業界の抱える課題の中で介護人材の確保が喫緊の最重要課題であることは、皆さんも御承知のとおりだと思います。参考資料2の61ページに、介護人材確保の目指す姿が示されています。左側は現状のまんじゅう型で、右側にはこれから目指すべき姿として富士山型を目指すとされています。この富士山型の中腹に潜在介護福祉士が記載されています。

平成29年度のデータによると、介護福祉士の登録者数は155万7352人、介護福祉士従事者は86万1056人、潜在介護福祉士は69万6296人となっています。

ここで伺いたいのですが、潜在介護福祉士約69万人のうちどのぐらいの方が今後介護福祉士として従事されると見込まれているのでしょうか。また、介護

福祉士の従事率が55.3%となっています。この従事率が長年横ばい状態で推移していますが、この従事率を高める施策を講じることが重要であると思います。平成29年度老人保健健康増進等事業で行われた潜在介護人材の働き方の実態及び働き方の意向等に関する調査研究事業によると、潜在介護人材の皆さんの入職促進施策に対する認識として、効果があると思われるものは、賃金水準を相場や業務負担などから見て納得感のあるものにするという結果が得られています。したがって、私どもは、以前から意見をしているとおり、介護人材の確保、定着のための最大の処方箋は処遇改善であると、再度強く申し上げます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局に質問がありましたので、御担当からもし可能であればお答えいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

振興課長、どうぞ。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。

人材の関係で御質問いただきました。

潜在介護福祉士の方々にどれぐらい戻ってくるという推計をしているか、また、その従事率を高めていく目標値などがあるかということでございますが、現状、具体的な数字をもってここまで上げるということまでは、数字としては持ち合わせていないところでございます。一方で、潜在介護福祉士も含めまして一度離職された方に介護の分野に再就職いただくことはとても大事なことでと考えてございまして、先ほど御指摘がございました処遇改善だけではなくて、再就職する際の準備金の貸し付けなど、他の施策も組み合わせながら、できるだけ多くの方に介護現場に残っていただく、また、一度離れても戻っていただけるような対策を講じてい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。

よろしゅうございますか。

○久保委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ほかにいかがでございましょうか。

河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。

今回、給付と負担の見直しについて具体的なお話も出ておりますけれども、現時点では、補足給付と高額介護サービス費のみの見直し案が示されて、そのほかは全て先送りということになっております。この場で言うまでもないことではございますけれども、介護給付費は医療費を上回るスピードでどんどん伸びておまして、2025年度に15兆円を超えると見込まれている。そういう中で、今回の見直し案は、正直、踏み込み不足と言わざるを得ないと考えますし、制度の持続可能性が確保されたとは言いがたいと考えております。その意味では、さらに踏み込んだ見直し案を提示すべきではないかと思っております。今回、先送りの項目が多くなっていますが、先送りする理由と実施に向けた必要な取り組みを明確化すべきではないかと思っております。

例えば、軽度者への生活援助サービスのところで、これも現状は総合事業における多様なサービスの提供体制の構築が十分でないから、先送りというか、そこに要介護1・2を持ってくるのはどうかと、それは理解するところなのですが、それでは、そういった現状のサービス提供体制の構築に向けてどういうふうに取り組んでいくのかといったことがないと、結局、単なる先送りに終わってしまうのではないかと懸念するところでございます。そのための具体的な方策をもっとイメージアップする必要があるのではないかと思っております。

それから、今回お示しいただいている、例えば、補足給付とか高額介護サービス費の見直しをしたときの制度全体への財政影響も示していただきたいと思っております。

いずれにしても、制度の持続可能性の確保と今回も大きな柱の一つに入っておりますけれども、これでは本当にその制度の持続可能性が確保されたということは大変心もとないと言わざるを得な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。

御発言の中に財政影響についての御要望がありましたけれども、これについて何かコメントはありますか。

介護保険計画課長。

○山口介護保険計画課長 計画課長でございます。

財政影響につきましては、今後、計算をしてお示ししていくことになろうかと思っております。現時点では持っておりません。

○遠藤部会長 よろしく申し上げます。

ほかにいかがでしょうか。
大西委員、どうぞ。

○大西委員 ありがとうございます。

今回、春にスタートした議論で、私といたしましては、介護保険の保険者として、住民に最も身近な基礎自治体の立場から縷々言わせていただき、それらの意見につきまして整理・反映し、素案として取りまとめていただいたことに、まずは感謝を申し上げたいと存じる次第でございます。

今回は、高齢人口がピークを迎える2040年を中心として見据えながらいろいろな議論が行われてきたわけでございますけれども、昨今、相変わらず東京圏一極集中の傾向が継続しておりまして、都市部と地方での地域間の格差が拡大しておりますし、今後ともある程度は拡大することが確実ではないかと思っております。

そのような中で、地域の実情に合わせて、いかに人材確保をしていくのか、あるいは、サービス基盤を整備していくのかといったことが引き続き課題になるということございまして、先ほどもお話に出ておりましたけれども、財政面はもとより、これら人材確保、あるいはサービス基盤の整備面におきましても、介護保険制度の持続可能性をいかに地方において確保していくのかということは非常に大きな問題であると思っております。我々自治体は保険者であり、介護保険制度の当事者でございますので、制度維持のための取り組みを一生懸命やらなければいけないということになりますけれども、特に国等の指導を今後ともお願いしたいと存じます。制度の持続可能性の確保につきましては、これで終わりということは決してございませんので、引き続き検討を行っていく必要があるかと思っております。

その上で、取りまとめ案につきまして、特に2点、意見といたしますか、確認をさせていただきたいと思っております。

まず、1点目、保険者機能強化推進交付金ということで、取りまとめ案では8ページから9ページにかけて記述がございます。いわゆるインセンティブ交付金でございますけれども、都市自治体といたしましては、この交付金を有効活用して介護予防に資する取り組みを一層積極的に実施していく必要があると考えているところでございます。そのためにも、取りまとめ案に記載されております事項を着実に実施していただきながら、各自治体が活用しやすく、また、その取り組みに資するような制度設計をお願いしたいということでございます。さらに、取りまとめ案に書かれておりますように、各自治体の評価結果や交付結果の「見える化」を進めていただきたいと思いますと思いますが、あくまでその趣旨はそれぞれの自治体が他の自治体の取り組みを参考としながら自らの介護予防に

資する取り組みを推進するためのものをごさいますして、例えば、ランキング形式といった表層的な優劣でもって評価されることのないよう、また、それにより現場に混乱を招いたりすることのないように、その点だけは留意していただきたいと思っております。

もう一点が、調整交付金で、取りまとめ案の9ページでございます。以前から申し上げているところでございませけれども、この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ると認識をしておりまして、その趣旨に則って制度運用されるべきと思っております。今回、「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し、調整の精緻化を図ること」とされておりますが、これについては理解はできるところでございます。今後も、この運用結果をきちんと注視しながら、より良い制度にしていただきたいと思いますと思っております。

ここで、取りまとめ案の中で2点ほど確認したい点がございませるので、御質問させていただきたいと思ひます。

まず、取りまとめ案の9ページの「3. 調整交付金」の3つ目の意見の中で「所要の激変緩和措置を講ずる」とございませ。これについては全国市長会からもお願いしたところですが、具体的に、この激変緩和措置はどのような内容の措置を考えているのかということが1点目でございませ。

2点目といたしまして、4つ目の意見の中で、調整交付金の配分に当たって「保険者に一定の取り組みを求める」というのがございませけれども、この一定の取り組みとはどのようなことを考えているのか、また、この一定の取り組みがきちんと実施されないような場合には何らかのペナルティがあるのかどうなのか、その点について確認をさせていただきたいと思ひます。

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、その取り組みが実施されなければ、この交付金が減額され、それが大きな減額ということになりますと、これは調整交付金本来の趣旨に反することにもなりかねないということございませるので、運用の考え方についてお聞きした上で意見を申し上げていきたいと思ひます。

また、見直し案を導入するということになるのであれば、大きな制度変更となりますので、対象となる自治体に対しまして、見直し案の目的、また、どのような取り組みが求められるのかについて、丁寧な説明と指導をよろしく願ひたいと思ひます。

よろしく願ひします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

質問がありました。あるいは、全体としてのコメントでも結構でございます。質問の回答をまずはお願いします。

介護保険計画課長、どうぞ。

○山口介護保険計画課長 調整交付金につきまして、御質問いただきました。

まず、所要の激変緩和という部分でございます。こちらにつきましては、例えば、第7期において見直しを行った調整交付金について、年齢の区分を2区分から3区分にふやしたということがございます。これにつきましては、まずは第7期においては、調整交付金の半分を3区分で計算して、2区分を残りの半分で計算して、それを合算するという形で計算をしております。第8期において、3区分にするという内容にしています。これを激変緩和ということによっておりますけれども、今回の見直しに関しても恐らく同様の激変緩和は必要ではないかということで、このような記述にさせていただいております。

