

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第98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、御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、こちらの会場と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、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。

報道関係の方に御連絡をいたします。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、御退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○占部企画官 それでは、以降の進行を菊池部会長をお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、こんにちは。本日も大変お忙しい中、御出席を賜りまして、ありがとうございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

本日の出欠ですが、井上委員、黒岩委員が御欠席です。

井上委員の代理として酒向里枝参考人、黒岩委員の代理として山本千恵参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただければと思います。

それでは、議事に入ります。

初めに、本日の資料と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。

○占部企画官 お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

まず、資料について、会場にお越しの委員におかれましては、タブレットと机上に用意をさせていただいておりますタブレットの操作で御不明点等がございましたら、事務局までお申しつけをいただければと思います。

オンラインにて出席の委員の皆様におかれましては、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。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、発言方法等について、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かと思えます。会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、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いただきますようお願いいたします。

なお、時間が限られておりますので、前回と同様、発言時間はお一人5分以内でお願いいたします。時間が到来いたしましたら、事務局よりベルを鳴らしますので、各委員の皆様におかれましては、発言をおまとめ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。

前回から少し進行について工夫をさせていただきまして、おおむねスムーズにできたかと思っております。時間が参りましたら、2巡目の御発言をいただく時間を設けたいと思いますので、引き続きよろしく願いいたします。

それでは、議事に入ります。議題1「給付と負担について」及び議題2「その他の課題について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○林総務課長 老健局総務課長です。

本日は、これまで1ラウンド目の議論をしてまいりましたけれども、残る給付と負担に関する事項については、これまでの前回の介護保険部会での意見の内容等々を整理したものを御用意させていただいておりますので、まずは各委員から御意見をいただければと思っております。また、その他の課題についてということで、前回まで議論をした中に含まれていない事項につきまして、こちらについては論点まで整理した資料を用意してございますので、冒頭、私から簡潔に御説明した上で御意見をいただければと思っております。そういう意味では、2つの議題についてまとめて御説明いたしますので、それらを一括して議論いただければと思っております。

まず、資料1の給付と負担に関する指摘事項について御説明をいたします。

1枚目、総論の関係でございますが、介護保険部会の前回の意見でございますが、利用者、提供事業者も着実に増加している中、1号保険料は2040年度には9,000円、2号保険料についても2.6%に増加することが見込まれる状況の中、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費、利用者負担の適切な組合せによって、制度の持続可能性を高めていくことが重要であると。これは現在も当てはまる考え方だと考えております。

また、今年5月の全世代型社会保障構築会議の中間整理ですけれども、こういった時間軸のほかに地域軸も意識しながら対策を講じるべきということ。そして、将来世代へ負担を先送りせず、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、バランスよく確保していくことが重要であるという指摘をいただいております。

次のページの改革基本方針、いわゆる骨太2022の記述もこの全世代型の記述をなぞった形で、最後の2行ですけれども、2023年、2024年を見据えた短期的課題及び中長期的な各種の課題、これを全世代型社会保障構築会議で整理をして、改革事項を工程化するという事にさせていただきます。

こういった議論の中で、3枚目以降、個別の事項に入っておりますが、これまで介護保険部会あるいは経済財政諮問会議の改革工程表など、指摘された事項を中心に取り急ぎまとめたものです。

まず、被保険者範囲・受給権者範囲について、前回の介護保険部会意見でございますが、様々議論した上で、最後ですけれども、引き続き検討を行うことが適当であるとさせていただきます。

2点目の補足給付についてでございますが、これは前回の介護保険部会の意見をつけて

おりますけれども、これらの意見を踏まえまして、令和3年より見直しを実施しているところでございます。

4枚目でございますけれども、(3)多床室の室料負担でございます。前回の介護保険部会の意見で、介護老人保健施設、介護医療院等の多床室の室料を保険給付の対象外とすることについて、見直しに慎重な立場の意見、そして、見直しに積極的な立場の意見、両論併記されている状況でございます。

これらについては、改革工程表2021を抜粋してございますように、それぞれの施設の機能などを考慮しながら、負担の公平性の関係から、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討するとされてございます。

