

○占部総括調整官 ただいまから、第92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、大変お忙しい中、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、オンライン会議システムを活用しての実施とさせていただきます。

また、傍聴席等は設けず、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

まず、前回の会議から委員の御異動がありましたので、新任の委員を御紹介いたします。

早稲田大学法学学術院教授の菊池馨実委員です。

日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長の小林司委員です。

民間介護事業推進委員会代表委員の座小田孝安委員です。

全国町村会行政委員・東京都瑞穂町長の杉浦裕之委員です。

UAゼンセン日本介護クラフトユニオン会長の染川朗委員です。

なお、本日は御欠席ですが、全国健康保険協会理事の吉森俊和委員に新たに委員に御就任いただいております。

事務局の異動もございましたが、時間に限りがございますので、紹介は省略させていただきます。恐縮ですが、お手元の配席図を御確認いただければと思います。

それでは、冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

報道の皆様には、ここで御退出いただくこととなりますので、よろしく願いいたします。

(報道関係者退室)

○占部総括調整官 続きまして、新たな部会長の選任についてでございます。

社会保障審議会令により、部会の委員長は本委員の互選により選出することになっております。本部会には、社会保障審議会の本委員として、菊池委員、野口委員がいらっしゃいます。あらかじめお2人に御相談申し上げましたところ、菊池委員に部会長をお願いすることとなりました。これにより、互選により選出されましたので、御報告を申し上げます。

それでは、以降の進行を菊池新部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 ただいま御紹介にあずかりました、早稲田大学の菊池でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

私は、法学部で、法律学、その中でも社会保障法という分野を担当しておる研究者でございます。

今般、初めて介護保険部会の委員を仰せつかりると同時に、いきなり部会長という大役をお引き受けすることになりました。非常に緊張し、また、大変な重責を担うことになり、身の引き締まる思いでございます。皆様の忌憚のない御意見を賜りまして、よりよい介護

保険制度に向けて議論を重ねてまいりたいと存じますので、どうかよろしく御指導のほどお願い申し上げます。

まず、部会長代理の選任をさせていただきたいと思います。

社会保障審議会令により、部会長代理につきましては部会長があらかじめ指名することとされております。

そこで、部会長代理は野口委員にお願いしたいと存じます。

野口委員、どうぞよろしくお願いたします。

○野口部会長代理 こちらこそ、何とぞよろしくお願申し上げます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

次に、本日の出欠ですが、黒岩委員、齋藤委員、吉森委員より、御欠席の御連絡をいただいております。

黒岩委員の代理として山本千恵参考人、齋藤委員の代理として田母神裕美参考人に御出席いただいております。よろしくお願いたします。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

初めに、本日の資料とオンライン会議の運営方法について、事務局より確認をお願いいたします。

○占部総括調整官 お手元の資料とオンライン会議の運営方法について、確認をさせていただきます。

まず、資料でございます。本日は、電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。事務局提出資料と併せまして、本日御欠席の吉森委員から資料が提出されております。同様の資料をホームページに掲載しております。資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、オンライン会議における発言方法等につきまして、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ていると思います。会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきます。御発言をされる際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して、御発言をお願いいたします。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を降ろす」をクリックいただき、併せて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

まず、議題1につきまして、事務局より資料の説明をお願いいたします。

○橋本総務課長 総務課長でございます。どうぞよろしくお願いたします。

私から、資料1「介護保険制度をめぐる最近の動向について」を御説明させていただきます。

1 ページ目ですけれども、介護保険制度の概要につきましては、1 ページ目から続いておりましたが、説明は割愛いたします。

1 点だけ、12 ページ目を御覧いただきますが、地域包括ケアシステムの構築につきまして、団塊の世代が75歳以上となる2025年をめどに構築を実現することといたしております。この2025年が、次期、第9期介護保険事業計画期間に訪れることになります。

続きまして、13 ページ以降、介護保険制度を取り巻く状況で、まず、人口推計等の資料をおつけしてございます。

15 ページ目を御覧いただきますと、今後の人口の変化、対前年比の伸び率です。75歳以上は、赤いグラフですけれども、2023年に前年比の伸び率のピークを迎えます。また、85歳以上は、紫のグラフですけれども、2033年に前年比の伸び率のピークを迎えるという状況になってございます。

20 ページを御覧いただきたいと思うのですが、今後の介護保険を取り巻く状況で人口構造の推移を見ますと、2025年以降、高齢者の急増から現役世代の急減に局面が変化するというところでございます。生産年齢人口の急減という局面を迎えますけれども、これに伴って就業者数の全体は減少する一方で、医療・福祉に従事する方々の数が増加する、介護ニーズ等の増加に伴って増加することが見込まれておりまして、人材確保が喫緊の課題となっていると思えます。

21 ページ目でございますけれども、第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込みにつきまして自治体の推計値を集計したものとなっております、どのサービスにおきましても引き続きサービス量の増加が見込まれております。

こちらに基づきまして、22 ページ目ですけれども、第8期介護保険事業計画のサービス見込み量に基づいて都道府県が介護職員の必要数を推計しておりまして、これを集計いたしますと、足元の2019年度の約211万人に対しまして、2025年度までに約32万人、2040年度までに約69万人、新たに介護職員が必要となるという推計になってございます。

25 ページ目ですけれども、費用の関係でございます。介護保険にかかる保険給付費、地域支援事業費は年々増加しておりまして、令和元年度でこれらを合わせまして10.1兆円となっております。65歳以上が支払う保険料は、全国平均の月額、基準額を平均したものでございますけれども、第8期につきましては6,014円となっております。

26 ページを御覧いただきますと、第1号保険料につきましては、第7期が5,869円、第8期が6,014円でプラス2.5%となっております。一方、右側の第2号保険料、40歳から64歳の1人当たり月額ですけれども、令和2年度が5,669円で確定額、令和3年度が6,678円で、これは予算における見込額でございます。

この第2号保険料につきましては、27 ページ目ですけれども、40歳から64歳の保険料は各医療保険者が徴収し納付金として支払基金に納付するという仕組みになっておりまして、この納付金につきましては、概算によって納付して2年後に精算して確定する仕組みとなっております。給付費の27%を納付金負担するというところで、こちらについての医療保

険者間での負担の仕方につきましては、被用者保険等保険者と国保の間では加入者数に応じた負担といたします。この被用者保険等保険者の間におきましては、報酬額に応じて負担する総報酬割が導入されておるところでございます。

続きまして、30ページ目を御覧いただきますと、昨今の新型コロナウイルス対策で、介護サービス事業所・施設等における対策について一覧表にしております。平時からの感染症対策で、感染症対応力向上のための研修等、検査の実施や補助、ワクチンの接種といった取組に加えまして、発生時に備えた支援、また、感染者が発生した場合の支援といたしまして、例えば、かかり増し経費への支援など、地域医療介護総合確保基金に基づく支援を行っております。また、感染者が発生した場合等におきましては、介護報酬や診療報酬の特例も設けているところございまして、必要なサービスが安定的・継続的に提供されるよう、予算、報酬、運営基準等を組み合わせた対応を行っているところでございます。

続きまして、32ページ目以降ですけれども、第8期介護保険事業計画期間に向けまして、制度改正・報酬改定等を行ってきたということでございます。

33ページ目を御覧いただきますと、厚生労働省におきましては、2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指すということで、先ほど御紹介した現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題として、多様な就労・社会参加、健康寿命の延伸、医療・福祉サービス改革という3本の柱でもって政策を行っているところでございます。また、引き続き取り組む政策課題として、給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保に取り組んでいくということでございます。

こうしたことを念頭に置きまして、前回の改正、第8期の計画期間に向けました制度改正につきましてこの介護保険部会におきまして御議論いただきまして、34ページ目以降ですけれども、令和元年12月に意見書を取りまとめていただいております。一番上に書いておりますけれども、高齢者を支える地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るということで、この地域共生社会の実現に向けて制度の見直しが必要との認識の下で御議論いただきまして、「介護予防・健康づくりの推進」「保険者機能の強化」「地域包括ケアシステムの推進」「認知症施策の総合的な推進」「持続可能な制度の構築・介護現場の革新」という5つの観点から意見書を取りまとめていただいております。

この意見書に基づきまして、37ページ目ですけれども、前回の制度改正につきましては、同時並行で議論が行われておりました社会福祉制度改革、こちらの内容としては主として包括的な支援体制の構築が挙げられますけれども、この社会福祉制度改革と介護保険部会の意見書を踏まえて行う介護保険制度改革、一体的に改革を行うということで実施いたしております。

具体的には、38ページ目以降、令和2年に改正法が成立して、順次、施行してきているということございまして、改正法の内容、国会審議の附帯決議につきまして、45ページまでに資料を掲げてございます。

続いて、46ページ目以降が令和3年度介護報酬改定の概要でございます。新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で、感染症や災害への対応力の強化を図るとともに、2025年、さらには2040年を見据えながら、地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化防止の取組の推進、介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性の確保を図るということで改定が行われて、プラス0.70%の改定率で改定が実施されております。

47ページ目以降に、それぞれの事項に関する改定項目の概要をつけさせていただいております。

続いて、52ページ目を御覧いただきたいと思っております。昨年11月に閣議決定されました経済対策におきまして、介護職員等を対象に、収入を3%程度、月額9,000円を引き上げるための措置を実施することとされました。

これに基づきまして、53ページ目ですけれども、令和4年2月から9月の賃金引上げ分につきましては補助金という形で、また、54ページ目ですけれども、令和4年10月以降につきましては令和4年度の臨時の介護報酬改定によって措置を行うことといたしております。この54ページ目を見させていただきますと、報酬改定の加算額は対象介護事業所の介護職員（常勤換算）1人当たり月額平均9,000円の賃金引上げに相当する額といたしまして、この取得の要件は、処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所、また、加算額の3分の2は介護職員等のベースアップ等に使用することを要件といたしております。対象となる職種は介護職員ですけれども、事業所の判断により他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることのできるよう柔軟な運用を認めることといたしております。

55ページ目、その加算のイメージなのですけれども、これまでに創設されてきております介護職員処遇改善加算、さらには介護職員等特定処遇改善加算に加えまして、今般、新加算で介護職員等ベースアップ等支援加算を設けることにいたしているところでございます。