「一定の取組を求める」という9ページ目の記述の部分ですけれども、こちらに関しては、給付費の適正化に向けた一定の取り組みということで、現在、内容は検討しているところですが、こちらにつきましても、御相談していきたいと思っております。

ペナルティがあるのかということですが、当然、調整交付金の趣旨を没却しない程度で、ペナルティということではなくて、これは捉え方になるかもしれませんが、我々としては、負担がふえてしまう自治体の御理解の得られる範囲で、何らかの取り組みを促進できるような内容で少し考えてはおります。当然、調整交付金のメリットの範囲内ということでございますし、メリットの大部分をそれによって減らしてしまうということになっては、これは確かに委員がおっしゃるとおり見直しの趣旨自体が損なわれるということもありますので、そちらについてもそういったことにならないように御相談しながらやってい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。

大西委員、よろしゅうございますか。

ほかにいかがでしょうか。

津下委員、藤原委員の順番でお願いいたします。

○津下委員 ありがとうございます。

まず、介護保険制度が始まり、今後も介護保険の受給者は増加するという見込みが立っております。いつか大きな激変が来るのではないかと心配も皆

さんはしているところでございますけれども、この間、介護予防が進展し、健康寿命が延びたことで、当初の要介護者の予測から、どのぐらい減少、抑制と
いいますか、減っているのかという数値があれば教えていただきたいと思いま
す。今後も介護予防を充実していく、さらには、地域共生社会の中で介護保険
に大きく依存することのない仕組みづくりが模索されているように思いますの
で、この間の成果についても、いい情報があれば、その予防を強力に進めてい
くというインセンティブになるのではないかと考えております。

今回、補足給付で負担がふえる、補足給付を減額するという対象者層がある、
検討されているということでございますが、第3段階に該当する人、マル1、
マル2を含めまして、31.4万人という数字を参考資料で見たわけですが、
マル1、マル2、それぞれ大体どのぐらいの人が該当し、その方たちについて
は負担がふえることについてきちんと説明をしていく必要があるかと思いま
すし、また、公平性という観点から、今までが少し補足給付が多かったとい
うことを御理解いただく必要がありますので、どのぐらいの方に影響が出るの
かなということについて計算されていれば、教えていただきたいと思いま
す。

ケアマネジャーは、いろいろな制度が今後も引き続き検討ということになっ
ております。ケアマネジメントは非常に重要なことでございます。意見の中に、
ケアマネジメントが保険者の代理なのか、または、ケアマネジャーが所属して
いる組織や住民の立場なのかということで、負担がどうなるのかということが
あります。ケアマネジャーの研修につきましては、段階的に見直しがされてい
るところですが、今後、ケアマネジメントは保険者の代理だということ
であれば、保険者がその質を適切に評価しながらやっていく必要があるかな
と思っております。以前と比べますと、個人が望む、要介護3ならここまで使
えますよということで、本人の必要とされる以上のサービスかもしれないとい
うことも指摘されていて、最近は随分是正されたとは思っておりますが、今
後もケアマネジメントを保険者の立場で行うのかどうなのかということにつ
いて、方針を整理しておいたほうがいいのかと考えました。

以上、質問と意見でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

質問が出ておりました。予測値と要介護者の現状との乖離を捕捉しているか
どうかという話と、補足給付を見直した場合の対象人数の話で、これは先ほど
財政シミュレーションの要望もありましたので、それに関連する話かと思いま
す。

もし何か回答が可能であれば、事務局、お願いいたします。

計画課長、お願いいたします。

○山口介護保険計画課長 要介護者の人数につきましては、統計データはございますけれども、これが予測値とどれだけ離れているのかというところは、大変恐縮ですけれども、手元に今はそういったデータはございませんので、お答えは難しい状況でございます。

補足給付の関係、新しく第3段階を分けるということで、対象人数ということでしたけれども、なかなか対象人数をどうやって見込むかは難しい部分です。現在、そういう段階がないものですから、この31万人という合計を案分する場合に、どういう比率かというのは一つ大きな論点だとは思っています。ただ、保険料段階が今は分かれていますので、それによって案分することも当然考えられますし、ただ、実際に被保険者ベースでやるのか、利用者ベースでやるのか、利用者ベースでやるとなると、ここの部分は仕切りがある統計もございませんので、その辺を整理させていただいた上でまたお示しさせていただきたいと思います。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

よろしゅうございますか。

それでは、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。

まず、資料3の意見案の取りまとめに当たりまして、事務局におかれましては、大変御尽力いただきまして、改めて感謝申し上げます。

2025年に向けて、さらにはその先の2040年を見据えて、介護保険制度をどう見直すかということが今回の制度改正のテーマであります。保険者である市町村は、それぞれ規模や体制も違えば、地域資源などもさまざまです。特に中山間地域や離島などでは、各種専門職を含む介護人材不足の深刻な状況、事業者が参入しにくい立地条件、また、多様なサービスの担い手がないなど、都市部とは違う悩みを抱えながら、地域の実情に応じて、高齢者の自立支援・重度化防止などに懸命に取り組んでいるところでございます。

ぜひとも各市町村が今後とも、必要な介護サービスを提供できるよう、また、介護サービスが必要な人が必要なサービスを利用できるよう、みんなが希望を持てるような制度改正にしていいただければと思っております。

それでは、本日お示しいただきました意見案について、幾つか意見を申し上げます。

まず、初めに総合事業についてであります。5ページの1つ目の○に、各市町村の事業規模について記載があります。例えば、4ページの下から2つ目の

○の総合事業の対象者の弾力化や、その下の○のサービス価格の上限を定める仕組みの弾力化、さらには5ページの2つ目の○の有償ボランティアに係る謝金の支出など、この意見書案の中にも総合事業の事業費の増加につながり得るものもありますし、一般介護予防事業の充実や要介護から要支援状態への改善、要支援の状態の維持なども、総合事業の事業規模の拡大要因になるわけですが、したがって、現行の仕組みによる上限の枠内での事業実施には限界があるのではないかと考えております。

次に、8ページの保険者機能強化推進交付金についてです。4つ目の○に「都市部と地方部、自治体の規模等によって課題の状況や地域資源、体制など、取組の前提条件が異なることに留意が必要」とありますが、これはぜひともお願いしたいと思います。

また、同じ○の最後の文についてですが、「保険者として地域の実情に応じて取り組むべきもの」と修正をお願いできればと思います。

なお、9ページの1つ目の○に、評価結果や交付結果の見える化について記載がありますが、現場に混乱が生じないように、また、現場のやる気を損なう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。

次に、9ページの調整交付金についてです。3つ目の○は、調整交付金の機能をより発揮させるための見直しでありますので、特に異論はありませんが、4つ目の○について、これが調整交付金のインセンティブ活用につながるものであるならば、その導入には反対です。

次に、13ページの一番下から14ページにかけての○に、医療療養病床から介護医療院への移行について記載がありますが、なお書きの財政支援は確実に実施されるよう、表現の修正をお願いできればと思います。

次に、介護人材の確保について、特に中山間地域や離島など、先行して高齢化が進んでいる地域では、既に現役世代が減少しまして、担い手になる人材を地域内で確保することが困難になっております。したがって、18ページの下から2つ目の○の文章のどこかに「介護人材の広域的な確保」という文言を追加していただければ大変ありがたいと思います。

以上です。よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。修文を含めた御要望だと受けとめさせていただきます。

それでは、こちらに行きましょう。安藤委員、石本委員、井上委員、伊藤委員の順番で行きましょう。

○安藤委員 ありがとうございます。

何点か意見を申し述べさせていただきます。

まず、資料3なのですが、4ページ目の総合事業の上限額の弾力化につきましては、国が定める上限額の中で、効果的・効率的に実施すべきであると考えております。また、総合事業の対象者の弾力化につきましては、基本的には慎重に検討すべきと考えておりますが、地域とのつながりを継続する観点から、仮に弾力化を検討するのであれば、要介護認定を受けている方の介護給付とか、総合事業の利用実態を把握して、適正な事業規模で実施されているのか、また、要介護度の維持・改善につながっているのかなど、検証や見直しが行われるような仕組みとセットで検討するべきであると考えております。

続きまして、8ページ目の保険者機能強化推進交付金ですが、これまで主張してきましたPDCAサイクルによる見直しの必要性について記載いただきましたが、確実に検証が実施されるようにするためには、検証の実施を指標とか交付要件とすることが必要であると考えますので、その旨、明記していただければと考えます。