5枚目ですが、ケアマネジメントに関する給付の在り方についてです。これも前回の介護保険部会の意見で両論の意見、慎重な立場の意見、積極的な立場の意見を併記させていただいております。また、その他の意見についても記載をさせていただいております。最後の○ですけれども、ケアマネジメントに関する給付の在り方については、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サービスとの均衡など幅広い観点から引き続き検討を行うとされてございます。

また、次のページですけれども、改革工程表におきましても、利用者負担の導入について、関係審議会等で結論を得るべく引き続き検討とされているところでございます。

7枚目ですけれども、(5)軽度者への生活援助サービス等に関する在り方ということでございます。前回の介護保険部会の意見ですけれども、軽度者の生活援助サービス等の地域支援事業への移行について見直しに慎重な立場の意見、そして、次の○で見直しに積極的な立場の意見が併記されてございます。この在り方につきましては、最後の○ですけれども、総合事業の実施状況や市町村の意向、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とされてございます。

また、次のスライドに、改革工程表2021において、この論点につきまして、地域支援事業への移行を含めた方策について、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討とされてございます。

9枚目でございますけれども、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準についてです。前回の介護保険部会の意見として、見直しに慎重な立場の意見、積極的な立場の意見が併記されてございます。これらについても引き続き検討を行うことが適当であるとされているところでございます。

次の10枚目のスライドに、改革工程表2021の中ですけれども、資産の保有状況の評価という話、そして「現役並み所得」などの判断基準の見直しについて、利用者への影響等を考慮しながら、関係審議会等にて結論を得るべく引き続き検討とされてございます。

その下に財政審の指摘もございまして、ここには介護サービスの利用者負担を原則2割とすることや2割負担の対象範囲の拡大を図ることなどが論点として具体的に挙げられてございます。

最後に11枚目ですけれども、福祉用具貸与の在り方の見直しについてです。財政審の建議あるいは改革工程表2021において記述がございますように、給付対象となっている廉価な品目について、貸与ではなく販売とすることについて検討するとされております。これにつきましては、後ほど御説明します資料2のその他の課題で検討会の中間報告の状況を御紹介したいと考えてございます。

誠に駆け足ですけれども、資料1についてかいつまんで御説明申し上げます。

引き続きまして、資料2でございますけれども、その他の課題について、本日は要介護認定、そして、介護現場の安全性の確保、リスクマネジメント、高齢者虐待防止、福祉用具について議論をしていただきたいと思いますと思っております。

要介護認定について、4枚目のスライドの現状・課題を御覧いただきたいと思います。この要介護認定については、具体的に認定の有効期間と認定審査の簡素化について議論していただければと思っております。まず、認定の有効期間でございますけれども、これについては要介護認定の有効期間の上限が経過した時点で要介護度が変わらない者の割合に着目し、令和3年度からは前回認定時と要介護度が同じ場合に36から48か月に拡大など対応してございました。この点につきましては、3つ目の○にありますように、地方分権の提案の中で新規申請と区分変更申請について、原則12か月、上限を24か月に延長するという提案がされてございます。

5枚目のスライドですけれども、2つ目の論点として、認定審査の簡素化についてです。30年度から、更新申請の場合、一次判定結果が前回同様など一定の要件を満たす場合については、認定審査会を簡素化して実施することを可能としてございます。ただ、簡素化した場合でも、認定審査会への通知、認定審査会での審査、判定が必要としております。これについても地方分権から事前に包括的同意を得ることにより審査会への通知を省略できるよう制度改正を行うという提案がされているところでございます。

これらを踏まえまして、6枚目に論点を書いてございますけれども、要介護認定の更新申請についての有効期間の上限をどうするか。また、新規申請、区分変更申請についてもどう考えるかという点。そして、認定審査の簡素化につきましては、効率化を進めるためにどのような方策が考えられるか議論いただければと思っております。

続きまして、介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの関係です。9枚目を御覧いただきますと、現状・課題でございます。介護保険施設については、運営基準において、このマル1からマル4に書かれているようなことを義務づけております。また、3番目の○、令和3年度介護報酬改定では、これらが講じられていない場合の減算措置の新設と安全対策加算の新設を行っております。また、令和3年3月からは標準的な事故報告様式を作成するなど取組を進めてきているところでございます。