続きまして、57ページ目を御覧ください。全世代型社会保障構築会議につきましてでございます。

58ページ目ですけれども、こちらの会議は、全世代型社会保障改革担当大臣が主宰し、ここに掲げております有識者の方々に構成される会議で、趣旨といたしましては、一番下に書いておりますが、全世代型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から社会保障全般の総合的な検討を行うということでございまして、本部会長の菊池馨実教授、国立社会保障・人口問題研究所の田辺所長は介護給付費分科会の委員でございますけれども、このお2人も構築会議のメンバーとなっております。

先般、3月9日に、この全世代型社会保障構築会議の第2回会議、実質のキックオフということで、59ページと60ページ目に当面の論点ということで掲げて議論が行われてございます。59ページ目は、全世代型社会保障の構築に向けて、まずは人への投資の観点から以下の論点について議論を進めていただきたいということで、男女が希望どおり働ける社

会づくり・子育て支援、勤労者皆保険の実現、女性の就労の制約となっている制度の見直し、これに加えて、60ページ目に介護に係る論点が掲げられておりまして、1つ目が家庭における介護の負担軽減で、今後の介護サービスの確保や老後も住み慣れた地域で暮らしていける体制づくりについてどう取り組むべきか、特に今後の介護ニーズが急増する首都圏や大都市についてどのような対応を考えるべきか、介護休業制度等の介護離職を防ぐための制度について今後の在り方をどう考えるか、認知症を抱える方の家族に対する支援の在り方についてどう考えるか、ヤングケアラーにはどのような対応を考えるべきかという論点となっております。地域共生社会づくりについて、孤独・孤立対策、独居の困窮者・高齢者が地域の中で安心した生活を送るための住まいについてどう考えるかという論点となっております。医療・介護・福祉サービスについてというところでは、サービス人材の確保・育成に向けて、デジタル技術の活用や高齢・地域人材の活用、人材育成の在り方等についてどう考えるか。最後に、医療・介護提供体制改革など社会保障制度基盤の強化に向けて、これまでの骨太の方針や改革工程表を踏まえて取組を進めていくべきではないかという論点となっております。こうした全社会議の論点も踏まえながら本日は御議論いただければと考えております。

それに当たりまして、61ページ目ですけれども、この全社会議の論点との対応でこれまでの介護保険部会と介護給付費分科会における御指摘等を整理させていただいた資料となっております。全社会議の論点に沿って整理しておりますが、まず、家庭における介護の負担経費についてという論点に対しましては、介護保険部会の意見書におきまして、介護サービスの基盤整備、介護予防、認知症施策の推進を含めて、地域包括ケアシステムの推進に係る部分について、この意見書の項目を幅広く掲載させていただきました。

62ページ目の一番上のところには、地域の実情に応じた介護サービス基盤整備で、3番目のポツには都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備、最後のポツで「介護離職ゼロ」の実現に向けた施設整備、在宅支援サービスの充実による在宅の限界点の引上げ、介護付きホームも含めた基盤整備促進という意見書の項目がございます。

63ページ目には、認知症施策推進大綱に沿った施策の推進で、一番下のポツには、認知症カフェ、家族教室、ピア活動等の介護者（家族）支援の推進といった意見書の項目がございます。

64ページ目は、同じく家庭における介護の負担軽減についてという論点に対しまして、給付費分科会の審議報告における事項を掲げたものです。こちらにつきましては、地域包括ケアシステムの推進あるいは自立支援・重度化防止の取組の推進に関しての審議報告の項目を並べております。一番下のところに、地域の特性に応じたサービスの確保で、人材・サービスの確保に資する経営の大規模化等も含めたサービスの在り方について、今後の課題として掲げられているところですが、検討していくとさせていただきます。

65ページ目ですけれども、続きまして、地域共生社会づくりについてという全社会議の論点に対しまして、介護保険部会の意見書の中で住まいに係る項目を並べてございま

す。

66ページ目ですけれども、全社会議の論点の医療・介護・福祉サービスについての論点においては、人材の確保・育成、デジタル技術の活用、給付と負担をはじめ制度の持続可能性の確保が論点になっておりますので、これに関連する項目を並べてございます。部会の意見書につきましては、データの利活用、人材の確保、生産性の向上等に関する意見書の項目を掲げてございます。

67ページ目は、部会の意見書の中で給付と負担ということがございまして、補足給付に関する給付の在り方あるいは高額介護サービス費につきましては、この意見書も踏まえまして、前回改正で一定の対応を行っております。一方、現金給付については、現時点で導入することは適当でなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（家族）支援を推進するとされております。そのほかの項目につきましては、引き続き検討すると意見書ではされておるところでございます。

68ページ目ですけれども、給付費分科会の審議報告におきまして、自立支援・重度化防止の取組の推進、介護人材確保、介護現場革新、制度の安定性・持続可能性の確保といった審議報告の中の項目を並べているところでございます。

続きまして、69ページ目ですけれども、この全世代型社会保障構築会議の下に公的価格評価検討委員会が設けられてございます。この検討委員会におきましても、菊池教授、田辺所長がメンバーとなっております。

この公的価格評価検討委員会におきまして、70ページ目ですけれども、令和3年12月に中間整理がされてございます。抜粋したのですけれども、この中で、処遇改善の方向性ということで、一番上の段落で今回の経済対策の措置の結果も踏まえつつさらなる処遇改善に取り組むべきであるとされております。また、下から3パラ目ですけれども、今後の処遇改善を行うに当たりましては、これまでの措置の実効性を検証するとともに、これまでの措置で明らかになった課題や対象外となった職種も含めて検証を行うべきであるとされております。また、一番下のパラですけれども、引き続き、この委員会におきまして、費用の見える化あるいはデジタル等の活用に向けた課題等について検討し、来夏、つまり、今年の夏までに方向性を整理することとされているところでございます。

71ページ目以降ですけれども、各種会議におけるこれまでの御指摘等について資料を掲載してございます。

まず、72ページ目から74ページ目が、経済財政運営と改革の基本方針、いわゆる骨太の方針について掲げております。平成30年6月の閣議決定、令和3年6月の閣議決定について、介護に関連する部分を抜粋して載せてございます。

75ページ目以降が、新経済・財政再生計画改革工程表で、昨年12月に経済財政諮問会議でまとめられたものでございますが、こちらも介護に係る部分を抜粋させていただいております。75ページ目に、健康寿命の延伸。認知症。

76ページ目にかけて、介護予防等の項目がございまして、

78ページ、79ページ目辺りは、データヘルスの改革といった項目がございます。

81ページ目以降に、給付と負担関係の項目が並んでいるところでございます。

83ページ目ですけれども、規制改革推進会議で昨年6月に閣議決定されました規制改革実施計画におきまして、介護サービスの生産性向上という項目がございます。また、今年2月の規制改革推進会議におきまして、それまでの議論の取りまとめということで、介護施設の人員配置基準の柔軟化に関する考え方が示されてございます。この3つ目の○ですけれども、厚生労働省における実証を通じて、実際に介護の質が維持されること及び介護職員の負担増につながらないことが客観的に検証される必要がある、介護職員の処遇改善等を企図する人員配置基準の特例的な柔軟化、つまり、一律の変更ではなくて先進的な取組を行う事業者に対する特例的な柔軟化の可否について、速やかに社会保障審議会介護給付費分科会において議論を行い判断される必要があるとされているところでございます。

84ページ目と85ページ目は、成長戦略フォローアップで昨年6月に閣議決定されたものの抜粋をつけてございます。

86ページ目ですけれども、令和3年の地方からの提案等に関する対応方針、地方分権の関係で昨年12月に閣議決定されたものですが、要介護認定あるいは要支援認定の有効期間の延長について、社会保障審議会の意見を聞いた上で検討し、令和4年度中に結論を得る。同じく令和4年度中に結論を得るということで、認定審査会における審査・判定に係る事務も掲げられております。また、一番下ですけれども、介護保険事業計画について、地方公共団体の事務負担を軽減する方策を検討し、令和5年度中に結論を得るとされているところでございます。

最後に、87ページ目と88ページ目に、昨年5月の財政制度等審議会に取りまとめられました財政健全化に向けた建議の中から抜粋させていただいております。

以上、雑駁でございますけれども、資料1の説明とさせていただきます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様から、ただいまの説明に関して御発言をお願いいたします。事務局からの説明にもありましたとおり、本日は、全世代型社会保障構築会議で示された論点を踏まえながら、広く御意見をいただければと存じます。多くの委員がおられますので、要領よく簡潔に御発言いただきますよう御協力をお願いいたします。いかがでしょうか。挙手機能をお使いいただきましてお示しいただければと思います。

それでは、手をお挙げいただいた順番で指名させていただきます。

まず、岡委員、お願いします。

○岡委員 ただいま、介護保険制度に関する最近の動向を丁寧に御説明いただきまして、ありがとうございます。少子高齢化が制度に与える影響の大きさを改めて認識いたしました。

本日は、今御説明いただきました資料1の内容を踏まえて、介護保険制度の今後の見直しについて、日商としての基本的な考え方を述べてまいりたいと思います。



まずは、制度全般と財政についてです。御説明いただいたとおり、高齢化の進展により、認定者数やサービス利用者数が拡大し続ければ、給付費・事業費は増加の一途をたどらざるを得ません。そうした保険給付については、共助たる保険料と公助たる公費で折半しておりますが、さらなる負担を国民に求めることはなかなか難しい状況にあります。しかしながら、誰もがいずれ年を取るわけですから、皆が自分事として考えられるよう、納得のいく丁寧な説明を続けることが最も重要であり、その上で必要な費用増加について理解を得るべきであろうと思っております。なお、共助・公助とともに留意すべきと考えますのは、自助の考え方であります。この観点で何より重要なことが、健康寿命の延伸であり、これに向けて官民を挙げた様々な取組を促進すべきと考えます。そのうちのひとつとして、近年、健康経営に取り組む事業者が増えてきておりますので、一層の後押しをお願いしたいと思っております。また、先ほど申し上げた理解を得る取組と重なりますが、介護を含む社会保障全般に関し、新生社会人はもとより、学校教育段階からの理解促進をぜひとも図っていただければと思います。さらに、保険財政そのものについて申し上げますと、サービス利用者について、支払能力に応じた利用料の負担という考え方をもう少し打ち出しでもよいのではないかと考えております。

次は、介護サービスの担い手についてであります。労働力人口が減少傾向をたどる中で、拡大する見込みの介護サービスの需要をどのような方法で満たすのかが、極めて重要な課題でございます。現場作業・労務の負荷軽減に資する高度な介護ロボットやセンサーの開発導入をはじめとする介護DX、その促進を通じた労働生産性やサービス供給力の向上、さらには行政手続の簡素化による事務の効率化などについて、今後、本部会で積極的に議論を行っていただければと思います。