続きまして、資料4なのですが、団塊の世代が全て75歳以上となるのは2025年ですが、団塊の世代が75歳に到達し始める2022年から、高齢者医療費が急増するなど、問題が顕在化し始めることは、皆様も御承知のとおりだと思います。介護保険制度改革が3年に1度であることを踏まえますと、今回の介護保険制度改革が最後のチャンスではないかと思っております。このため、今までの繰り返しとなりますけれども、全世代型社会保障を実現し、制度を持続可能なものにするためには、今回の改革におきまして、ケアプラン作成における利用者負担の導入とか、介護保険の利用者負担原則2割の見直し、あるいは、2割負担の者の範囲の拡大を実施すべきだと考えております。

また、高額介護サービス費の現役並み所得相当につきましては、13ページの御提案のとおり、見直していただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。

主に介護人材に関する発言です。

まずは、一国民としても、この介護保険制度が、介護を必要とする皆様にとって、過不足なく、質の高い介護サービスを利活用できる制度になることを今後も望んでいきたいわけですが、それを下支えします介護現場においての人材の定着・確保は、先ほど来、皆様方がおっしゃっている大変重要な最

優先課題であると思います。

今回の素案のページでいいますと、18ページから20ページにこの人材に関するさまざまな取り組みについて記載がございまして、処遇改善の話も出ておりますが、そのみならず、多面的なアプローチを今後もより一層進めていただければと思うところがございます。

特に19ページにございますように、私どもは、介護福祉士の役割や機能、さらには専門職としてのある種の責任といったものを、しっかりと制度上も明確にさせていただくことこそが、本質的な資格や業界の価値を高め、社会的な評価も伴ってくるのではないかと思うところがございます。

参考資料2の61ページには、先ほどもスライドで出されておりましたが、このまんじゅう型から富士山型というものがございまして、まさにこの裾野を広げるといことが今は広がってきているわけですが、その次のステップとしてしっかりと道をつくりながら長く歩み続けられる業界にすること、さらには、山を高くする、または、標高を定めるというところをしっかりと積み上げていくことが大事であると思います。これから先の時代を担っていただける、国内の若い方々や、何十万人もいると言われている潜在有資格者、さらには海外から日本の介護を学びたいという方々にとっても、そういった整理がされることこそが日本の介護福祉士や介護業界を目指そう、または、復帰しようというモチベーションにつながるのではないかと確信しているところがございます。ディーセントワークとして、この介護の仕事が選ばれる環境が整えられることを改めて切望いたします。

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 資料3と資料4につきまして、何点か申し上げます。資料での明記等を御検討いただければと思います。

まず、資料3の4ページ目、総合事業に関して、この対象やサービス価格の上限につきまして、この方向で弾力化するというのであれば、ケアマネジメントを通じて適切な事業の利用が担保されること、また、自治体でその運用状況につきまして定期的に把握して公表するといったことを求めたいと思います。例えば、対象者の弾力化によりまして、総合事業の利用状況や費用がどのように変化したか。あるいは、価格の上限の弾力化によりまして、国が定めた上限を超えた場合の引き上げの額やその理由の公表等が考えられると思います。その上で、この部会にもぜひ御報告をいただきまして、課題が生じるようであれ

ば、速やかに見直しも必要かと思えます。また、全体の総合事業の効果の検証につきましてもお願いしたいと思えます。

次に、資料3の6ページ目ですけれども、ケアマネジャーの処遇改善を通じた安定的確保が必要という記載になっておりますけれども、この点を検討するのであれば、あわせてその財源の議論になりますので、ケアマネジメントの利用者負担の導入を考える必要が出てくるのではないかと思います。

次に、19ページ目の介護職員の処遇改善につきまして「着実に行うことが重要」とあります。この間、数年来にわたりまして処遇改善の引き上げがなされてまいりました。私どもといたしましては、その改善の効果が新規の人材の確保にどの程度あったのかということの検証なしにまた改善の話をするのはちょっとおかしいのではないかと思います。この効果の把握につきまして早期に求めたいと思えます。

被保険者範囲・受給者範囲、資料の22ページ目のところでございますけれども、65歳以上への被保険者範囲の拡大につきましては見直しが必要とありますけれども、私どもといたしましては、現時点では慎重であるべきという意見を申し上げてきたところでございます。

資料4に移りたいと思えます。

資料4につきましては、先ほど御意見もありましたけれども、私どもといたしましては、ケアマネの利用者負担の導入、軽度者への生活援助サービス等の地域支援事業への移行、また、2割負担の対象者の拡大といった利用者負担のあり方につきまして、全般的に引き続き検討を行うことが適当と整理されたことにつきましては、過去の負担増に協力してきた立場から、大変残念であります。

全般的な話になりますけれども、当然のことながら打ち出の小づちはないわけでありまして、給付をするためには必ず誰かが負担をするということでございますので、まずは自助、次に共助、こういう点をまずは念頭に置いて検討していくべきだと思います。全般的に、現役世代には負担能力があり、高齢者には負担能力がないという前提で議論が進められておりますけれども、本当に高齢者の中に2割負担をできる方々がいらっしゃるのかということ、あるいは、現役世代の中で住宅ローンや子供の学費の負担等に苦しむ人たちへの配慮が少ないのではないかとこの疑問は少し残るわけでございます。負担する側に対しましても常に納得性のある説明が必要だと思いますので、こういう制度の変更に当たりましては、必ず負担側に対してどのぐらいの負担にこれからなっていくのかというデータもアップデートをして、納得感の醸成をお願いしたいと思えます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、お待たせいたしました。どうぞ。

○伊藤委員 資料3の19ページ、人材のところがございますが、これにつきまして私たちとしても何回も主張しているのですけれども、人材確保は処遇改善が柱だと、これは現場からの声なので、とにかく繰り返させていただきます。この間の介護人材の確保状況を見ると、2017年の数字までしか出ていませんけれども、毎年伸びが小さくなっています。それに対して総合事業従事者が増えているのですけれども、つまり、これは入れかわっている。置きかわっている。専門人材が相対的に少なくなっていて、協力してくださる方が参加してくれるという状況になっていて、これで本当に継続的・安定的な事業が続けられるかということは相当深刻に受けとめないといけないと思っています。人がいないと始まらないので、この財源をどうやって確保していったら処遇改善をしていくかと考えていくべきで、極めて最重要な課題だということをぜひ共有していただきたいと思います。その点、この19ページの処遇改善というところは、継続的に処遇改善を行っていくということを明記していただきたいと思います。

資料4で具体的な見直しの提案がありましたものが補足給付ですが、まず、質問させてください。5ページの補足給付で、利用者負担が、第1段階から1.5万、第2段階で2.5万とかと書いてあるところですがけれども、この前提として、要介護度とか、加算とか、地域の扱いについてはどういう前提で試算されているのかということをお教えください。

次のショートステイのところ、6ページなのですが、これも質問です。かつて2015年改定で長期利用減算が入っていますけれども、そのときの問題意識は、長期利用者が非常に多かったと記憶しています。実質的に1カ月以上の利用者が54.1%、最長利用者で365日以上が26.7%いたという数字が給付費分科会の資料にあるのですけれども、その後、長期利用減算が入って、現状はどうなっているのかということをお教えください。

3つ目の質問ですが、7ページの上の考え方、2つ目の○の2行目なのですが、単身者の1000万円以下を、第2段階は幾ら、第3段階の①は幾らと書いてありまして、そうすると、提案されているものは単身者ではなく世帯単位の預貯金勘案みたいなことを考えられているのかということをお教えください。

○遠藤部会長 それでは、3つほど質問が出ましたので、御担当の方。

介護保険計画課長、お願いいたします。

○山口介護保険計画課長 まず、最初の御質問ですけれども、この本人負担のモデルについてどんな前提を置いているのかということですが、これは統計というよりはそもそも制度上の問題でして、利用者負担に関しては、高額介護サービス費、低所得の方の水準を今回はいじりませんので、1万5000円とか2万5000円は上限に達するというのでこれ以上の御負担がないという前提でございます。介護保険料については、全国平均の介護保険料からそれぞれの所得段階に当てはめて計算した場合にこうなるというものでございますし、居住費や食費については、それぞれ決まった額を御負担いただくことになっていきますので、それを月単位に計算したものでございます。