また、10枚目を見ていただきますと、この3年度改定の審議報告では、報告内容の分析や有効活用等について今後検討していくべきとされてございます。

こういった点を踏まえまして、11枚目、論点を書いてございますが、介護現場の安全性

の確保、リスクマネジメントの推進のため、国、都道府県、市町村が果たすべき役割の整理を含め、どのような方策が考えられるか議論いただければと思っております。

続きまして、高齢者虐待防止の推進についてです。これにつきましては13枚目に書いてございますが、高齢者虐待防止については、平成17年度に立法された議員立法により、18年4月から施行されている状況でございます。

14枚目から現状・課題を書いておりますが、具体的に15枚目のスライドを御覧いただければと思います。令和3年度の介護報酬改定において、虐待防止措置の義務づけ、3年間の経過措置を経て令和6年4月より施行するとされてございます。また、高齢者介護施設については、介護保険法に基づく施設、老人福祉法に基づく養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、運営基準に義務づけられております。また、有料老人ホームについては指導指針で規定しておりますが、有料老人ホームにも該当しないサービス付高齢者向け住宅、シェアハウスについては、虐待防止措置に該当する規定がない状況になってございます。

これらについては、16枚目に数字などを書いておりますが、これらの規定がない施設においても虐待事案の報告は見られるところでございます。

17枚目を見ていただきますと、一方で、別の課題として、高齢者虐待防止法における高齢者虐待については、養護、被養護の関係にあることが前提となっており、例えば中高年の子供を世話している親が子供から暴力を受けている事案については法律の対象になっていないということで、準ずる対応を行っている市町村なども多いというところでございます。

これらの状況を踏まえまして、18枚目、実効性を高めていく方策について議論いただければと考えてございます。

最後に福祉用具でございます。20枚目に検討してございますが、先ほど御紹介させていただきました指摘等も踏まえて、今年の2月から外部有識者による検討会を開いております。

21枚目から現状・課題がございますけれども、こちらは申し上げたような検討会の設置の経緯を書いております。

9月に中間報告の取りまとめを行っていただいております。22枚目以降、その概要を書いております。大きく3つの点について整理を行っていただいております。1つ目の貸与・販売の在り方については、選択制の導入や販売への移行に積極的な意見がある一方で、貸与を原則とすることが望ましいなど慎重な意見もあったことなどを記載してございます。

23枚目ですけれども、適正化の方策については、自治体の適正化事業の充実や地域ケア会議の積極的な活用等の意見があったことを紹介しております。

3点目の論点としては、安全利用促進でございますけれども、これは事故報告の仕組みの促進、共有する仕組みの構築、あるいは福祉用具専門相談員の講習の促進等の意見がご

ございました。共通する事項としては、特に利用者がメリットとデメリットを理解した上で選択できるように、専門職における情報提供、連携や主治医等による医学的な意見を十分に踏まえるなどの意見もあったことを記載してございます。

最後、これらの検討を踏まえて、貸与・販売の在り方、福祉用具の安全な利用の促進について議論いただければと考えてございます。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 御説明ありがとうございました。

それでは、委員の皆様から御発言をお願いいたします。会場の方は挙手、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用させていただきます。

いつもはまず会場から御発言をいただいておりますが、本日、大西委員が早くに御退席と伺っております。よろしければ大西委員から御発言いただけますでしょうか。どうぞ。

○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が、全国市長会を代表いたしまして、意見を2点申し上げたいと存じます。

まず、資料1の7ページから8ページにございます軽度者への生活援助サービス等に関する在り方についてでございます。これまでも取り上げられてきましたように、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についてでございますけれども、これに関しましては、実際に実施する主体の市町村への影響が多大であることは言うまでもなく、そもそも要介護の人を軽度者としてくくって要支援者と一緒に地域支援事業へ移行させるのが望ましいのかどうなのか、根本的な問題もございます。利用者が受けるサービスに関しても大きな影響があると思っておりますのでございます。いずれにいたしましても、拙速な検討は避けていただきまして、慎重を期する必要があるとともに、現段階におきましては、現行の地域支援事業を充実することに加え、確実な実施体制の構築あるいは軽度の利用者の方々にとって真に必要なサービスを提供するための環境整備といったものをまず確立していく必要があるのではないかと考えているところでございます。