最後になりますが、介護職員の確保・定着に向け、賃上げ等による処遇改善は有効な手段の一つであり、その方向性につきましては賛同いたします。他方、申すまでもないことと思えますけれども、併せて、サービス利用者や保険料負担者の理解を得るために、サービスの質の向上に対し、官民を挙げた不断の努力を行っていくことが不可欠であると思えます。

私からは、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 よろしく願いいたします。

私からも、手短かに3点ほど。

まず、厚労省から2040年に向けて介護従事者の必要数が約280万人ということが資料の22ページに出てきておりますが、正直に申し上げて、今、労働人口は低下傾向にありまして、介護だけで280万人を確保できるのかということはいまにも現実味がないように思います。これからは、人から機械へ、人からデジタルへという形で、いかにマンパワーをほかの手段で代替できるかということで、人手の節約に努めていく必要があるかと思えます。

このこと自体、介護の生産性の向上にもつながるものでありますので、今、私は規制改革の仕事をしておりますけれども、その介護の現場でDX化を進めるに当たって必要な規制改革を進めていく必要があると考えております。

また、もちろん介護職員の方々の処遇改善もまずは喫緊の課題ではありますし、もちろんこの方向性でよろしいとは思っておりますけれども、ただ、人件費が増える一方、アウトカム、その成果はどうなんだということは問われると思います。介護報酬の在り方も含めて、もう少し、アウトカムに基づいた評価、アウトカムに基づいた報酬という体系があつてしかるべきかと考えます。

最後に、もう一つ、ずっとこの介護保険部会でも議論になっていきますし、規制改革推進会議でもずっと問題視されていることは、ローカルルールが存在です。介護事業者に対して自治体さんが様々な書類を求めるのですが、そのフォーマットが違う。求める提出書類が違う。数が違う。この辺りは、全国展開されている介護事業者の方々もいらっしゃいますので、全国的に標準化を進めていく必要がありますし、もちろん紙ベースではなく全てオンラインで完結する形での報告書の提出、あるいは、監査もできるオンラインでやれるように、そういう仕組みをつくっていく必要があるかと思っております。

私からは、以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、梶田委員、お願いします。

○梶田委員

今日は、議論のキックオフということで、まずは介護現場の現状をお話ししたいと思います。

今の介護現場は、非常に疲弊しています。壮絶な状況と言っても過言ではありません。介護人材の不足は、御承知のとおりです。しかし、この介護人材の不足は、他業種でも人材不足はしていますので、待遇改善だけを図っても解決にはつながっていきません。その上に、この新型コロナウイルスの問題です。介護現場で、感染症対策は最重要課題として取り組んでまいりました。そのこともあって、介護現場での感染クラスターは諸外国に比べて比較的抑えることができていたと思います。しかし、この令和4年になってから、オミクロン株がその感染力の強さで次々と介護現場を襲っています。ただでさえ人材不足の上に、さらに、感染者、そうでなくても濃厚接触者となれば、本人に症状等がなくても、仕事を休まなければならない。特に、最近の傾向は、家庭内で子供たちの感染や濃厚接触者となったために仕事を休まなければならないケースが急増しています。そのために、各介護現場では、誰かがこの新型コロナ関連で休んでいる、そんな状況が続いています。介護現場は、人と人との直接の関係で成り立つ職場です。リモートワーク等ではなし得ません。自らがいつ感染するか分からない、その上、コロナ関連で突然仕事を休む同僚が増えてきている状況で、肉体的な疲労だけでなく、精神的な疲労も計り知れません。クラスターが発生した施設では、感染した入所者の方が入院できずに施設内療養を継続しなければなら

ないことが最大の課題として挙がっています。入院させてもらえないことが一番辛い、どうか彼らの命を守ってほしい、悲痛な叫びが現場から聞こえています。一日も早い新型コロナウイルスの終息が持たれますが、これらを含めて、介護現場で働く意欲をそぐ、介護現場から去って行ってしまおう、そんな一因となってしまうことが現状でございます。それらの対策を含めた何らかの検討をしなければいけない状況かと思えます。まず、単に処遇改善や効率化だけではどうしようもない状況が前提条件となっているということがあると思えます。

介護保険制度の話になりますと、85歳以上の高齢者の増加は2040年まで続きます。介護費用も要介護認定率も85歳以上の方は非常に高いですので、総介護費用は増加の一途をたどっていくと思えます。ただ、一つの課題は、地域によって大きな事情の差がございます。一部の過疎地では、人口だけではなくて高齢者の減少も始まっています。一方、大都市部では急激な高齢者増が襲っています。日本全体の平均的な部分ではなくて、地域に応じた考え方の導入も必要かと思えます。介護保険制度で、事業者にとっては一律の制度で運営はしたい、でも、地域によっては特殊状況を踏まえた対応をプラスアルファでしていくことも一つの考え方ではないかと思えます。

もう一つは、1号被保険者、65歳以上、2号被保険者、40歳から65歳で、制度が始まって二十数年がたって、状況も大きく変わってきました。特に、第1号被保険者、65歳を過ぎても現役で頑張っている、健康で働いている人が、非常に増えてきています。その人たちにとって、まだ自分は高齢者ではないという意識が非常に強いものですから、この1号被保険者という概念も少しは検討していくべきではないかと思っています。年齢だけで区分という時代は終わったのではないか、大枠として介護保険制度を大きく改革する時期が来たのではないかと思えます。

キックオフに当たって、私の意見でございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。

日本介護福祉士会、及川でございます。

意見を申し述べます。

まず、資料にもありますように、介護需要の拡大を見込んで、介護助手や生活援助従事者の養成なども全国的に進められております。老健事業による調査研究におきましても、事業所などの様々な工夫による多様な人材活用の好事例が紹介されているところでございます。

ただ、一方、人材が多様化しても、介護サービスの質を低下させないことも大変重要でございます。介護チームの中で指導・育成・働き方などの検討など、介護職チームのチームマネジメント機能の強化が不可欠でございます。厚生労働省が示す富士山型の介護人材

において中核人材に位置づけられている介護福祉士は、チームマネジメント、サービスマネジメントのスキルが求められる時代となっております。実際、ほとんどの介護事業所において介護福祉士が従事しております。訪問介護サービスのサービス提供責任者や施設でのユニットリーダーなどをはじめとするリーダー的役割を既に担っております。体制加算などでも有資格者の配置に対して評価をいただいておりますけれども、配置基準においては介護職員という表現にとどまっているところがございます。介護福祉士が従事していない事業所は皆無に等しい実態があることを踏まえれば、有資格者である介護福祉士を配置基準上に明確に記載すべきと考えます。介護福祉士及び多様な介護人材で介護サービスの質をしっかりと担保することはこれまでもこれからも変わらないことですが、その役割、責任を明確に示してもらうことにより、私たちが誇りと自覚を持って従事するモチベーションにもつながると考えられます。併せて、示されました役割・責任を担う人材については、例えば、介護職チームのリーダーを養成することを目的とした介護福祉士ファーストステップ研修を修了するなどの学習履歴をもって個人の質を評価する仕組みも検討すべきではないかと考えます。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、染川委員、お願いします。

○染川委員 新しく委員になりました、染川でございます。どうぞよろしく願いいたします。

ふだんは、介護従事者約8万6000人により組織した職業別労働組合の会長を務めておりますので、本部会におきましては、介護従事者の代表として、現場を支える介護従事者の声を反映させつつ発言させていただきましますので、どうぞよろしく願いいたします。

介護保険制度をめぐる最近の動向について、介護従事者の立場から、介護人材の確保という観点で意見を述べさせていただきます。

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について、2040年には現在より69万人多い280万人が必要だということがございますが、現状でも多くの介護事業所では介護職員の不足が深刻な問題となっております。特に訪問介護に至っては、募集をしても全く人が来ないという状況が改善されておられません。結果として、短時間の就労を希望している時給制の介護職員に長時間の就労をお願いしたり、定年年齢の延長や撤廃などにより、何とかマンパワーを確保し、現場を支えていることが実情です。また、現在介護職員の平均年齢は48歳となっており、今後人材確保を進めるに当たり特に留意しなければならないことは、介護職員の高齢化に伴う退職あるいは通常の退職をされ介護現場から離れる方々の数を補いつつ、さらに入職者の上積みを図っていかなければならない点だと考えております。現在の離職率あるいは介護職員の年齢構成から、私どもの組織で推計した結果、2040年までに新たに介護職員として就労していただかなければならない人数はおよそ200万人前後に達するものと考えており、本日の資料に示されているように、全ての産業での就業

者が減少を続ける中で、介護職員が魅力のある仕事と評価され、積極的に介護職員という職業を選択する方を増やす施策を重点的に進めていく必要があると考えています。

第8期介護保険事業計画においては、介護職員の処遇改善、多様な人材の確保・育成をはじめとする、主に5つの項目から成る総合的な介護人材確保対策に取り組むこととしております。その中でも、私どもが特に介護職員の確保と密接な関わりがあると考えている介護職員の処遇改善策につきましては、介護職員等特定処遇改善加算の賃金改善における配分ルールの緩和が行われることとなりました。私どもの組合員が勤務する事業所は4,000か所以上に及びますが、この介護職員等特定処遇改善加算の取得率は、制度開始時点ではほぼ100%の水準となっております。そのような中で、私どもが昨年8月から10月にかけて実施いたしました賃金実態調査の結果は、介護職員等特定処遇改善加算による賃上げ効果を反映したものとも言えるわけですが、月給者に限って申し上げますと、介護職員の平均賃金は26万9810円まで上昇しました。これは所定内賃金でございます。比較年度は異なりますが、2020年の全産業平均との格差は3万7886円となります。また、平均年収につきましては、371万2292円となり、全産業平均との格差は、夏と冬に支給される一時金水準の格差が大きい影響もあり、88万5808円となりました。全産業平均との格差の縮小には至ったものの、是正までは至らないということが現状です。現在の賃金に対する意識については、不満である、大いに不満であるというものを合計すると、66.6%、およそ3分の2を占めており、特定加算が始まる前の69.1%と比較をすると僅かな改善にとどまっており、今後もより一層の処遇改善を進める必要があると考えます。