長期利用者の現状につきましては、参考資料の7ページ目にデータがございます。前に、給付費分科会に出た資料との関係というところとちょっとわかりかねる部分はあるのですけれども、こちらについては、その介護保険総合データベースを活用して老健局が作成したものです。利用日数のところを見ていただくと、ショートの利用は、26日から30日の御利用が長期利用ということであれば、要介護3から要介護5の方で8割ぐらいが長期利用ということになっておりますけれども、長期利用者自体の人数は大体5万人から6万人の間というあたりだと思います。

預貯金の基準ですけれども、1000万というのは単身者の基準で、それを今回どういうふうに見直すかという議論を御説明したのととも、配偶者の方については現行の1000万円を維持ということを、資料4の7ページ目、※印の部分に書かせていただいております。※印は文章の下に3つ並んでおりますけれども、その真ん中の部分、夫婦世帯における配偶者の上乘せ分は、現行の1000万円を維持と。つまり、旦那さんが施設に入って第2段階で補足給付という場合には650万円という基準になりますけれども、配偶者である奥様が、例えば、おうちにいるという場合には、その分は1000万円という基準で引き続き見るということになります。

そういうことでございます。

○遠藤部会長 伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ありがとうございます。

長期利用のところが、どの資料だかよくわからなかった。ごめんなさい。7ページとはどの部分ですか。

○山口介護保険計画課長 参考資料3の7ページになります。

○伊藤委員 ありがとうございます。

そうすると、これは30日を超えている人はいないということでもいいのですか。

○山口介護保険計画課長 基本的に月単位のデータになっていますので、30日が上限ということになります。これで見ると、例えば、月をまたいでさらにということもあり得るといことなのかもしれませんが、こちらのデータは月単位で出しているということでございます。

○伊藤委員 これだけで30日を超えた利用者がいないということではっきり言ってくさるならいいですけれども、かつて5年前の議論などでいうと非常に多かったということを考えると、これによって影響をもたらされる人がかなりいないのかということをお心配しておりますので、その点はもう少しはっきり示していただきたいと思ひます。

預貯金については、バッファが今回提案にあるものは非常に小さくなっていて、特にユニットのほうで、先ほどざっと計算してみたら、特に第3段階のマル1のところ、年金額が一番低い6.7万の人だと、恐らく10.9年とか、それぐらいしかないのかなと思ひますけれども、かなりバッファが小さくなっていて、平均余命の伸びとか、長寿化とか、在宅生活に戻る場合のこととかを全く想定していないというのも、本来的な考え方とは合っていないのではないかと思ひますので、老健などだったら在宅に戻ることも考えると、バッファはそれなりに必要だと思ひますので、もう少し慎重に考えていく必要があると思ひしております。

最後、高額介護サービス費なのですけれども、これについては、年間上限を延ばさないことが書いてありますけれども、これについても、5万件、3%という数字が出ていますので、これがどういう人なのかということを示していただいて、丁寧に検証していく必要があると思ひます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

計画課長、どうぞ。

○山口介護保険計画課長 1点だけ、補足をさせていただきます。

御紹介ということで、参考資料3の7ページ目ですけれども、タイトルの下に四角囲みがござひます。ショートステイの利用者のうち、年間を通じた長期利用者が一定数あり、特養入所の代替となっている場合もあると思ひられると。

その場合、ショートステイの専用床の一部について特養への転換を促進するということもあわせて考えているということをお紹介させていただきたいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちら側に行きましょう。

それでは、花俣委員、佐藤委員、まずはその順番でお願いします。

○花俣委員 資料3の素案全体について、文章の最後に「必要である」、「重要である」という表現がたくさん出てきます。また、「適当である」という言葉もあります。「必要」と「重要」と「適当」では違いがあるのかどうか。また、「留意が必要である」、「検討が必要である」という表現もあります。こちらもどのように理解したらいいのかを教えてくださいたいと思います。

4ページ、「2. 総合事業」について、3番目の○に「要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの対象とならなくなる」という文章があります。これでは要介護認定を受けることが総合事業のサービスの対象である人には不利益を与えているように受け取れます。私たちは、市区町村事業として実施される総合事業ではなく、認定を受けた人への個別給付を守っていただきたいとお願いしてきました。市区町村事業から個別給付として受給権が認められているサービスに移ることが不利益であるような表現にはとても違和感を抱きますので、違和感の解消にはならないのですが、せめて「総合事業のサービスの対象とならなくなる」という否定的な表現ではなく、「総合事業のサービスが継続できなくなる」という表現にしていただければと思います。

5ページ、「3. ケアマネジメント」の4番目の○に、「地域ケア会議の積極的な活用などケアマネジャーが専門家と相談しやすい環境の整備が重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である」とあります。ここも、ケアマネジャーが専門家と相談してケアプランを決めてしまうことができるような印象を与えます。ケアマネジメントのどの項目に入れることが適当かは御判断いただくとして、地域ケア会議には利用者や家族などの介護者の参加を保障することも重要であるという文章を入れていただきたいという点と、あわせて、地域ケア会議や参加する専門家は、アドバイスしたケアプランについて、利用者や家族などの介護者から質問や疑問が出された場合には、ケアマネジャーに任せるだけでなく、みずから説明をすることも考慮する必要があると追加していただきたいと思えます。

続きまして、9ページの「4. データ利活用の推進」ですが、個人情報も取り扱う重要なデータ整備になるわけですから、保険者である市区町村には被保

険者に対して十分な説明をする責任があると思います。神奈川県データ流出事件も大きく報道され、国民には不安が広がっています。ビッグデータの取り扱いについて十分配慮していただくとともに、被保険者に対する説明責任についても明記していただきたいと思います。

続きまして、「1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい」、12ページの5番目の○に、「『介護離職ゼロ』に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅支援サービスの充実を図り、在宅限界を高めていくことが必要である」という文章があります。この「在宅支援サービス」とは、在宅サービスと地域密着型サービスを指すということでしょうか。また、介護離職ゼロを目指すためには、働きながら介護している人たちの実情を把握する必要があると思います。非常勤で働く人たちも含めて介護をする人たちの実態調査が必要であることを加えていただきたいと思います。

「2. 医療・介護の連携」の13ページですね。ここには、介護が必要な暮らしには医療もまた重要なわけですが、医療・介護の連携は利用者や介護する家族にはなかなか理解が及ばない取り組みです。総論のところでもいいと思いますが、少し説明を入れていただければありがたいと思います。

総論の3番目の○、「看取りを適切に推進する観点」とあります。「看取りを適切に推進する」という点ですが、ここももう少し具体的な説明が欲しいと思います。

制度の持続可能性の確保の2、3、6、7について、まとめて申し上げます。制度の持続可能性の確保のために、利用者の負担を引き上げるには、払うことができるという説明が不可欠です。介護保険は、個人単位の給付と負担が基本とされています。しかし、施設サービスの食費・家賃が自己負担になったとき、2割負担が導入されたとき、補足給付の対象になる基準が厳格化されたとき、課題として出てきたのは配偶者や扶養家族に与える経済的な影響でした。また、自己負担の割合については、負担がふえても高額介護サービス費があるという説明がセットになってきました。しかし、高額介護サービス費の上限額が引き上げになれば、自己負担額がふえてしまう利用者があるのです。負担をふやすときには、常に設定した条件が妥当だったのかどうか、検証のために丁寧な実態把握をしていただきたいと思います。なお、お金があっても1割負担の応益負担から、払える人には負担してもらおう応能負担に移行するのであれば、そのことを被保険者にきちんと説明する必要があると思います。また、負担の割合ですが、第1号介護保険料の負担段階は、第1段階の0.3から第9段階の1.70まで9段階が設定されています。現行でも1割の利用料が払えず、サービスを利用していない、それどころか、認定の申請もしていない人もいます。応能負担を検討するのであれば、負担能力が低い人には1割未満の利用料の設定

があってもいいのではないかと思います。これは意見として申し上げます。

「（４）ケアマネジメントに関する給付の在り方」のところですが、これは10割給付を維持していただきたいと思います。既に制度は浸透しているという意見もありますが、介護が必要になる人、介護する家族は常に新しく登場します。サービスを利用する入り口で、ケアマネジャーに相談・支援してもらうときに、有料だからやめてしまう認定者が出ることは避けていただきたいと思います。