次、2点目でございます。要介護認定審査の簡素化について申し上げます。資料2の3ページに記載がございますけれども、認定に要する期間の長期化などが課題となっております。これらにつきまして、本市におきましても簡素化の対象者をAIで抽出することによる業務の効率化を図っておりましたり、あるいは電子審査会による審査所要日数の短縮化を図って、法定の30日以内に認定を行うことができるように努めているところでございます。しかしながら、参考資料の6ページに記載がありますとおり、認定事務に要する日数の平均値は、平成30年度の要介護認定制度の見直し以降、令和元年度から減少傾向にありましたものの、令和3年度には増加に転じておきまして、各保険者にとって大きな課題となっておりますのでございます。このようなことから、資料2の5ページにございますように、令和3年度地方分権改革提案募集におきまして、地方自治体から提案が上がっております。各保険者が要介護認定を速やかかつ適正に実施できるように、認定審査の簡素化に係る事前の包括的同意等、事務負担軽減の対策を講じていただきたいというものでご

ざいます。よろしくお願いいたしたいと存じます。また、令和3年度老健事業の調査研究事業を踏まえまして、ICTやAIの活用によって効率化が期待できる業務の実証につきまして、国におきまして引き続き検討を進めていただきたいと思いますと思っております。

以上、2点御意見を申し上げました。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した。

それでは、会場から、よろしければ栗田委員、吉森委員、花俣委員の順番でお願いできればと思います。

それでは、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 私から、持続可能な地域共生社会をいかにして実現していくかという観点から、幾つか論点を拾い上げて発言させていただきたいと思っております。

まず、この被保険者範囲についてですが、資料1の3ページにある第1号被保険者の年齢を引き上げるという議論、他の制度との整合性を踏まえて慎重に考えなくては行けないかと思いますが、少なくともこの問題を検討するためには、第1に、今日の高齢化のトレンドとして前期高齢者、特に60代後半の健康水準、機能水準が、介護保険制度創設時よりどの程度向上しているのかを検証しておく必要があるだろうと。幾つかの疫学データでこれを支持するデータはありますけれども、例えば参考資料の3ページにある要介護度別の認定者数の推移、これを年齢階級別に分析しておくことが必要ではないかと思っております。

第2に、この第2号被保険者には若年性認知症の方がかなり含まれているわけですが、私どもはこの若年性認知症の全国調査をやっておりますけれども、現在65歳未満の若年性認知症の方のうち介護保険サービスを利用している方は4割であり、そして、本人、家族の多くがニーズに合ったサービスがないということを指摘しております。前期高齢期の認知症の人のニーズは若年性認知症の人のニーズと共通していることがございますので、持続可能な地域共生社会という観点から、前期高齢者の相対的に身体機能の高い認知症の方の自立生活を支援できるサービスをきちんと開発する視点が重要でございます。

それから、ケアマネジメントに関することですが、このケアマネジメントの利用者負担導入については、独居認知症高齢者が増加の一途をたどっている今日の状況を踏まえますと、慎重であらねばならないと考えます。実際、近年ではスキルの高いケアマネジャーが確かに増えてはきており、独居認知症高齢者の自立生活を支援するために、例えば成年後見人と連携して意思決定支援チームをつくって受診に同行するとか、柔軟かつ包括的なケアマネジメントを遂行できる人も現れてきております。このようなケアマネジャーの存在は世界に誇れる我が国の介護保険制度の優れた特徴であろうと思っております。しかし、一方で、資料1の6ページに記載されているようなケアマネジメントの公正中立性を脅かす問題も確かに存在しております。これはケアマネジメントの質やケアマネジャーの信用に関わる深刻な問題でございます。ケアマネジメントの公正中立性を確保することは、今日ますますその重要性を増しておりますので、この問題を克服していくための具体策を国、地方公共団体、そして、職能団体等々の協働によって示していかなければならない時