また、組合員が考えている処遇改善に向けての必要な取組については、今回の調査から変化がありまして、介護報酬の引上げ以外の最上位項目が、事業者の経営努力に替わって介護従事者の働き方の創意工夫になりました。介護ロボット、センサー機器、ICTなどの導入、事務負担の軽減などによる生産性向上にも取り組み、それを職場環境の改善や処遇改善につなげていく必要があると考えます。

いずれにしても、介護職員については、将来不足することはもちろんですが、既に不足していることが実態ですから、ケアマネジャーや福祉用具専門相談員等も含めた介護従事者全体の処遇改善につながる様々な施策を強力に推進していくことが必要だと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

経団連の井上でございます。

資料に記載がございましたけれども、制度の創設から21年を経まして、介護保険制度は経済社会に必要な社会的な共通資本として定着をしていると考えております。一方で、給付は10兆円を超え、保険料や公費などの負担が非常に増しております。今後の制度の見直

しに当たっては、常に、過去の振り返りと今後の中長期にわたる将来見通し、例えば介護需要とそれを支える資源、すなわち、人材をどうするのか、財源、設備、提供体制の在り方などにつきまして、入念な検討が必要だと考えます。その観点から、今後、10年、20年程度を考えますと、人口に占める高齢者の比率の増大と、現役世代が急減していくという点を大前提とした制度の検討が必要だと考えます。

また、経済界の立場から特に強調しておきたいのは、経済成長との関係でございます。例えば、今後の介護の需要の増大は経済成長のスピード以上と考えられますけれども、そのまま成長以上の保険料負担を単に強いるということであれば、社会的な理解は難しいでしょうし、消費にも影響を与えることになると思います。また、先ほど指摘がございましたけれども、医療・福祉従事者の急増も日本の産業構造自体に影響を与えていくと考えます。いずれにいたしましても、日本の経済社会全体の中の介護制度という観点を重視していただきたいと思います。

このような観点から、利用者負担の在り方や給付範囲の本質的な見直しも必要になると思います。第8期の事業計画の中では継続検討とされておりますけれども、利用者負担の見直しやケアマネジメントに関する給付の在り方や軽度者への生活援助サービスなどに関する給付の在り方につきましても見直しが必要になってくると考えます。いずれも難しい課題ではありますが、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者入りするという中で、今回の改革において着実な見直しが必要と考えます。

また、今後、介護現場の革新、テクノロジーの活用、事務負担の軽減、あるいは、科学的介護を推進することが必要になってきますけれども、その際には一定の設備投資などが必要となりますので、これらを進める上では一定の大規模化・ネットワーク化が必要と考えます。先ほど御指摘のありましたように、自治体間で異なる文書手続を標準化することも重要だと思います。また、人材の確保も、より大きな規模で融通を図ることで解決できる点もあるのではないかと思います。こういう点につきましても、本質的に検討する時期に来ているのではないかと考えます。

最後に、1点、資料の37ページで、介護保険制度と社会福祉制度を一体的に示しておられますけれども、もちろん地域共生社会の実現という点では非常に重要な論点でございますけれども、財源構成等々につきましては全く別物でございますので、その点につきましては明確に区分して考えていただきたいと思います。

私からは、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、杉浦委員、お願いいたします。

○杉浦委員 全国町村会の杉浦でございます。よろしくお申し上げます。

2点につきまして、簡潔に述べたいと思います。

1つ目ですが、先ほどから皆さんもおっしゃっているように、介護職員の確保についてでございます。人口減少社会下で、第8期介護保険事業計画に基づけば、令和7年度まで

にさらに32万人を確保する必要があるとされています。生産年齢人口、要するに、他職からの移行と条件整備は引き続き喫緊の課題になるものと考えます。このため、例えば、就職支援や、ICT、介護ロボット等、デジタル技術を活用した現場の負担軽減などに加え、地域の実情に応じた体制整備並びに職場環境の改善への支援についても引き続き検討を願いたいと思うところでございます。

続いて、地域包括ケアシステムについてでございます。町村では、人口はさらに減少し、生産年齢人口の減少、また、高齢化が進むとされています。実際に町村の現場では、介護職員の確保と同様に、各福祉の現場での働き手の確保が大変難しくなっています。また、施設や公共交通機関が少ないところもありますので、サービスの提供及び高齢者の利用が難しいなどの実態も存在します。今後、そのような点につきましても留意して議論を進めていただきたいと思います。

意見は、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、津下委員、お願いします。

○津下委員 よろしく願いいたします。

先ほどの資料の中で、85歳以上が急増するということを示されました。世界に先駆けて、超高齢者の方々が増えるという、世界がこれから直面するかもしれない状況を経験することになります。確かに困難ではありますけれども、ここで開発された様々なシステムや方法は今後世界で役に立つものになればという期待感もあります。先ほど経団連の井上委員がおっしゃられましたけれども、これがビジネスとしても成り立つやり方をしっかりと検討していくこと、その際、高齢者に対するケアの面では介護人材が非常に重要であり、介護の質を高めるということが大切なのですが、実施方法としては、例えば様々なデジタルインフラが整ってきた中で、書類作成や認定プロセスなど、もっと抜本的な負担を減らし、効率化できないかと考えていることが1点。

2点目は、健康寿命は延びてきたのですけれども、現在、健康日本21の評価でも75歳が現在のおおよその数字となっております。これから85歳以上が増えてくるところ、健康寿命をそこまで延ばすかということはなかなか難しいという中で、85歳以上に対する要介護の在り方について考え方の整理が必要です。1つにはその前の世代の介護予防をしっかりと進めていく必要があると思っています。これまでも、一般介護予防事業として、総合事業が地域の中で様々な取組が行われてまいりました。また、令和2年度より、高齢者の保健事業、医療保険と介護保険が一緒になって後期高齢者の予防に取り組むということが進んでまいりまして、その中で、医療と介護のオーバーラップの対象者について、うまく疾病のコントロールと介護予防事業を組み合わせたいこうという動きが始まったところでございます。また、それに伴って、国保データベース（KDB）では医療・介護レセプトのほかで健診等の質問票のデータが一括管理できるようになった。そのような中で、これから介護予防事業についても新たな局面を迎えていく必要があると思っています。一方、今まで元

気な高齢者が地域の担い手・支え手になったわけですが、高齢者の労働、雇用が進むようになってきて、高齢者になかなか時間がなくて、地域づくりやインフォーマルなボランティア活動に元気な方が参加する機会が今後減ってくるのではないかと思います。これまで、通いの場とか、地域づくりの中で活躍していた元気高齢者人材が減ってくる可能性があることに対して、もっと様々な世代、子供から巻き込みながら、包括的に進めていく必要があると思っています。

3点目なのですが、介護従事者の離職についてです。労働災害、転倒事故などが多発しているということも報告されております。高齢労働者、高齢の介護者が増える中で、この労働災害を防ぐ取組がさらに必要になってくるかと思えます。職場の中で、職員に対して、どのように介護するかということもありますし、職員自体の介護予防といえますか、健康づくりをさらに進めていく動きに取り組んでいただく必要があると思っています。今回、様々なデータを出されることによって、介護保険だけではなく様々な部局の力も借りながらこの難局を乗り切っていくことが必要と考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、河本委員、お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。

健保連の河本でございます。

今回は、次期制度改正に向けた議論のキックオフでございますので、そうした観点から何点か意見を申し上げたいと思います。

本日お示しされた資料にもございますとおり、高齢化の進展などによって、要介護認定者あるいはサービス利用者数が大幅に増加、介護給付費も大幅に増加をしているところでございます。また、これに伴って、保険料水準も大幅に上昇し、今後もさらなる増加が見込まれる状況にあるということでございます。高齢者人口が増加する一方で、制度の支え手であり、また、2号保険料を負担している現役世代は減少に転じておりまして、保険料負担は、本日の資料にもございましたけれども、制度創設時に比べても3倍以上に増加するなど、高齢者医療の負担も含めて、現役世代の負担は限界に達していると考えております。もとより介護サービスの必要性は十分に理解しておりますけれども、こうした状況を考えれば、これまでと同様に拡充を続けていける状況にはないのではないかと考えております。制度の安定性、持続可能性の確保に重点を置いた見直しを図っていかなければ、いずれ制度は破綻しかねないと危惧するところでございます。前回の制度改正では、給付と負担の見直しについて先送りされた項目も多くて、当時、私から踏み込み不足だと申し上げた経緯もございます。次期制度改正に当たっては、これまでの制度改正の実施状況や効果を検証していただくとともに、持続可能な制度の構築に向けて、利用者負担や保険給付範囲の見直しなど、前回先送りされた項目も含めて、より踏み込んだ見直しを行うべきであると考えております。



前回先送りされた項目のうち、利用者負担の見直しにつきましては、保険料の上昇を抑制していくために、負担能力のある方には負担していただくことが必要でございます。低所得者に配慮しつつ、利用者負担は原則2割負担として、また、3割負担である現役並み所得者の対象範囲も拡大すべきであると考えております。

また、給付面についても、例えば、ケアマネジメントの給付の見直しについては、以前から議論されてきておりますけれども、サービス利用が定着し、介護給付費がこれだけ増えている状況などを考えれば、ほかのサービスと同様に利用者負担を導入すべきだと考えております。さらに、多床室の室料負担や軽度者の生活援助サービスなどに関する給付の在り方などについても、負担の公平性、サービスの重点化などの観点から、見直しを図るべきと思います。

このほか、介護サービスの質を確保しつつ、介護ロボットやICTなどを活用した介護現場の業務の効率化、生産性の向上といった取組、あるいは、医療・介護のさらなる連携など、骨太の方針や改革工程表で指摘されている諸課題についても、制度の持続可能性確保の観点から十分な検討を行うべきであると思います。

最後に、第2号被保険者の保険料負担の仕組みに関連して、意見を申し上げたいと思います。2号被保険者の保険料は、各医療保険者が納付する介護納付金の形で徴収をされるわけですが、給付と負担の関係性が希薄なために、2号被保険者から見ると税金に近い性格のようなものになっていて、介護保険の保険者ではございませんけれども、各医療保険者が2号保険料を徴収・納付しているわけでございます。現役世代の負担が大きく増加している中で、保険料を納付している2号被保険者あるいは各医療保険者の理解と納得を得るためには、2号保険料について、例えば、国の審議会という開かれた場で検討・議論をし、大臣は審議会の意見を聞いた上で全国一律の保険料率を決定するといった、透明性・納得性のある仕組み・手続などに見直すことも必要ではないかと考えておりました。こうした点についても、今後、検討をお願いしたいと考えております。