「（５）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」ですが、要介護1・2の人は軽度者ではないと繰り返し申し上げてきましたが、御理解いただくに至らず、大変残念な思いでいっぱいです。それでも、文章に表記するのであれば、せめてかぎ括弧をつけていただきたいと思います。介護保険部会の議論では、総合事業の基盤整備が途中なので移すのは時期尚早という御意見もありました。しかし、総合事業が充実したとしても、認定を受けてサービスを利用する権利を得て、個別給付を受ける権利を得た方たちを、市区町村の事業に移すことは到底受け入れることができません。医療と介護の連携のところで、在宅限界を高めるという表現がありましたが、生活援助こそが在宅の限界点を高めるために必要不可欠なサービスで、介護離職をこれ以上ふやさない、ごみ屋敷や孤立死をふやさない、介護を必要とする人や介護する家族の不安を減らす、そのためにも生活援助の個別給付は維持していただきたいと強く要望します。ひたすら実態をお伝えしている利用者の立場からの発信が的外れかどうか、そのあたりはいずれ当事者となるやもしれぬ皆様に、我が事として御理解いただけることに期待したいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御要望が大半でしたけれども、幾つか質問があったと思いますので、可能な範囲でお答えいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

企画官、どうぞ。

○栗原企画官 資料3、素案の用語の使い方について御質問がありました。「必要」と「重要」と「適当」が入り込んでいるということで、どういう趣旨かという御質問だったと思いますが、これは文章の全体の関係とか、あとは御意見をいただいたときの関係で、全体的に整合性がとれていない部分はありますけれども、まとめる上で考えたものとしては、「必要」が基本的な方針とか取り組みにかかわる部分で、おおむね皆様の御意見が一致したようなもの。「重要」は、必要とされる取り組みに関連した部分としまして、関連する取り組みとか

重要な視点ということで御意見いただいたもの。「適当」は、例えば、事務局から御提示させていただいた案について、より具体的なものについて方針が大体一致したもの。もちろん「検討が必要」というものは、この先に検討が必要ということで一旦整理させていただいております。

以上でございます。

○遠藤部会長 花俣委員、質問の回答はよろしいですか。

佐藤委員、お待たせいたしました。

○佐藤委員 ありがとうございます。

資料3に即して、4ページのところに、例の一般介護予防事業についてPDCAサイクルを回すことが重要だということなのですが、チェックするときに当たっては比較対象がないと効果があったかわからないので、せめて事業を実施する前か後か、あるいは事業が重点的に行われたエリアとそうでなかったエリアという形で、何らかの比較対象を設けてチェックが容易になるようにあらかじめ制度設計をしておいたほうがいいのかなど。確かにこういうことをやると自治体の業務負担がふえるとは言うのですが、逆に、こういうことをやればこそ自治体の業務を見直すきっかけにもなりますので、実際に業務に使えるような形でアウトカム指標といったものを設定していくという視点があってよろしいのではないかと思います。

6ページのところのケアマネの話は何度か出ていますけれども、公正中立なケアマネジメントが喫緊の課題だと思います。こう言っては申しわけないけれども、供給誘発的な形での介護サービスの提供は、供給の肥大化を招きますし、非効率ですので、いかにケアマネの立場、ポジションをある程度中立的にするかどうか、事業者の側に対して中立的にするかどうかということが喫緊の課題になるのではないかと思います。それを踏まえた上で、自己負担をどうするかという議論があってしかるべきなのではないかということです。

9ページのところでも、まさに見える化なのですが、私は内閣府で見える化の仕事をずっとしているのですが、ある種、見える化は本当はパラダイムシフトなのです。これまでの行政は自己評価であって、自分のきのうときょうを比較して、きょうがよければオーケーだったのですが、見える化は、ある意味、自分を相対化する、他者との比較になるので、相対化することによって客観評価につなげていくことになるわけですので、これもある種自分たちの抱えている課題に気づくというものにもなりますので、単に優劣をつけるものではなくて、それぞれの主体に課題に気づいてもらうものになりますので、そのあたりの趣旨を読み違えると、見える化の議論がとんちんかんになるかなと

思います。

データの利活用のところは非常に結構だと思うのですが、9ページから10ページなのですが、一方ではNDBとの連結の話もありますので、ここでは介護の中で議論が閉じている気がするのですが、医療データとの連結についても何らかの言及があっているのかなとは思いました。

21ページですけれども、事業者の大規模化のところがこれからの喫緊の課題ではないかと。大規模化しないことには、とてもではないですけれども、ロボットであれ、ICTであれ、受け皿になりませんし、人材の育成もできませんので、ある程度、合併に限らず連携も含めてだと思いますが、連携するにしても、大規模化するにしても、ある程度は事業者間で業務が標準化されていないといけませんし、そういったこともありますので、ある種、現場レベルでの事業の標準化、仕事の標準化を進めていくことが前提かなと思いました。

最後に、資料4の制度の持続可能性の担保につきまして、まだ議論が詰まっていけないようなのですけれども、全体と言えるのは、受益者の方の視点も大事なのですが、負担する人間の視点も持続性を担保する上では必要でありまして、負担者に対して説明責任がとれているのかどうか。つまり、皆さんから保険料を取っているわけだし、消費税だって払ってもらっているわけですから、納税者であれ、社会保険料を支払う勤労者であれ、彼らに対してちゃんと説明責任のつく形で給付の体制が整えられているのかどうか、かつ、その費用は適正なのかどうかという視点は全体としてあっていいかなということ。

ちょっと細かいことで、14ページで一定所得以上という話が出ているのですが、補足給付でも出てくるのですが、高齢者の方々を考えると、所得というフローだけで見るのはどうかなという面はあって、先ほどバッファのところでいろいろと議論はあると思うのですが、資産を捕捉していくという観点が必要かなと思います。

慎重な意見というところで、扶養者がいらっしゃるとか医療を利用するケースがあるということなのですが、これらは既に所得税の中で扶養控除とか医療費控除という形で手当てはされていますので、果たしてここで改めて手当てをする必要があるかどうかというのは、要相談かなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちらで先ほど手を挙げられた、東委員、榊田委員、山際委員の順番でお願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。

資料3「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）」、資料4「制度の持続可能性の確保」の全体的な内容については、おおむね賛成をいたしますが、1点だけ、資料3の18ページ、19ページ、20ページに書いてございます介護人材の確保に関して意見を申し上げます。

先ほどもほかの委員から御発言がございましたが、今、現場では本当に人材不足が喫緊の課題でございます。資料3の18ページの真ん中の総論のところにも、「若者をはじめ、介護現場を働く場として選んでもらい、働き続けてもらう」ということがはっきりと書いてございます。

資料3の19ページの富士山型の構造のところにも、「介護業務の中心的担い手となる若者、即戦力となる潜在介護福祉士をはじめ、多様な人材の参入、活躍を促進することが必要」ということも書いてございます。そういう意味で、資料3の18ページの一番上に書いてございます「介護現場革新会議」を立ち上げていただいたのは、大変ありがたいと考えております。

ただ、資料3の20ページの「介護現場の革新」の項目を見ますと「介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善」という文言になっております。先ほど潜在介護福祉士が65万人という御発言でございました。資格保有者の約半分の介護福祉士の方が現場で働いておられない。これから介護福祉士になられる方が、これは外国人も含めてですが、半分しか現場で介護福祉士として働かないというのは非常に大変な問題だと思っております。その対策も少し書いてございますが、潜在介護福祉士の方に自分が昔働いていた現場とは今は違うのだという強いメッセージを与えないと、潜在介護福祉士の方も戻ってきませんし、介護福祉士になった方も現場で働き続けることがなかなか難しいのではないかと考えます。

そういう意味では、この介護現場革新会議で私どもが始めました「介護助手」が、唯一介護職の離職率の減少というエビデンスを持っておるものでございます。この「介護助手」という言葉を用いることによって、現場が変わったのだというメッセージになるのではないかと考えます。本日の資料3「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）」でございしますが、介護現場における業務仕分けとか、ロボット・ICTの活用とか、元気高齢者の参入による業務の改善などでは、恐らく潜在介護福祉士や若い方は、現場が変わったのだというメッセージとして捉えることは難しいのではないかと考えます。ぜひ「介護助手」という文言を「介護保険制度の見直しに関する意見」の中に入れ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。

梶田委員、お待たせしました。

○梶田委員 まず、補足給付の点でございますけれども、今回の第3段階の方を2分割して負担をそれぞれに応じて払っていただくということになってきます。そうしますと、収入に応じて、毎月の生活から考えると、負担できないケースが結構出てまいります。そのときに預貯金等の取り崩しということが起こってまいりますけれども、そこが今度は上限額は補足給付対象の金額が変わってきて、さらにそれを使っていったときに、次に出てくるものが特別養護老人ホーム等の場合ですと、私どもは社会福祉法人の軽減制度がございます。預貯金で、第3段階までほぼ網羅しますし、預貯金額ですと、350万を下回った場合に4分の1は軽減するという制度で、そこで次にこの負担増になった分をすくっていくしかないのかなとは思っています。