代であろうと思います。

軽度者への生活援助サービスですけれども、資料1の7ページの下から2つ目の○に介護が必要になる主要な理由は認知症であるとありますが、これをもう少し詳しく説明いたしますと、要介護1・2に認定される理由の多くが軽度認知症であるということでございます。しかし、今日の例えば総合事業では、専ら介護予防にフォーカスを当てたものが中心でありますので、権利擁護支援の観点を踏まえた日常生活支援、金銭管理や服薬管理、いろいろありますが、こういったことに対応できるサービスが極めて乏しいという現状がございます。例えば今日の軽度認知症高齢者の自立生活を支えているのは、通所や訪問介護といった給付サービスとともに、別居家族でありますとか近隣友人による日常生活支援、多様な人たちによって局地的につくられてきている地域の居場所などのインフォーマルなサービスでございますが、例えばこの日常生活支援のネットワークをつくるような常設型の地域共生型の地域拠点をつくるとか、そういったことが今後重要であろうと思います。

虐待の問題だけ一つ発言したいと思いますが、参考資料の49ページにある虐待を受けている高齢者の日常生活自立度のグラフを見ていただければと思いますが、向かって右側の要介護施設従事者等による虐待のグラフで、令和2年度の数字を見ますと、24.4%が「認知症の有無が不明」とされておりますが、この理由については後ほど担当者の方から説明してもらうことにして、不明者のほとんどが認知症高齢者であることはまず間違いのないということでございます。虐待の非常に重要なリスクは認知症及び認識機能の低下であることを改めて認識しておかなくてはならないということでございます。ちなみに、私は精神科医でございますが、精神保健福祉の領域では非常に長い間この精神科病院における虐待の問題に関連して権利擁護のいろいろな仕組みをつくりましたが、今日の介護領域における認知症高齢者あるいは認知機能低下高齢者の権利擁護ということに関しては、まだ非常に未成熟な段階にあることを指摘しておきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

1点御確認、お問合せがあったかと思いますが、事務局はいかがですか。

○須藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

参考資料の49ページの「認知症の有無が不明」の部分かと思いますが、基本的には私も手元に特段明確な説明のある部分を持ち得ていないのですが、事業所等から聞いた部分で把握ができなかったという趣旨だとは思いますが、再度資料等を当たりまして、何かございましたらまた別途御報告させていただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○栗田委員 結構です。

○菊池部会長 それでは、吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。資料1と資料2、何点か御意見を申し上げたいと思

います。

まず資料1の給付と負担に関する指摘事項についてですけれども、高齢化が進み、社会保険料の負担が特に私ども協会けんぽの被保険者でございます中小事業所や現役世代においては限界に達していると認識しておりまして、そのような現状の中で介護保険制度の持続可能性を高めていくためには、世代間や各制度間、また制度内での給付と負担のバランスを公平性の観点で見直していく必要があると考えております。例えば制度間や制度内でのアンバランスの一例として、介護保険制度における「一定以上所得」、すなわち利用者負担割合を2割とする所得基準、これは医療保険制度における利用者負担を2割とする所得基準とは異なっているという点。また、今回の資料にもありますけれども、多床室の室料負担について、介護老人福祉施設では保険給付の対象外でございます、介護老人保健施設では給付対象になっている、このような点が挙げられると思います。一方、給付と負担にメリハリをつけることも非常に重要な論点であると考えておりまして、例えば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リスクマネジメントの観点で見直すことも重要な論点ではないかと考えております。いずれにしましても、今後、介護保険制度の給付と負担の在り方の見直しに向けた議論を深めていくに当たっては、介護現場の御意見も踏まえた応益負担と事業所及び現役世代の負担が過重にならないような応能負担、こういう観点も考慮して、公平性を第一義として公費、保険料、また、利用者負担の適切な組合せを検討していただきたいと要望いたします。

続きまして、資料2の論点ですけれども、要介護認定の有効期間及び認定審査の在り方については、介護の質が担保され、要介護認定の適正性が確保されることを前提とされるならば、業務の簡素化・効率化に資する方策はぜひ前向きに検討すべきではないかと考えます。また、高齢者虐待防止の推進については、虐待防止措置の義務づけ、また、高齢者虐待防止法に準ずる対応など対応強化が図られていると承知しておりますけれども、各制度間では対応規定にはまだばらつきが見られると認識しております。先ほども言及しましたけれども、各制度間における公平性の観点及び、特に高齢者虐待防止においては人道的・倫理的な観点からも各制度の在り方において抜け穴が生じないように見直し、必要な法的措置を講じるのが先決ではないかと考えております。