私からは、以上でございます。

○菊池部会長 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 ありがとうございます。

高松市長の大西でございます。

私からは、2点について意見を言わせていただきたいと思います。

資料1の16ページでございますけれども、そこに、21年間、対象者・利用者が増加してきておるとありますとおり、介護保険制度は高齢者自身にとりましてなくてはならないものとして定着・発展してきているものと認識をしておるところでございます。それゆえに、2025年以降に高齢者の急増から今度は現役世代の急減に局面が変化するというところでございまして、2040年以降を見据えて持続可能な制度を今回は探っていかなければならないと思っておるところでございます。このようなことから、2つの視点から見直し等について

意見を述べたいと思います。1つ目は、保険者の在り方についてでございます。先ほどから出ていますけれども、人口減少・超高齢化の進行ということで、2040年以降の人口構造を勘案いたしますと、持続可能な介護保険制度を確立していくためには、現在は市町村となっているわけですが、保険者の在り方は、本当にこのままで持続可能なものなのかどうか、若干疑問も感じるところでございます。広域化も含めまして、様々な方策の検討を行い、早急に具体化していく必要があるのではないかと存じております。また、2つ目は介護人材の確保です。これも何回も出ておりますけれども、基礎自治体におきましては、介護分野だけでなく、保育や教育等の様々な分野におきまして人が行うサービスを持っておりまして、いわゆる人材の確保がそれぞれで課題になっておるところでございます。特に地方郊外部におきましては、生産年齢人口の減少が著しくなっておりまして、これからさらに激しくなるということですが、その中で介護人材をいかに確保するのか、現在でも苦慮しているところがございますし、今後ますます厳しくなるということがございます。そこで、全国的な介護人材の総数の確保・育成も大事ですが、それと併せて、人材不足が深刻な地域について特別に何か支援ができるような制度、そういう施策を検討すべきであると考えております。また、これも佐藤委員等からも議論が出ていましたけれども、ICTや介護ロボット等の先端技術の活用についても、検討がなされ、一定の実現がなされているところがございます。人材不足ということであれば、この辺につきましてもDX化ということでぜひ積極的に進めていくべきであると存じております。

次に、2点目でございます。資料の30ページになりますが、高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した場合等に活用することができる制度ということで掲げられております。この資料にありますように、国におきまして高齢者施設等への新型コロナウイルス対策の支援を様々な講じていただいております。これにつきましては、感謝を申し上げたいという存じます。一方、基礎自治体、私のところは中核市でございます。保健所も運営をしておるところでございますけれども、保健所体制が非常に逼迫いたしております。そういう中で、感染者発生への対応、また、ワクチン接種等の対応を行っていかねばならないということで、今はもちろん休日返上でフル回転をしておるところでございます。そういう中で、対象の高齢者施設などでクラスターが発生したときが結構大変でございます。もちろん保健所から感染管理看護師あるいは保健師を派遣して対応しておりますけれども、高齢者施設の場合には、いわゆる介護保険施設ではございますけれども、いわゆるそこで収容できる施設でもあるということで、医療措置を必要とする場合でもできるだけその施設でやってほしいということになるわけでございます。そうなりますと、対応が非常に難しくなる、逆に難しくなるということでございます。そういう意味で、国におきまして、今後におきましても、必要に応じて高齢者施設等に対する支援をいただきながら、状況を見据えて、その支援について具体的な検討・実施をお願いしたいと存じております。また、現在、ちょうど感染症法等の法律制度の見直しが検討されていると仄

聞をいたしておるところでございます。地方の現場における現状・課題等を十分に踏まえて、実効性のある見直しとなるように議論を進めていただきたいということをお願いしておきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

まずは、多くのデータ資料と論点や課題を整理していただきまして、ありがとうございました。必要なサービスをこれからも確実に利用できるようにすることが、生涯を通じた安心の確保につながりますし、介護保険制度はますます重要になってくると思っております。

そのような中で、質の高いサービスの提供が将来にわたり持続可能なかどうか、とりわけサービスを担う人材確保について懸念を抱いております。また、高齢期の住まいの確保も容易ではない現実や介護離職についても依然として目の前にある課題です。

このような認識から、例えば、介護職員の必要人数に対する現状、テクノロジーの活用によるケアの質や介護職員への影響、公正・中立なケアマネジメントの確保、一般介護予防事業では通いの場の取組がどのような状況にあるのかなどは非常に気になりますし、検証すべきことが様々にあると考えております。

また、これからも継続的に検討していくべき課題として、ケアの質の向上と効率化の推進はもちろんのこと、在宅を支えるサービスの充実、これは質の高いサービスをするために人材確保が必要だと思っておりますし、認知症の人への支援強化、ケアラーへの支援、生活に困窮する状態でも格差なく良質な住まいを確保できるようにすること、さらには、介護や支援が必要なときには誰もがサービスを受けられるよう、介護保険の被保険者範囲・受給者範囲を拡大して制度の普遍化を図ること、そして何といたっても公的価格評価検討委員会の中間整理も指摘していますように、介護労働者の継続的な処遇改正などを通じた人材確保とそれによるケアの質の向上など、様々にあると考えております。

これらの課題について、継続的にこれからも検討し、併せて、医療と介護の連携強化、地域包括ケアの推進で課題を克服していくことが必要と考えておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

日本看護協会の田母神でございます。

私からは、3点の意見を申し述べます。

まず、1点目が、首都圏・大都市への対応です。介護ニーズが急増する首都圏や大都市

への対応としましては、在宅で暮らし続けるために必要な支援を集約した多機能のコンパクトなサービス拠点を整備していく必要があると考えております。看護小規模多機能型居宅介護は、包括報酬で、利用者の状態の変化に柔軟に対応しつつ、医療のニーズや看取りへの対応も可能なサービス拠点です。こうしたサービスの整備が急がれると考えております。その際、特に首都圏や大都市では、開設にかかる土地や建物の費用がネックになっていることも多くございます。このため、地域医療介護総合確保基金等を活用した自治体による支援の一層の充実が求められると考えております。

2点目が、ヤングケアラーについてです。ヤングケアラーについては、制度、サービスの谷間に落ちていた課題であると考えております。資料の39ページにお示しいただいておりますように、市町村の包括的な支援体制を構築していくことが非常に重要です。その際に、ヤングケアラーのケア対象である要介護者の方あるいはその他の疾患や障害を抱えた方のサービス提供に関わっている専門職が、課題を共有した上で、ヤングケアラーの負担軽減を図っていく仕組みが必要であると考えております。例えば、ケア対象者の家庭の状況をよく知るケアマネジャーや訪問看護師から地域包括支援センターに連絡を行い公的な支援につなげていくことも必要ではないかと考えます。そういった意味では、地域包括支援センターの設置基準や人員の配置の見直しについても、今後、検討課題としていくことが必要なのではないかと考えております。

最後に、介護領域に従事する看護職員の処遇改善についてでございます。介護保険サービスを利用する高齢者の皆様は、介護と医療の両方のニーズを併せ持っているいらっしゃいます。住み慣れた地域で生活を続けていくという点では、介護領域における看護職員の役割が重要になってまいります。看護職員の人材確保・定着に向けて、介護保険領域での処遇改善の拡充を改めて要望いたします。公的価格評価検討委員会の中間整理におきましては、看護職員の処遇改善に関しまして、全ての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善の在り方について検討すべきと明記されておりますけれども、今回の介護職員処遇改善支援補助金及び介護報酬における対応は、事業所の介護職員の人数に応じた配分となりますので、例えば、訪問看護は対象外となっております。訪問看護を含む介護領域に従事する看護職員の処遇改善については、新たな仕組みの検討と財源の確保が必要と考えております。ぜひよろしく願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

日本慢性期医療協会の橋本でございます。

全体的なことでお話しさせていただきたいと思います。3点あります。

まず、介護保険の資料からも、この全世代型社会保障構築会議の資料からも、介護離職を防ぐための制度をどうしていくかということが載っています。介護離職を防ぐためには、

医療と介護の質の向上、いわゆるADLが向上して自立した生活を送れる高齢者がいることが大事かと思います。疾病のコントロールができるということもなければ介護離職に陥ってしまいますので、具体的に考えていくと、介護離職を防ぐためという、そういったことが重要になるのではないかと思います。その点で考えると、医療と介護の連携、よくシームレス化と言われてはいますが、そういったことが必要になってきて、幾ら回復期リハ病棟や療養病床の医療のところ、疾患もコントロールして、ADLも上げていったとしても、その後、御自宅に帰られる、地域に帰られると、ADLが落ちてしまう。また疾病が起こってしまうということになる。誰かが世話しなければいけないとなって、介護離職につながってしまうということがあるのではないかと、そこで、医療と介護の連携、シームレス化がすごく重要になるのではないかと私は思います。ただ、そう言われながらも、実際に、そういうシームレス化というか、連携がちゃんとできているかという、なかなか難しいところがあって、難しいというか、連携が不十分なところもあるのではないかと思います。実際、人間的なことからいけば、例えば、介護では、そういう処遇改善加算とかがついていますが、医療のところにはないとか、介護と医療の現場では評価法が違うとか、予算の出どころが違いますので、そういったところがなかなか難しいということとはよく分かるのですけれども、医療の現場と介護の現場で差ができています。先ほど看護協会の方も言われましたが、実際に介護の現場の中の同じ職種でも差ができていくということになると、現場をやっている者としては、本当に、給料的なこと、待遇的なことなど、いろいろなことで問題が起きてくるので、すごくやりにくくなってくるということもシームレス化の中の一環だと思います。今回はキックオフでフリーディスカッションが基本だということなので、こういうこともどうかと思って考えただけなのですけれども、医療と介護の連携をスムーズにしていく、効果的に行っていく橋渡しの制度を考える委員会や会議、そういう場も今後は必要になってくるのではないかと思います。

2点目は、福祉施設で、介護の人たちに、例えば、処遇改善加算とか、そういうものはすごくいいことだと思うのですけれども、介護の方だけではなくて、今現場で問題になっているのが厨房の人員です。食事の提供がなかなか十分に行えない。実際に皆さん方は20年も30年も前から施設をされている方もおられると思うのですけれども、食事の提供が以前に比べるとすごく難しくなっている。外部に頼もうと思っても、外部の人からそっぽを向かれるような感じが、地域では特にあります。なぜかという、人が集まらないからやれないということなのですね。特に、朝御飯と夜御飯。昼間は大丈夫ですということなので、昼間だけの事業所に行ってしまう。そこも今から先を考えていかなければ、栄養状態や成分摂取でフレイルの防止や栄養改善をしなければいけないどころの話ではなく、まともな食事が出せないということになっているところが多数あると聞きますし、地域でいくと、田舎のほうでは、私どものところでも、すごく苦慮しております。人間のすごく大事なことなので、食事の提供も考えていかなければいけないことなのではないかと思います。そういうことが2点目です。