ただ、問題点は、全国規模で考えた場合に、全ての社会福祉法人がこの制度を実際に実施しているかということ、そうでないところもある。もう一つは、市町村レベルで考えると、まず、軽減制度を実施しませんというところがあることと、ずっと言っていますけれども、実際に利用者の方が申請をしたときに、なかなか認定をしてもらえない。社会福祉法人は、これは独自ではなくて、公費助成が一番あるという形でございますので、市町村でこの認定証をもらった方を対象にやっていきますので、その温度差がある部分を少し強化していかないと、うまくこの制度が活用できて安心して介護サービスが使える方とそうでもない方と少し出てきてしまいますので、そこは懸念がありますので、よろしく願いしたいと思えます。

素案の文ですけれども、12ページのところで、○の3番目のところなのですが、けれども、「既存施設の活用」云々と、地方の問題につきまして、ここでは職員の兼務等のあり方について検討が必要ということを書いていますけれども、単純に職員の兼務だけではなくて、サービス提供の方法も何か考えていかないと、無理な地域が出てくると思えますので、サービス提供方法も書き加えていただけたらと思っています。

もう一つ、12ページ、13ページにかけて、最後の高齢者住まいの問題は、生活困窮者施策の問題が出てきます。今、低所得者の住まい、生活施設として養護老人ホームというものがございます。今、実際に稼働率は90%ぐらいしか回っていません。1割ぐらいがあいている。希望者がいても入れない地域もございます。市町村によってすごくここは温度差がありまして、既存施設、養護老人ホームの活用も視野に入れて、何らかの方策が必要かと思えます。せっかく施設があって、低所得者対策はちゃんとできているのに、利用者が使えないというのは大きな問題だと思えますので、そこらの部分も何らかの形で書き加え

ていただけたらと思います。

文書量の削減の問題ですけれども、下から2番目の○に書いてございますけれども、国、都道府県、市町村、関係団体等の役割分担ですけれども、都道府県、市町村が標準化に向けて動いていただかないと実績は上がりません。ですから、この部分については、都道府県、市町村に、これからこの部分についていろいろ共通化・標準化に向けて検討して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。

山際委員、お待たせしました。

○山際委員 ありがとうございます。

3点、意見を申し上げたいと思います。

1点目は、資料3の19ページの下のところですが、介護職の魅力向上と働きやすい環境の整備という点について、発言を申し上げたいと思います。この部分は介護職の魅力の向上とあわせて発信だと思っておりますが、そのような文言に変えていただければと思っています。ここに書いてありますとおり、介護職が実際に感じている働きがい、やりがい、それとともに、もう一点はぜひ「専門性」ということについて、ここについても文言を入れていただけないだろうかと考えております。介護職は、利用者さんの状態像の見立てをしながら環境の把握を行い、適切なサービスの提供など、生活全般をサポートしているという形ですので、ぜひその専門性があるということについてここに明記をいただきたいと思っております。あわせて、働きやすい環境の整備につきましては、離職を防止するという観点からも、現場教育をもっと強めていくことが重要だろうと思っています。特にマネジメント教育の力量を高めていくことが働きやすい職場につながっていくと思っておりますし、また、介護の質の向上につながっていくだろうと思っていますので、これらについても盛り込んでいただけるとありがたいと思っています。これが1点目です。

2点目は、その19ページの下外国人人材の受け入れ環境整備にかかわって、現在の受け入れについては、人員の基準についてかなり制約があるということで、このあたりについて少し緩和を検討する必要があるのではないかと考えています。外国人人材については、単に人手不足、安上がりの労働力と捉えるのではなくて、ダイバーシティの観点からきちんと見ていくことが大事だろうと思っています。既に介護の現場で活躍いただいている外国人の方は、非常にレベルの高い方々もいらっしゃいますので、職場にいい影響を与えているということと同時に、日本人と違ってあうんの呼吸は通じませんから、ある意味、

業務の中身とか、業務指示について明確化しないといけない、あるいは、標準化しないと動いていけないということがありますので、このことは日本人にとっても働きやすい職場をつくっていくことにつながるだろうと思っていますので、これらについてもぜひ御検討いただければと考えております。

最後、3点目ですが、資料4のところですが、制度の持続可能性の確保のところでございますが、9ページ並びに11ページのところです。ケアマネジメントの給付と負担のあり方のところですが、特に9ページの一番下のところに文言でまとめられておりますが、実態を踏まえた慎重な議論を進めていくことが必要だろうと思っています。11ページ、軽度者への生活援助サービス等についても、同じように、全体、実態を踏まえた、引き続いての検討が妥当だろうと考えていますので、こちらについて慎重な検討を今後も進めていくということで、発言とさせていただきたいと思っております。

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。

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1ページからでございますが、本当に事務局の方、皆様方におかれましては、非常に難しい局面での取りまとめ、この場をかりまして感謝を申し上げます。特に1ページの3つ目の○のところで、今後、高齢者単独世帯、認知症の方の世代が非常に増加するということでございますが、恐らく都市部の中でも、東京23区、例えば、大阪でも24区がございまして、高齢化率が20%を割る地域もあれば40%近いところもあったりするというので、このあたりはニーズが異なってまいりますので、今後、引き続き、少しデータをもって検討していくことが必要かと思っております。

5ページのケアマネジメントのところでございますが、引き続き、質の高いケアマネジメントを目指していくべきということでございまして、幾つかは本当に多様なニーズに対応した他分野の知見を生かし、いわゆる多職種連携、インフォーマルなサービスを組み入れた、そして、公正中立なということがございますけれども、かなり当たり前になってきたからかもわかりませんが、5ページの一番下のところの地域ケア会議の活用というところでございますが、恐らくこれは自立支援型地域ケア会議のことを指しているのかなとも思っております。どこかにこの自立支援を目指すケアマネジメントも含めていただければ幸いかと思っております。

また、先ほど来、御意見も出ておりますが、いわゆる評価についてというこ

とでございます。保険者機能強化推進交付金の項目の中に、ある程度、ケアマネジメント、ケアマネジャーに関する、「評価」と申し上げていいのかわかりませんが、項目も含まれておりますことと、これまでも申し上げておりますが、いわゆるケアプランチェックは、かなりのチェック項目での評価ということもでございます。ただ、地域によって普及の状況が少し違うということと、特にかなりこれにつきましては返還など大きなペナルティもあるということで、引き続き質の高いケアマネジメントに向けて推進していければと思っております。

いわゆるサービスの組み合わせや需要というものでございますけれども、先ほど来、出ております人材不足ということがございまして、各都道府県ごとの中核的なサービス事業の形態もやや変化してきているということがございます。例えば、訪問介護員、ヘルパーさんが不足して、事業所が減少傾向にあるところでは、いわゆる通所サービスを利用せざるを得ないというところとか、山間、離島、へき地の場合であれば、特定の種別のサービスがなくて、一方で、別のものが縮小しているということがございます。なので、このあたりは多角的な検討と、介護保険は多様な主体の参入が行われておりまして、以前、例えば、宿泊型のデイサービス、いわゆるお泊まりデイとか、きょうもテーマに出ておりましたが、ショートステイの長期利用のサービスとか、さまざまなサービス形態が出ております。ですので、それが効果的なのかどうかということを引き続き関係者がチェックをして、今後も必要なものなのかということを確認しながら進めていくべきかと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、江澤委員、石田委員でお願いします。

○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、御報告をありがとうございます。

資料1-2の21ページに、医療法人による地域貢献活動あるいはかかりつけ医の社会的機能を記載いただきまして、感謝申し上げます。地域共生社会の推進におきましては、医療も不可欠でございますので、引き続きいろいろ参画できればと考えております。

続きまして、資料3でございます。

まず、2ページから3ページにかけて、一般介護予防事業の記載がございましたけれども、この中に地域リハビリテーション活動支援事業の記載がございませんで、資料2の3ページの右上には記載がございまして、それと同様の

ことを記載していただけるかどうか検討していただきたいと思います。なお、2番目の一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめについても、賛成でございます。

資料3の4ページの下から2つ目ですけれども、要介護認定を受けると総合事業のサービスの対象とならなくなる点について、弾力化を行うことが重要であると記載されておりますけれども、要介護認定を受けて介護保険サービスが使えないということはぜひないようにしていただきたいと考えております。当然引き続き総合事業のサービスを使い続けることはよろしいかと思っておりますけれども、それによって現行のように介護保険サービスが使えないということはないようにしていただきたいと考えております。要介護になった以上は自立支援あるいは尊厳の保持に向けたサービスの提供の支援が必要ですし、リハビリテーションの提供等が必要になると考えております。