以上、意見でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

最初に資料1の2ページ、75歳以上の高齢者が2030年頃まで増加とあります。2020年の簡易生命表の概況によりますと、2020年段階で75歳以上の平均余命、男性9年、女性16年と報告されています。つまり、今世紀の半ばまで病気や障害を持つ高齢者への対策が大変重要なテーマになるであろうと思われまます。にもかかわらず、資料1には骨太の方針2018から始まったサービスを制限する提案の数々が並んでいます。まず、長年抱えている疑問

について申し上げます。なぜ必要な人に必要なサービスを提供する議論ではなく、必要なサービスを減らす議論をしなければならないのか。なぜ必要なサービスを増やすためにどうやって財源や人材を確保すべきかという議論にならないのでしょうか。新型コロナウイルス感染症の拡大により、在宅サービスを利用する人たちが事業所の都合でサービスを減らした、感染症を恐れて利用を自粛したという実態が私たちの調査で明らかになっています。これは認知症関係当事者・支援者連絡会議で調べたものです。ホームページに掲載されております。まず介護を必要とする人、家族など、介護する人の立場から、今、この時期にサービス利用を抑制する制度の見直しが論点となることに大変大きな疑問があることはお伝えし、認知症施策大綱にも本人、家族の視点を重視してと明記されていますように、どうぞ介護の真っただ中にある我々の声に耳を、そして、心を傾けていただいた上で、いずれは自分事として今後の議論を深めていただくことを切に望みます。

もう一点です。資料1には厚生労働省の参考資料がございませんでした。しかし、(2) 補足給付に関する給付、(3) 多床室の室料負担、(4) ケアマネジメントに関する給付、(6) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準、これら4項目は全て被保険者あるいは認定者、利用者がどのぐらい負担できるのかに係る項目です。国民生活基礎調査を見ると、2019年段階で75歳以上の平均収入は半数以上が150万円未満です。つまり、介護保険サービスの利用者負担が増えれば、必要があってもサービスを減らさざるを得ない人が増えることが推測されます。また、今年公表された基礎調査では、高齢者の半数の50.4%が生活が苦しいとしています。10月1日からは後期高齢者医療保険の利用者負担が引上げになり、さらに介護保険の利用者負担が引上げになることには大きな不安があり、それは制度への不信につながります。家計のほとんどを年金収入に頼る後期高齢者にとって、負担できるのかどうかをどのように判断されているのかは、文字どおり死活問題になります。厚生労働省の皆さんには、高齢者、特に後期高齢者の負担能力について、被保険者が納得できる資料、現実的な議論の素材を出していただくことを強く要望します。

資料1の(5) 軽度者への生活援助サービスに関する在り方ですが、ここで軽度者と言われているのは要介護1・2の人です。認知症介護では、まだ身体的に元気な人たちの支援に家族だけではなく介護現場の皆さんも大変御苦勞をされております。軽度者とレッテルを貼ればサービスを減らせるかのような、私たちから見れば非常に粗雑な審議は絶対に避けていただきたいと思えます。また、生活援助サービスと書かれてはいますが、ホームヘルプサービスは在宅サービスの中でも歴史も長く必要とされてきたものです。身体介護さえあればいいと言わんばかりの主張は、家族など介護者に生活援助の負担を増やせと言っているようなものです。そうでなくて、介護保険制度が始まって以来、生活援助は抑制が続き、ホームヘルパーの確保ができない事態に陥っています。介護保険料を払い、サービスが必要と認定されても、在宅で暮らすことができない人をこれ以上増やさないでいただきたい。ごみ屋敷や孤立死を増やさないでいただきたい。介護者から見れば、過重な介護負担で高齢者虐待をはじめ介護心中、介護殺人などの悲劇を増やさないでいただき

たい。ヤングケアラーなどの負担を増やさないでいただきたいと切に要望いたします。

時間になりましたので、ここまでとさせていただきます。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、オンライン参加の皆様から順次お願いいたします。