最後に、先ほどお話にありましたように、コロナのクラスター対応のときには、施設のクラスターが起こった場合に、どうしても、看護師、介護士、医師が必要になってきますので、そこも医療との連携で、今後、コロナだけではなく、いろいろな問題が起こってくる可能性もありますので、その連携をうまくやっていくことを踏まえても、医療介護の連携のことを考える制度というか、委員会というか、何かそういうところをつくっていくことも今後は必要になってくるのではないかと思います。

以上です。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山本参考人、お願いします。

○山本参考人 ありがとうございます。

神奈川県高齢福祉課長の山本と申します。

まず、今後、介護や支援を必要とする高齢者が増えていく中で、安定的に介護サービスを提供していけるよう、都道府県として、保険者である市町村の支援にしっかり取り組んでいく所存でございます。

資料1の71ページ以降に政府の各種会議での議論がまとめられており、今後、こうした論点に沿って当部会でも議論されていくものと思われませんが、本日は、この中から幾つかの点について、基本的な考え方を申し上げさせていただきます。

まず、介護現場へのロボット・ICTの導入につきましては、介護職員の負担軽減やサービスの質の向上のため、積極的に推進していくべきと考えております。また、科学的介護につきましても、介護ロボット・センサー・ICT導入事業所から集まるデータを活用して推進していくとともに、利用者の状態の改善を報酬上でもさらに評価していくことが必要だと考えます。アウトカム評価でございます。評価に当たっては、その際、事業者の負担にならずに測定できる客観的な指標を導入すべきと思います。指標につきましては、介護予防事業におきましても、第8期計画に向けた検討の際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おきまして、PDCAサイクルに沿った取組を推進するための評価指標の設定が課題として残されていたと記憶をしております。高齢者が改善を実感できるよう、また、事業の評価に活用できるよう、数値化・指標化をしていくことが必要と考えており、評価指標につきましては、大変重要と考えております。今後の議論をぜひお願いしたいと存じます。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 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。

認知症の人と家族の会の花俣でございます。

今日は、お時間のこともございますので、資料4でお聞きしたいことや確認したいことはたくさんございましたが、焦点を絞って、給付と負担について申し述べたいと思ってい

ます。

その前に、23ページの要介護度別認定者数の推移の認定者数と、24ページにあります介護保険サービス利用者の推移の年度平均受給者数を差し引くと、この資料から未利用者数が見えてきたわけです。認定者数は2.6倍だけれども、受給者、つまり、利用者は3.2倍になるわけですが、認定者数と利用者数を比較すると、認定を受けてもサービスを利用していない未利用者の皆さんの人数が大変気になります。認定を受けたにもかかわらず、なぜ未利用者がこれほど多いのか。この点に着目することで何か大きな課題が浮き上がるような気がしております。国民生活基礎調査の概況というものがございます。この大規模調査の2017年では、調査項目の中に、家族介護で何とかやっていたりとか、介護が必要な人で何とかやっていたりという回答が最も多いという報告もされていたのですが、2016年、2019年と回を重ねるたびに、その肝腎の介護保険を利用しなかった理由という項目がなくなっているのです。ここから原因を読み解くことができなくなっています。もしその辺りに関しての情報あるいは調査資料があるようであれば、ぜひ御教示いただきたいと思っています。

肝腎の36ページにあります「2. 給付と負担」についてです。第8期で保留になったテーマの中には、私たちにとって大変深刻かつ重要なものがあります。特に3つあります。まずは、現役並み所得・一定以上所得の判断基準、次が、在宅サービスの利用者、先ほどの24ページのデータでは2021年度で399万人になります。約400万人の利用者にとって欠かすことができないケアマネジメントに利用者負担を新設するというものです。67ページや87ページにも同様の記載がございます。もう一点、ショートステイと施設サービスと多床室の室料負担です。ケアマネジメントに関しては、利用者負担がもし新設されれば、サービス利用を抑制しかねない側面と、利用しないことによるたくさんの方のリスクが増大することは容易に想像ができると思っています。3月17日に開かれた介護給付費分科会においては、介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会の報告の辺りでも、福祉用具だけではなく、居宅介護支援、ケアマネジメントの在り方について、利用者負担の新設も含めて検討するみたいな話になっているのですけれども、これはどうなのですかね。大変不安になりますので、こんな検討会があるようであれば、ぜひお知らせいただきたいと思っています。従前からずっと議論の中で申し上げておりますように、これ以上の負担増・給付削減には耐えられない高齢者が多くいることを改めてここで念押ししたいと思っています。現在、利用者負担は、1割負担を原則に、2割負担、3割負担が設定されています。2割以上の負担をしているのは全体の1割程度になっています。払える人には負担してもらいたいという意見が繰り返し聞こえてきます。先ほど来、負担できる人には負担してもらいましょうという意見も何人かの先生方から出たと思うのですが、高齢者の介護を必要とする人たちの負担能力はどのくらいあるのかというきちんとした資料をまだ拝見したことがございません。ケアマネジメントの利用料や相部屋の家賃の新設も含めて、利用者の負担を増やすことを検討するのであれば、まずは負担できるかどうかということをし

っかり調べることが不可欠であると私は考えます。特に生活保護の対象となっている人たちの半数超が高齢者ですが、本来なら対象になるべき人たちのうち2割程度しか生活保護を受けていないという指摘を伺ったことがございます。生活保護の対象になることなく経済的に苦しい人たちがどのぐらいいるのでしょうか。また、本来なら認定を受けてサービスを利用すべきなのに、利用者負担があるからと最初から諦めている人がどのぐらいいるのでしょうか。サービスを利用している人たちの中でも、今の利用負担が精いっぱい、利用料が増えれば、サービスの利用料が増えたからサービスを削るしかないという人たちが一体どのぐらいいるのでしょうか。2021年度の国民年金の支給額は満額で78万900円なので、国民年金しか収入がない人は、満額であっても、貧困線は国民生活基礎調査の概況で124万円と出ていますが、それを4割近く下回っていることになってしまうわけです。必要なのにサービスを利用していない人、利用しても今の負担だけでも生活がぎりぎりの人、こうした人たちがどのぐらいいるのか。慎重で入念な調査を示していただいた上で議論を進めていただくことを強く要望したいと思います。

もう一点ですけれども、先ほどからデジタル技術の活用についての議論があちこちで出ていると思うのですけれども、在宅サービスの特に訪問系と施設サービスをごっちゃにして議論されてしまうことは違うかなと思っています。在宅サービスを利用している人はすごく多いですし、そこにいきなりデジタル化というのもそぐわない部分もあったりしますので、こういったことにも御配慮いただきたいと思っています。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御意見として承らせていただきます。

鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

今日は、全体的な概観ということで、私のほうでも少し気になっている点を申し上げたいと思います。

1つは、後半ですけれども、全世代型社会保障構築会議が設立されて、社会保障全般の総合的な検討、全てを俯瞰した広範な議論をしていただくということで、大変結構だと思います。ただ、そのときに、改善すべき点とか、どう考えるかとか、どうしていくのかとか、強化すべき点はどのようなかということが検討課題としてずっと並んでいるのですけれども、ぜひ付け加えていただきたいというか、どのような評価をすべきなのかということです。こうすべきだといったときに、それが達成されたかどうかということの科学的な根拠に基づく指標とか、その指標に対して、いつ・どのようにそれを評価するのかということもすごく大事な視点ではないかと私は思っています。どのようなアウトカムを設定してどのような指標で評価をするのかということも、こういう会議で、特に今後日本の社会保障を決めていくあるいは進めていく上でメインの重要な指標については、きちんとしたそういう議論もぜひ付け加えていただきたいと思います。



各種会議におけるこれまでの御指摘等について、この部会でもいろいろと今後も取り上げられていくと思うのですが、例えば、新経済・財政再生計画改革工程表の抜粋がずっと70ページ後半から出ていますけれども、例えば、「健康寿命の延伸プラン」や「認知症の予防」という言葉がすごくたくさんこの全体像に出てまいります。ただ、健康寿命の延伸といったときの健康寿命の決め方が、国民生活基礎調査の健康調査票の中で、障害がなく暮らしているかどうか、イエス・オア・ノーで答えていますけれども、本当にそれだけで決めてしまっているものなのかどうかということは、私は非常に疑問に思っているところがあります。健康寿命を延ばすことも大事なのですが、もっと具体的に言うと、その健康寿命を阻害する不健康寿命の要因をどのように短くするかということも非常に大事なポイントだと思いますので、健康寿命の延伸は裏を返せば不健康寿命をどう短縮するかということです。そのほうが目標設定も立てやすいと思いますので、今後の議論でその辺りを明確にして話をしていかないと、何となく漠然とした議論に終始してしまうのではないかと思います。例えば、「認知症の予防」という言葉も、とても大事なことなのですが、一体「認知症の予防」とは何を意味しているのかということだと思っております。非常に難しい議論ではあるのですが、認知症を発症させないことなのか、あるいは、人が長生きをしていくと必ず認知症は発症してくるのだから、その発症を先送りさせることなのかということを決めないと、発症率をゼロにするように持っていくのか、それとも、発症年齢層そのものを後送りさせるような基準で見っていくのかということ、今後、認知症の予防を議論するときにすごく大事だと私は思うので、その辺をごちゃごちゃにしてしまいますと、何となくムードで認知症は予防していけばいいよねと、いいことなのだけれども、全然具体性がなくなってしまうのではないかという危惧を少ししておりますので、細かいことなかもしれませんが、ぜひそういうところも原点に立ち返るか御考慮していただければありがたいと思います。

以上が私の意見です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

濱田委員、お願いします。

○濱田委員 日本介護支援専門員協会の濱田と申します。よろしくお願いたします。

資料1の15ページには、今後の人口の変化ということで各年代別の対前年比人口の変化が示されておりますが、2025年頃より85歳以上人口割合の急増が示されております。少し前の調査でございますが、厚生労働科学研究における都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応によりますと、75歳から80歳代の認知症有病率は13.6%でありますけれども、85歳から90歳になりますと41.4%に大きく跳ね上がることが示されております。なお、他の調査になりますと、健常者に分類されている方でもいわゆるMCIの方が多数存在することも報告されております。また、高齢者の単独世帯が25%弱に達し、高齢者のみ世帯を含めると50%弱となってくる見込みでございます。なお、これはあくまでも全国の平均値でございますが、地域によっては、現時点で既に一人暮らし高齢者の方が50%