続きまして、6ページの下から2つ目の○ですけれども、介護予防ケアマネジメント業務に「外部委託を行いやすい環境の整備を進めることが重要である」と記載されております。今、御存じのように、地域包括支援センターは、かなり業務過多で、なかなか本来の機能が発揮できない状況にある中で、従前、もともと介護予防プランは居宅介護支援事業所が担っておりましたので、十分にいろいろな地域の社会資源で対応可能かと思っております。ただ、今回、委託料の予防プラン1件あたり4,300円の金額がネックになっていることもございますので、このあたりは引き続きうまく外部委託を行えるように検討いただきたいと思っております。

続きまして、12ページの上から3つ目の○でございますけれども、1行目に「地域特性を踏まえながら」という記載がございますので、日本は津々浦々、各地域の慣習や風土というものがございまして、必要となるニーズの機械的計算のみならず、地域の住民の医療のかかり方あるいは介護サービスの利用の仕方等の地域の風習等に応じた地域のあり方もぜひ尊重していただいて、検討いただければと思っております。

その後、○の4つ目、5つ目のところに、高齢者向け住まいあるいは介護付きホームの記載がありますけれども、今後、入居者の重度化が進んでいきますので、あるいは、看取りへの対応も必然的にふえてくると思っておりますので、ぜひこういったところでの医療ニーズへの対応強化をあわせてセットで施策として盛り込んでいただきたいと思っております。特定施設入居者生活介護においても、外部からの医療系サービスの訪問等ができるようにする必要があるのでないかと考えております。

続きまして、24ページの上から3つ目の○、認定調査員の要件について「ケアマネジャー以外の保健、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者

も実施できることとすることが適当である」と記載がありますけれども、要介護認定は介護保険サービスの利用に当たって根幹をなすものでございます。また、現行の認定審査会においては、一次判定の結果をもとに認定審査会で議論が行われますので、例えば、一次判定の結果の要介護判定を上下2ランクを動かすことは極めてまれで、まず、その一次判定の結果がベースとなってどうかという議論が全国各地で行われておりますので、要は、非常に重要であるということでもありますので、このあたりのケアマネジャー以外に実施することを拡大するに当たっては、経験であり、研修であり、そのフォローアップであり、あるいはこういった資格を認めるかどうか、このあたりはぜひ慎重に、もちろん、今、市町村で調査員が不足していることは理解できますけれども、非常に重要なポイントなので、よろしく願いしたいと思います。

最後に、資料4の5ページから7ページに今回の見直し案のイメージが出ているところでございますけれども、当然やむを得ない方策と理解はしておりますが、まずは応能負担として適切であるかどうか、一部の方において過度の負担となっていないかどうかは、見直し後も引き続き検討をしていただきたいと思います。特にぎりぎり上位の段階となっている方、あるいは、預貯金の基準額をわずかに超えて補足給付が受けられない方、そういった方において、本当に生活するに当たって支障がないのかどうか、ここは十分に、より詳細に吟味をしていただきたいと思います。ぎりぎり上位の段階となっている方においては、単純計算で自己負担額を年金額から引きますと、月当たり1万円を切ったり、あるいは1万円台の方もいらっしゃるわけでございますので、そういった方が本当に生活できるのかどうか。特に今の高齢者は戦前・戦後あるいは日本の経済成長時代を支えられた非常にリスペクトすべき高齢者の方々だと思いますので、そういった方の生活が特にお孫さんにおもちゃの一つも買えないような日本であってはならないと思っておりますので、引き続き慎重に検討いただければと思っております。

2点目は、社会福祉法人には利用者負担軽減制度がございますけれども、医療法人には当然そういった仕組みはございませんので、今回の見直しで退所につながらないように、そういった事例がないのかどうか、ぜひ注視をしていただきたいと思います。包摂的社会とは、誰一人除外されない共生社会でございますので、大きな仕組みはともかく、本当に現場の一人一人の方々にも不具合がないのかどうかを、今後、引き続き検討していただきたいと思います。

最後に、3点目は、今回の負担増について、利用者に対して直接説明しますのは、各施設の相談員等の現場職員が行います。時には、当然、負担増でございますので、厳しい対応を迫られるケースもございますし、そもそも平成17年10月の食費・居住費の自己負担化、すなわち、補足的給付の導入時に現場職員

が大変苦勞した経験もございますので、こちらはぜひ行政ともどもサポートもいただきながら、現場職員に過度な負担とならないような方策もあわせて検討していただきたいと思ひます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

予定していた時間にはなりましたけれども、若干延長させていただきたいと思ひます。

引き続きまして、石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

1点だけ、要望ということで、資料3の17ページ、人材確保のところでございます。この介護人材につきましてはいろいろな処遇改善ということでもずっと続けられてきておりますけれども、その絶対的な不足がどうしても解消できないのが現状です。ここら辺で根本的にもう一回いろいろな考え方を変えていく必要があるのではないかなと思ひております。前から申し上げておりますけれども、今の要介護度の認定の仕組みでいきますと、要介護1の方と要介護5の方を比較すると、要介護5の方は、医療的なケアを必要とする一方で、ずっとベッドに寝ていらっしゃる方がほとんどです。しかし、要介護1・2の判定を受けている方々は、御自身で歩かれたり食事をされたりもできます。そのために転倒とか誤嚥のリスクが非常に高いので、見守りやケアなどで本人の自立を支えながら細心の支援をしていくために、非常に注意が必要であるということ。このことを考えますと、現場の介護人材の方たちのケアの提供に関する負担量が反映され、それが給与にも対応するようなプログラムがきちんと整備されないか、この介護人材不足という根本問題は解決されていかないのかなとも思ひます。制度が始まってから20年ですから、この点についても基本的にもう一回考えていくことが必要なのではないかと思ひます。

これは要望ですので、よろしく願ひいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今度はこちら側に参りましょう。

柏崎参考人、齋藤委員の順番で願ひします。

○柏崎参考人 ありがとうございます。

資料3に基づきまして、順に何点が発言いたします。

まず、4ページ、2番の総合事業に関しましては、先ほどから対象者が要介

護認定を受けた場合の弾力化について御意見が挙げられております。これをどのように制度設計していくかということは今後あるかと思うのですが、ぜひ利用されている方の立場、利用者目線に立った御検討をいただければと考えるところでございます。

次に、6ページ、地域包括支援センターについての記載がございます。この会議でも、冒頭、地域共生社会推進検討会における断らない相談支援などの包括的支援体制の新たな枠組みが示されました。地域包括支援センターにおきましても、障害分野とか、子ども分野、生活困窮分野などとの連携といった面での機能強化も一層求められるところと考えます。この包括的支援体制につきましては、先ほど一体的な執行の枠組みという話がありました。この執行の枠組みにつきましては、現場で使い勝手がいいというか、現場の理解を得られるものであることが必要だと思いますので、地方公共団体の意見もぜひ踏まえて対応していただければと考えるところであります。

15ページから17ページにかけて、認知症の関係の記載がございます。16ページのところでは、一番上に介護保険法第5条の2に認知症施策推進大綱の考え方や施策を位置づけるとあります。この際、予防については、その際もさまざまな御意見や懸念なども示されたところでございます。また、私どもとしまして、心身の状態を二分論ではなく連続に捉えるというお話も縷々させていただいたところでございますので、その位置づけに当たりましては、こうした点も十分に踏まえていただければと思います。

また、認知症施策全般につきましては、これまで議論がありましたように、介護と医療の連携が重要と考えております。そうした意味では、ここに幾つか小見出しが挙がっておりますけれども、1つ、医療との連携があってもよろしいのではないかと。例えば、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとか介護事業所との連携等々について触れることも御検討いただければと思います。

最後に一つ、先ほどのデータの利活用の関係で、私どもはその重要性等々について意見を申し上げてきたところですが、今般、神奈川県におきまして大量のデータを含むハードディスクの流出という件がございまして、まことに申し訳ない次第でございます。この件につきまして、現在、対応を進めるとともに、再発防止についても早急に検討し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。

齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 資料3につきまして、ここまでまとめていただいて事務局の御苦労には頭が下がる思いではございますけれども、このまとめ方を見ていきますと、介護予防や地域包括ケアシステムの推進、認知症施策については、地域支援事業というくくりでまとめられるのではないかと読んでおりました。今回、地域支援事業については頭出しも何もないので、それに関連した意見を言ってもなかなか組み入れられないような状況も発生しているのではないかと推察しておりますが、技術的な話として、地域支援事業の項目をどこに入れてまとめていただけると、もっと整理ができるのではないかとおは思いました。