まず、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、給付と負担についてです。介護が必要になっても安心して暮らせる社会、介護と仕事の両立支援、介護離職ゼロの実現に向けて、良質な保険サービスの給付と制度の持続可能性の確保の両立が求められています。仕事と介護を両立して続けられ、労働力人口が減っていく中であっても、社会の活力を低下させずに乗り越えていかねばなりません。給付と負担の在り方については、そういった視点から検討していくべきと考えます。その上で、4点申し述べます。

まず、(1) 被保険者・受給者の範囲についてです。私たち連合としては、介護保険制度創設の議論の段階から、介護を必要とする全ての人を対象とした普遍的な制度とすべく、介護保険の被保険者及び受給者の範囲については、18歳未満を除く全ての医療保険加入者とするよう求めてきました。政府も全世代型の社会保障を構築していこうとしています。中間整理においても「能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保することが重要」と書かれており、まさに介護保険制度を普遍的なものへと発展していくことがふさわしいと思いますので、前向きな検討をぜひよろしくお願いいたします。

(2) の補足給付については、夫婦世帯の一方が介護保険施設の個室に入所した際の居住費、食費負担の軽減措置を、多床室でも受けられるよう拡大すべきと考えます。

(3) の多床室の室料負担については、介護老人福祉施設との比較で、生活の場としての機能を果たしているのかどうかという観点から慎重に検討すべきと考えます。

(4) ケアプランを有料化することへの懸念と、(5) いわゆる軽度の要介護者に関わる地域支援事業への移行に対する懸念は、前回及び前々回の介護保険部会で申し上げましたので、今回は省略いたします。

その他の課題について、それぞれ簡潔に申し上げます。

要介護認定の有効期間の関係で、例えば入院中と退院後では状態像に変化が見られることもありますので、検討に当たって念頭に置いておく必要があると思います。

介護保険施設のリスクマネジメントについては、現在、調査研究が進んでおり、事故を分析して再発防止を図る取組を確立することが必要と考えます。

高齢者虐待防止の関係ですが、令和6年4月以降の取組もありますが、全ての高齢者の尊厳を守る観点から、周知徹底はもちろんのこと、できる取組を速やかに進めていくことが必要です。

最後、福祉用具についてです。介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方

検討会での議論の整理を踏まえた福祉用具の在り方や安全な利用の促進について、福祉用具の貸与料金は上限価格による適正化を徹底すること、仕様や機能などに応じて客観的かつ公正な価格設定を行うこと、サービス提供への影響を把握しつつ公定価格化することを求めます。また、福祉用具専門相談員の質の向上と人員確保に向けて、より実践的なスキルを取得するための実地研修などをカリキュラムに組み込むとともに、担当利用者件数の上限設定を検討してはどうかと考えております。加えて、利用者のQOLや介護職員の負担軽減に資するイノベーションのための支援を行うことも必要と考えます。

以上になりますが、当方も所用で途中退席することをあらかじめお含みおきください。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した。

それでは、座小田委員、お願いします。

○座小田委員 よろしく願いいたします。私からは、まず資料1についてですけれども、5点ほど意見を申し上げたいと思います。

まず（4）のケアマネジメントに関する給付の在り方についてでございます。ケアマネジャーが利用者の依頼に基づいて一人一人の高齢者に寄り添いながらその自立を支援して、適切なサービスを確保するという現行のケアマネジメントの仕組みは、極めて重要であると考えております。これは障害者総合支援法における計画相談支援についても同様だと思います。資料1の5ページから6ページにかけてでございますが、給付と負担に関する指摘事項における種々の御意見につきましては、私どもも過去の議論において意見を申し上げてきたわけですが、先ほども申し上げたように、ケアマネジメントにおいて重要なことは、全ての利用者の自立を支援し、適切なサービスを確保することでありますから、拙速な利用者負担の導入による被保険者自身の利用控えなどにより、こうした本来の目的が阻害されてしまう懸念がある以上、反対と言わざるを得ません。ただし、ケアマネジメントにおける給付と負担の問題は大事な議論であると考えておりますことから、今後の審議においてケアマネジメントにおけるケアプランの作成、給付管理の位置づけや、それぞれの業務の利用者、介護事業者、保険者との関係性における業務の実態などを踏まえた上で、ケアマネジャーの負担軽減を図ることを最優先に、慎重かつ丁寧な議論を続けていくべきであると考えております。