を大きく超える、都市部においてもそういう地域も出てきているということで、各種の支援体制につきましては、今後、強化する必要があると考えられます。

なお、これらを掛け合わせますと、判断能力の衰えた一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯において、自ら他者に対して援助を求めず放置している場合などのいわゆるセルフネグレクトと呼ばれるような自己虐待・自己放任として、現在、各自治体様、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等で主に相談支援等が行われており、介入による対応が必要な利用者が大きく増加することも懸念されております。なお、先ほど花俣委員からの御指摘もございましたが、この中には恐らくサービス未利用者の方も現実に含まれている可能性もあるということでございます。もちろん医療機関による入院や施設への入居あるいは居住系サービスを利用されている方も多いと考えられますが、ケアマネジメントによる生活支援と訪問系サービス、特に介護職員の不足に隠れて介護支援専門員や訪問系サービス職員の確保が相当困難となっている地域も散見されまして、これらを主たる要因として、一部、介護サービスの利用形態を変えようとする事例も散見されてきているところでございます。今後、処遇の改善はもちろんのことでございますけれども、養成校や養成課程も整備するなどの対策や、定期巡回・随時対応などの包括型サービスによる介護サービスの確保のさらなる対策が必要になると考えております。また、ケアマネジメントの給付と負担等の御意見もいただいておりますが、これらの対応によっては、結果的に、他の窓口、例えば、自治体様あるいは包括支援センターその他の窓口への支援に結局は転嫁されてしまったり、あるいは、社会的入院・入居等が増加して社会コストが大きく膨らんでしまうということで、介護保険制度創設時の意義や理念が弱まるあるいは失われるケースも懸念されるところでございますので、これらにつきましては、現行給付の維持を引き続き御検討いただければということでございます。

私からは、以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 全国老人保健施設協会の東でございます。

4点ほど、意見を申し上げたいと思います。

まず1点目は、介護人材のことでございます。資料1の22ページに2040年度には280万人の介護職員が必要になるという推計が示されております。しかし、現在、我が国は少子高齢化を突っ走っているわけで、その人手不足の中で、今後、介護職員を大幅に増やしていくことは非現実的ではないかと考えております。今後は、いかに少ない介護職員で多くの要介護高齢者を見る施策をどのように進めていくかということが一番重要ではないかと考えています。その一つのポイントは、介護福祉士等のスキルを上げていくこともあると思いますが、もう一点は、介護職員の周辺業務を担う人材をどんどん投入していくこと、これはまさしく元気高齢者による介護助手等を現場に多く投入することによって、介護職員の周辺業務を減らし、それによって少ない介護職員で多くの要介護高齢者を見るスキーム

ができてくると考えられます。また、ICT等を導入することによって周辺業務を軽減するようなことができれば、これもまた同じような効果があると考えております。介護助手については、資料1の80ページの新経済・財政再生計画改革工程表にも示されておるところでございます。

2点目は介護職員の処遇改善について申し上げたいと思います。資料1の55ページに処遇改善に係る加算全体のイメージがございしますが、このたび「介護職員等ベースアップ等支援加算」というものが、介護報酬上、10月から設定されることになりました。こうなりますと、10月からは介護報酬の中で、「介護職員処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」に加えて、この「介護職員等ベースアップ等支援加算」という3階建ての介護職員の加算ができるわけでございます。介護保険制度の中で、ある特定の一職種の処遇を上げるために報酬が3段階も入ってくることは、私は筋が悪いのではないかと考えております。処遇を上げることが必要であれば、本来は別財源を持ってくるべきではないかと思っております。

3点目は認知症の施策についてです。資料1の17ページ、②のグラフに、2025年には700万人と、大変多くの認知症高齢者の方を我が国は抱えるわけでございます。資料1の63ページには、「認知症施策推進大綱に沿った施策の推進」も書かれておりますが、現状では、認知症の評価をする場合、認知症高齢者の日常生活自立度が使われております。しかし、この認知症高齢者の日常生活自立度という評価尺度は、認知症の方ができないこととか、徘徊、失禁、奇声を上げるといった迷惑の度合いを評価している指標にすぎません。介護保険は、御存じのように、尊厳と自立支援を旗印にしてしているわけでございますから、認知症の方の尊厳を守るためにも、このような迷惑度の指標は速やかに改めるべきだと考えています。認知症の方であっても、十分にいろいろな能力はまだ保持されているわけでございます。そのいわゆる認知機能をきちんと評価することが、尊厳の維持にもなり、また、認知症の方の認知機能の評価が正確になされれば、そこを維持する又はそこを伸ばすことによって認知症の自立支援にもつながるのではないかと考えています。

最後にLIFEについて一言申し上げます。資料1の84ページに科学的介護の実現が示されております。「自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため」と書いてございます。そのためにLIFEでデータを集めるとなっておりますが、LIFEは1年前に始まったものでございますが、これは走りながら考えるしかありません。ですから、今後ともLIFEをきちんと推進させていくことが必要なことは論をまたないわけでございますが、このLIFEの中でデータを集める指標自体が、真に自立支援に資するものであるかどうかをきちんと検証しながらやらないと、無駄なデータの収集は大変現場の負担になります。本当に必要なデータであれば現場の職員も頑張って提出すると思っております。なぜ必要なのか、自立支援のためにこれがこのように必要なのだということをきちんと説明して現場に負担を強いるべきだと思います。それができてこそ、初めてPDCAサイクルが回って、ひいては利用者のためにもなるというLIFEの理想に近づくのではないかと考えています。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員と兼子委員もお手をお挙げになりましたが、もう一つ、今日は議題がございません。ほかにはおられませんか。

よろしいですか。

それでは、あとお二方ということで、まず、江澤委員からお願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、人材確保について申し上げたいと思います。2040年にかけて85歳以上の人口が増え続ける中で、2040年は、労働人口が5650万人に減少し、そのうち1060万人、すなわち5人に1人が医療・介護・福祉の職に就いていないといけないという状況で、これは極めて高いハードルだと思います。そこをどう乗り越えるかということが我が国の大きな課題ですけれども、その中で、入りの流入部分も重要ですが、介護分野から他の分野に流出しないことも考えていかないといけないと思っています。介護人材確保で、これまで、ICT、ロボット、業務の効率化等といろいろと取り組んできたわけですが、昨年の介護報酬改定のときに要望いたしまして、勤続10年以上の介護福祉士になぜ仕事を続けられるかというアンケートを取っていただきました。その結果は、予想どおり、トップがやりがいでした。私たち現場の職員としては、目の前の利用者のために必死で頑張っているわけで、私たちがケアをした利用者の方が、お元気になったり、在宅に帰れたり、まして笑顔が出て「ありがとう」と言われたときは、最大の仕事のモチベーションが上がるときであります。したがって、特に職員にとっては、自己実現、自分の目指す介護職の姿といったものは極めて重要であって、先ほど申しましたケアの質によって利用者がお元気になるような、いわゆる成功体験と申しますが、この成功体験の蓄積が介護を続けられる特効薬だと思っています。したがって、ケアの質の向上と人材確保は相互に補完する関係にあるということをもう少し政策でも取り入れていただければと思っています。ロボットとかで直接介護が減るということはなかなか今の時点では難しいということで、その辺りを含めて、どうやりがいを引き出していくのか。特に離職理由の最近の調査では、賃金の問題は第4位や第6位になっています。トップから、職場の人間関係、妊娠・出産・育児・女性の働きやすい職場、法人・施設の理念・基本方針がそぐわないといったものでございますので、本質に迫る人材確保政策が必要ではないかと思っています。

2番目に、ケアの質の向上について申し上げたいと思います。医療の分野では、例えば、投薬治療によって、RCTが可能でございます。ちゃんとグループをつくって、介入する群・しない群、あるいは、投与量の高い・低いといろいろな組合せでできるわけですが、残念ながら、介護の分野では、ケアをしている・していない、リハビリする・しないとかは難しい状況なので、RCTができるフィールドにはないわけです。したがって、なかなか決定的なアウトカムは難しいのですけれども、今、報酬の評価でもよきアウトカムを引き出すであろうプロセスを重点的に評価しています。したがって、アウトカムはまたいろ

いろと今後も科学的にも検証していくべきではありますが、よきアウトカムを引き出すであろうプロセスの充実が極めて重要ではないかと思っています。特に、生活期、介護の分野においては、ある意味では障害が固定した状況です。ADLの悪化を防ぎ維持するということが主眼になると思っています。もちろん改善する方も一部いらっしゃるのですが、改善はどんどんしていただければと思いますけれども、いろいろなデータを見ますと、改善度の高い方は、要介護1・2、発症から期間の短い方、あるいは、急性増悪の直後、当然そういうところは短期集中的にリハビリテーションを行うことによって改善は期待できますので、改善する人は改善するし、一方で、要介護3・4・5あるいは本当に重度の方においては、障害があっても、要介護であっても、どう活動参加に結びつけるのか、この視点はまだ改善の余地があると思っていますので、IADLを高めたり社会参加に資するものを介護サービスにおいても求めていくことは重要ではないかと思っています。人員配置基準の柔軟化とか、いろいろと議論も出ておりますけれども、介護は人が人に濃厚にサービスを提供する究極のサービス業でありますので、その辺りをどう考えていくのか、受ける利用者の満足度をどう考えていくのかということが重要なポイントだと思います。特に、食事介助、入浴介助、おむつ交換、いわゆるこれらの3大介護、あるいは、夜勤といった実態を踏まえて考えていく必要がありますし、我々もいろいろな政策の議論をしておりますけれども、百聞は一見にしかずなので、ぜひこういった実態を踏まえて議論していくことが今後は重要ではないかと思っています。