介護離職ゼロのところにつきまして、文言としては、12ページとか、あるいは23ページなどにも記載がちょっとある程度ですけれども、全国の就業実態調査で見ていきますと、介護離職は2012年から2016年の4年間で約54万人が発生していて、うち40代から50代という働き盛りの方が56%を占めておりますし、今後、一層、労働力の確保の観点から、非常に重要な事柄になるのではないかと考えております。家族介護の実態も、国民生活基礎調査などを見ますと、半日以上を介護に費やすという人は大体33%ぐらいおはしまして、これは介護保険創設当時から比較すると7ポイントぐらい減ってはいるのですけれども、介護保険ができたからといって家族の介護負担が減っているわけでもないという状況は実態としてあるのではないかとおは思います。

そういうことを考えていきますと、いつも現金給付はどうかという議論が介護保険創設当時から出ては消えの繰り返しをしているわけなのですけれども、地域支援事業の中の家族介護支援をもう少し強化していくという方向性は必要なのではないかと考えています。前回もそのことは申し上げて、任意事業から格上げをしてはどうかということは提案させていただいたのですけれども、先ほども言いましたように、地域支援事業の枠組みがこのペーパーの中にはないので、なかなか書きにくいのだろうなと思った次第です。

現行介護保険制度の活用や普及啓発に向けた企業へのアプローチとともに、レスパイトの事業を充実させていくこととあわせて、家族介護者の健康支援もこれから重要になるのではないかとおは思います。ですので、健康相談とか、あるいは健康診断に結びつくような御案内とか、必要時に必要な医療機関に結びつけるといったように、地域密着型の事業所とか、できるところについては、家族介護者の健康支援を視野に入れた事業をこれからやっていく必要があるのではないかと考えています。

議題2の一般介護予防事業の推進策の中で、今後の進め方の中で2つほど論点があるわけなのですけれども、参考資料1、3ページ目に、いろいろな事業を実施しているかどうかという評価指標が記載されていたかとおは思います。ほとんど100%実施、80何%実施ということが記載されているところなのですけれど

も、これだけでは取り組みの実態がよくわからないということもあり、なかなか評価が難しいかとは思いますが。大事なのは、こういった事業に参加できる人はいいのだけれども、参加できていない人の把握がどうなるのかということが一番大きな課題だということから考えますと、評価対象のうち一部把握なのか全体把握なのかということを保険者機能評価の中に入れて、きちんとやっているところにこういった交付金がきちんと行くということを進めていただきたいなと思っているところです。

最後に、共生社会の御報告をいただいたわけなのですが、これはあくまでも市町村の任意事業、手挙げ方式で、かつ、報告書の中身を読んでも委託で実施することも可能ということが記載されています。実態としては、そのほうがいろいろな多様な方々に担い手になっていただくという意味ではいいかと思うのですが、介護保険の中でも地域包括支援センターの委託しているところについて、どうも市町村が丸投げをしているのではないかという議論がこれまで重ねてあったように思っておりますので、任意で、かつ、委託といった場合には、ぜひ市町村の丸投げにならないようにしていただきたいと思えます。また、このサービスにつきましては、多様な相談をまずは担っていくこととなります。報告書の中にも、専門職で、かつ、人材育成が大事とは書いてありましたけれども、多岐にわたる相談を引き受けて必要なサービスにつなげていく方々が窓口に当たることとなりますと、カウンセリングの技術が非常に重要となりますので、研修事業につきましては各市町村できちんと行っていただけ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。

ほかにいかがでございましょうか。

武久委員、どうぞ。

○武久委員 ありがとうございます。

資料3と資料4を中心に、現場からといいますか、現場にいる者としての意見を述べさせていただきます。

今、特養でもあいてきているのは、古い4人部屋のところと新しいユニットのところがございます。新しいユニットのところは、1人当たり15万円以上の負担金が要るということで、御夫婦で入られると30何万円が要るということで、とてもではないけれどもなかなか貯金が少ない人は入れないという状況でございます。

補足給付は拡大をしていかないといけない状況でありますので、第3段階の

ところ、今回の改正は理解しておりますけれども、きのうのテレビを見ておりますと、日本は10年前からほとんど成長していない。欧米諸国は1.4倍から1.5倍成長しているというデータが出ておりましたように、日本では庶民が要介護になったときに非常に厳しい。私は病院もやっておりますけれども、病院の特に急性期は、身体抑制とか、いろいろなことで長期の臥床をやむなくしていることによって、以前にも述べましたように、要介護者が医療から介護に入ってくるということでもあります。

また、介護保険が始まったときから、約20年間、介護認定審査会の委員もしていますが、審査のところで要介護度が下がった第1の結果が出ておりますと、5人の審査員が、今、受けているサービスが受けられなくなるのは気の毒だからという意識もあったりして、なかなか要介護度が低くなるという症例が非常に少のうございまして、また、要介護度が軽くなって、実際によくなると、本人が喜ぶかと思うと、本人は悲しむという状況です。要介護者が発生するのは医療機関がオリジンでございますので、ぜひ次の2024年の同時改定までには、医療保険と介護保険の担当者ということで、医療と介護の連携の検討委員会を新しくつくっていただいて、2年間ではなしにちょっと長期にわたって、医療のやり方、また、介護のやり方を徹底的に議論しないと、今後ますます厳しくなっていくのではないかと考えておまして、この辺は年齢もだんだんと高齢に近づいてきますと身につまされるところもございますので、ぜひ皆様方も考え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。

ほかにいかがでしょうか。

津下委員、どうぞ。

○津下委員 「おわりに」を書かれることかと思っておりますけれども、誰に対してどういうメッセージを発信するかということが、全体を読んでみて、それぞれがどこを受けとめればいいのかということがわかるように記載していただくのもいいのかなと思っています。特に国民ですけれども、介護保険制度を持続可能なものにするための議論が、2040年には、今の40代、第2号保険者が要介護になるということで、国民的なメッセージをしっかりと出していくことが必要だと思っておりますので、このメッセージを、国民、また、第2号保険者、支える側、または保険者に対してしっかりと出していくという、誰に対してどういうメッセージを出すのか、また、国はどういう制度を今後どういう方向で考えていくのかということを確認してほしいなと思っています。

国民が、必ずしも介護保険について理解が十分ではない。保険者機能強化推進交付金というものが出され、どんどん進んでいく自治体と余り進んでいかない自治体のそれこそ格差が大きくなっていっても、住民はそれを知らずに過ごしている。住民に対して、自治体に対する希望とか、こうあってほしいという要望がしっかり出せる社会でないと、よいものができていかないのかなと思います。こういう交付金または保険者努力支援制度でもそうなのですから、よいところはどんどん取り組みを強化していくけれども、残されたところについては、8ページにありますように、都道府県とか国がしっかりとサポートをしていく、または、住民に知らせていくことも非常に重要だと思いますので、どういう情報を誰に伝えていくのかということも今後の改革のためには非常に重要だと思いますので、情報の発信の仕方についても記載していただけたらありがたいなと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、どうぞ。簡潔にお願いいたします。

○伊藤委員 1つ質問なのですけれども、補足給付のところ、第3段階のマル2をつくる時の考え方として説明がありましたが、資料でも参考資料3の3ページにあります、本人支出額6万8000円と第4段階の負担との差の2分の1を基準とするということなのですけれども、この2分の1の意味を教えてください。

○遠藤部会長 計画課長、お願いします。

○山口介護保険計画課長 先ほど御説明したとおり、第3段階と第4段階のところに負担に大きな格差があるということで、これをよりなだらかなものにするということで、80万から120万の収入の方、大体この間が40万円ぐらいあるわけなのですけれども、それが120万円から155万円、ここに35万円の差があるという中で、この後半の所得の比較的多い方については、第4段階に行くまでの間にもう一段階ステップを置くという形で負担をなだらかにするという趣旨で、この2分の1という形で御提案しているということでございます。

○遠藤部会長 伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 なだらかにするという趣旨はわかるのですけれども、120万と155

万という収入のほうのことなのか、負担のほうの6.8万というところ、6.6万と差の半分というわけでもないの、収入で御説明されていますけれども、ぴったり半分でもないし、半分というものが何となくという感じでしか理解しにくいものですから、こういう負担増を求めるときにはそれなりにきちんと説明が必要だと思ひまして、改めて聞かせていただきました。

いずれにしても、この預貯金基準の見直しとか補足給付の見直しは、低所得の方の継続的な生活に影響しますので、慎重に検討してもらいたいと思ひます。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

予定していた時間が過ぎましたので、本日はこれぐらいにさせていただきますと思ひます。積極的な御発言をどうもありがとうございました。

また、事務局におかれましては、多様な御意見が出ましたので、それらを踏まえて所要の対応をよろしくお願ひしたいと思ひます。

次回の開催につきましては、追って事務局から連絡するようにいたします。

本日は、これにて終了します。

長時間、どうもありがとうございました。