続きまして、医学管理の充実です。コロナ禍において、介護施設において、医療が逼迫していることが主たる要因ですが、本来の治療を施されずに亡くなっている方が相当蓄積されました。これは本当にあってはならないことでありますし、命の選別につながっては いけませんので、ここは大きく改善する必要があると思っています。そういった中で、最近でも、例えば、介護施設でのクラスターにおいても、今分かっていることは、内服治療も、注射剤の抗体療法も、発症後いかに早く投与するかで効果が大きく変わってきます。したがって、発症後の1日目・2日目といういわゆる治療におけるゴールデンタイムを逃しているケースが相当多いことが現実なので、そこでどう治療するのか。あらかじめ医療機関あるいは医師・看護師とマッチングをしておいて、発症すれば、直ちに、場合によっては特例で認められているオンライン診療も活用しながら、まずは早く治療介入をしてその後処遇を考えると、そういったことが今後は必要でありますので、そういった医療の提供体制が極めて重要であります。これはコロナに限らずですが、日頃の医学管理でかなり再発防止できる部分は多々あるので、介護事業所における医療の充実は、今後、着手していくべきではないかと思っておりますし、先ほどの平素からのマッチングも極めて重要であって、起こることは分かっているので、何をすることも分かっているので、そこは手を打つ必要があると思います。

続いて、介護の提供体制ですけれども、今日は、都市部とか、いろいろなことが出ております。日本は、既に医療ニーズがピークアウトをしているところがだんだん増えてきて

いて、一方で、介護ニーズすらピークアウトをしている地域も散見される状況です。したがって、地域の実情に応じて考えることが一番ですけれども、その中で、集住化をして集約的にケアを提供する場合は、今後、かなり必要性が高まってくると思いますから、介護保険事業計画と各自治体における住まい政策が、今、縦割りでなかなかうまく結びついていないので、住まい政策とより密着した連動はぜひ必要だと思っています。地域包括ケアにおいての住み慣れた地域ということがありますので、そこには住まいがありますので、その辺りは十分に検討していく必要があると思います。したがって、日本全国で在宅医療を推進ということはとっくに潮目を過ぎておりますので、地域の事情に即した必要な過不足のない提供体制が必要だと思っています。

最後に、持続可能性について申し上げたいと思います。特に、自助、互助、共助、公助の中で、自助、互助の活用です。これはずっと言われていることですが、今議論されている一般介護予防事業においても、通いの場への専門職の関与によって自助や互助を高めることが十分に可能ではないかと思っております。これは医療分野も同様ですが、廃用症候群、いわゆる寝たきりですね。要は、神経や細胞のダメージではなくて、寝たきりによる廃用性の機能障害は、十分に時を経ても回復することが多いです。例えば、廃用性の嚥下障害でも十分にその部分が改善すれば戻りますし、フレイルが可逆性で元気になることもその一端であります。したがって、我が国においてはこの廃用症候群にかかるマンパワーと医療や介護の費用が莫大であると思っておりますので、この廃用症候群は十分に可逆性で戻る、ここをどう防ぐのか、あるいは、最初からどうつくりたくないのかということは、今後、非常に重要だと思っています。

続いて、持続可能性の財源について、2025年から2040年は我が国においては本当に国難とも言える時期です。ここをどう乗り切るか。世界も注目しているわけですが、この中で、当然必要な適正化はどんどん推し進めるべきだと思っておりますが、一方で、適正化のみで2040年まで乗り切れるかということ、そこは非常に厳しい状況にあると思っております。国民の保険料負担もどこかで限界点を迎えるかもしれませんし、そういった中で、今、給付は公費と保険料が50%ずつですけれども、例えば、新たな公費の投入の可能性があるかどうか、もちろん国家財政は厳しい中ではありますが、当然優先順位で必要性があるものもありますので、保険者が支えることが限界であれば、ある程度、また公費の投入の余地があるかどうか、いろいろな根本的な議論をしていかないと、今日の資料もたくさんありますけれども、適正化の部分とか、いろいろとあるのですが、小手先だけでは多分乗り切れないと思うので、抜本的な財源確保、その上で必要な適正化は当然行っていくという形が必要ではないかと思っております。したがって、公費の投入の在り方あるいは保険料の在り方、そのバランス、介護報酬の在り方、特に介護報酬の大半が人件費に消費されていますので、一方で、介護人材の処遇改善もしつつ、その中における介護報酬の在り方、現在は事業者の収支差は大体3%におおむねコントロールしている中で、今後の中長期的な持続にどのようなアイデアがいいのか、これは、国家財政、支払側、提供側のバ

ランスを含めて、総合的に十分に慎重に考えていく必要があると思っていますし、逆に、今、それを考えないと、2040年までに間に合わないのではないかと考えています。

最後に、介護保険の2大目的である尊厳の保持と自立支援、これだけは揺るぎないものでありますので、ここを踏まえた上でどういうベストチョイスがいいのかを考えていく必要があると思っています。自らの希望で要介護になっている方は誰もいらっしゃらないわけで、誰もが人生の最期まで少しでも自分らしくありたいと願っているはずですから、そこは一番尊重すべきだと思いますので、そういったことを念頭に置いて、いろいろなお立場の人が今日もいらっしゃいますけれども、目指すところ、ゴールは一つだと思っていますので、ぜひそこを目指して忌憚のない議論をこれから進めていただければと思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。最後になりますが、兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ほかの会議で遅れてきて、大変失礼しました。

多くの方が触れられましたけれども、制度の持続性の問題あるいは負担と給付の問題が出されました。かなり意見が分かれていると思います。私は、利用者の立場で申し上げますと、経済的に困難な人、社会的につながりが必要な人、それを支えるのが、社会保障であり、この介護保険制度だと思いますので、先ほど後半のほうでどなたかからいろいろと御指摘がありましたけれども、この利用が抑制されるようなやり方はまずいのではないかと思います。現役世代への負担が大きくなると言われてはいますけれども、現役を一くくりで見るとはまずいのではないかと。非常に所得等の格差が広がってきていますので、能力に応じて負担するというのを、どの場面で見っていくのか。利用する場面で見っていくと、それは応益負担になりますので、これは利用する人にとっては大変問題かと思っています。負担の問題を言うのであれば、保険料といったところで応能負担をもう少し徹底させていかないと、今の日本の社会保障の保険制度ではむしろ所得の低いところに負担がかかっている。こういったことを是正していかないと、私は制度の持続も不可能かと思っています。そういう意味で、その辺の議論は非常に慎重にやっていただきたいと思っています。

時間もありますので、この点だけ申し上げておきたいと思っています。よろしく願いいたします。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

今日は、キックオフということで、フリーディスカッションのような形で様々な御意見をいただくことができました。頂戴した御意見につきましては、今後の部会での議論に生かしていきたいと存じます。

すみません。時間が参っておりますが、もう一つ、議題がございますので、もう少しだけお時間を拝借できれば幸いです。

匿名介護情報等の提供等に関する検討状況につきまして、事務局より御報告をコンパクト

トにお願いできればと思います。

お願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

老人保健課長でございます。

資料2に従いまして、御報告を申し上げたいと思います。

おめくりいただきまして、資料2、まず、第1に匿名介護情報等の提供に関する専門委員会等についてでございます。

次のスライドです。介護データベースの第三者提供の経緯についてでございます。匿名要介護認定情報などを第三者に提供することについて取組を進めてまいりましたところ、一番下のところでございます。第三者提供に当たっては、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴くことが規定されたことに伴い、当部会の下に新たに設置する匿名介護情報等の提供に関する専門委員会などで提供申出についての審査を実施することとされております。

次のスライドでございます。こちらが、実際の審査体制の全体像になります。御参考でございます。

次のスライドでございます。こちらで、平成30年度以降の承認件数の推移、左のグラフでございますが、直近、令和3年度では10件、また、内訳でございますが、右側の円グラフを御覧いただきますと、多い順に、大学・大学院が21件、国の行政機関が4件、そのような状況でございます。

続きまして、大きな2番目の項目でございます。匿名介護情報等の提供に関する専門委員会等における議論の状況についても、御報告を申し上げたいと思います。

次のスライドでございます。まず、開催実績でございますが、令和2年10月から令和4年3月におきまして、それぞれ記載の委員会が計7回ずつ開催という状況でございます。また、それぞれの委員会におきまして、その下に書いてございます4つの項目について主に検討を行ってまいりました。簡潔に御説明させていただきます。

次のスライドでございます。まず、1つ目、他の公的データベース等との連結についてでございます。様々な保険関係のデータベースがございます。連結可能に向けた検討を進めるべきとされておりました、法的・技術的課題が解決されたデータベースから順次連結解析を可能としていく方針で検討を進めてまいりました。こうした中、今後、死亡情報との連結解析についても検討を進めていくこととされておりました、その検討を進めているところでございます。

次のスライドをお願いします。2つ目の項目でございます。介護保険等関連情報への高齢者の状態等の情報の追加についてでございます。これまで、介護関連データにつきましては、要介護認定情報、介護レセプト等情報の収集等を実施してきたところでございます。そうした中、令和3年4月1日からは、高齢者の状態やケアの内容等に関する情報、すなわち、LIFEについての情報収集も開始しているところでございます。加えて、令和4年4月からは、LIFE情報に関する第三者提供の申出を受け付け、その提供を開始することを想



定して進めてございます。

次のスライドが、今申し上げた内容のスケジュールを記載したものでございます。今年の4月以降、DPCデータとの連結解析も開始する予定でございます。

次のスライドでございます。大きな3点目、介護データベースのオープンデータについてでございます。これまで介護DBについては、NDBのようなオープンデータは公開しておりませんでした。今後、早いタイミングで第1回のオープンデータを公表いたします。その後、年に1回程度を目安に拡充して公表してまいりたいと、そういった方向で検討を進めております。

最後のスライドです。11枚目でございます。医療・介護データ等の解析基盤の開発でございます。まず、左半分が現行のイメージでございまして、解析研究者の端末に媒体で提供するという形でございましたが、今後、リプレース後のイメージといたしましては、右側、クラウドを用いた形でデータに接続をしていただくことによって解析を行うということでございます。それによって、記載のようなメリットがあるであろうという検討を進めてございます。

以上、このような検討を進めながら、また着実に審査を行ってまいりたいと思っております。

報告は、以上でございます。

よろしく願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ただいまの御報告につきまして、何かございませんでしょうか。

よろしいですか。

それでは、ございませんようです。

予定の時間を過ぎまして、申し訳ございませんでした。全ての議題を終えまして、本日はここまでとさせていただきたいと思っております。

次回の日程について、事務局からお願いいたします。

○占部総括調整官 次回の本部会の日程につきましては、追って御連絡をさせていただきます。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はこれで終了とさせていただきます。

大変お忙しい中、どうもありがとうございました。お疲れさまでした。