2点目、（5）の軽度者への生活援助サービスなどに関する在り方についてでございます。総合事業については様々なサービス提供体制がまだ十分構築できていない状況であり、その整備、受皿づくりを優先すべきではないかと考えます。また、介護事業者の立場からは、総合事業に移行した場合、サービス提供単価の低下により、そこで働く人の賃金をはじめとした処遇改善を確保することが難しくなり、ただでも人材不足の現状において、さらに人材確保が難しくなることを懸念しております。

3点目、（6）の「現役並み所得」のところでございます。利用者の実情を踏まえ、皆様からの意見が得られるかということに尽きますが、そうした中であっても現役並みの所

得、一定以上の所得の方々に2割負担、3割負担を導入してきた経緯があります。これまでの議論の際にも申し上げましたが、介護サービスは長期にわたってサービスを利用し続ける場合が多く、負担増から利用控えなどが起こり、利用者の状態悪化を招くことにつながらないかという懸念を指摘してきました。一方で、介護保険サービスの利用者数は増え続けるわけですから、負担の増加がサービス利用にどう影響しているのか、それぞれの判断基準は妥当性があるのかについて検証データを示していただいた上で、慎重かつ丁寧な議論を続けていくべきであると考えております。

4点目、福祉用具の貸与の在り方の見直しについてでございます。参考資料の51ページの貸与の原則のところに記載されていますように、福祉用具については、利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則とするとされているわけです。入り口の議論としては、この貸与原則を見直すのかという議論が重要であると考えております。

それから、全体を通じて、資料1の給付と負担に関する指摘事項の記述について、特に厚生労働省関係以外からの指摘について気になっている点がありましたので、意見として申し上げさせていただきます。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という点ですが、社会保険としての介護保険制度の創設に当たっては、高齢者自身も第1号被保険者として負担をし、第2号被保険者の現役世代についても親の介護などの当事者となる世代であって、介護の社会化により受益者としての側面もあることが議論され、現在の仕組みとなっているわけです。このことはいま一度この介護保険部会として確認しておきたいと思えます。

以上でございます。ここまでで一度終わらせていただきます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

染川委員、お願いいたします。

○染川委員 ありがとうございます。私からは給付と負担について2点述べさせていただきます。

まず、ケアマネジメントに関する給付の在り方についてです。資料1の6ページに、財政審において第9期介護保険事業計画期間から利用者負担を導入することは当然であると指摘されているとありますが、私どもの組合員を対象に今年3月から4月にかけてアンケート調査を行ったところ、利用者負担を導入し、現行の10割給付を維持しないほうがいいと回答した組合員は6,094人中446人、7.3%でした。ケアマネジャーに限って集計すると651人中23人、僅か3.5%となっています。また、利用者負担を導入せず、現行の10割給付を維持したほうがよい理由としては、お金を払っていることを理由に本来の自立支援と違った内容での強い依頼内容が増加する可能性が高くなり、ケアマネの専門性が損なわれるとの声や、公正中立が確保できなくなる、ケアマネジメントを利用する人が減ることで介護保険を利用することができない人が増える、支援困難ケースの介入が遅れるなど、多くの懸念が寄せられています。これらの懸念が現実となった場合には、高齢者等の要介護状

態の悪化などの影響が出ることに加え、セルフプランやサービス利用者自身の希望を必要以上に反映させた自立支援とは異なるプランが増えることにより、逆に給付費の増加につながるケースが出ることも懸念され、介護保険制度の持続可能性に悪影響を与えるおそれもあるため、利用者負担の導入については慎重に検討するべきだと考えています。

また、居宅介護支援事業所の9割がほかの介護事業所に併設しており「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約4割いるなど、サービス提供に公正中立性の問題が存在することがうかがえるため、ケアマネジャーのサービスのチェックと質の向上にも資することから、利用者負担を導入するべきであると指摘されているとありますが、自法人のサービス利用を求められる理由の根本は、居宅介護支援事業所の収支差のマイナスが続いていることによって、居宅介護支援事業所を維持するためには自法人のほかの事業による収益に依存せざるを得ない事業所が多いためであり、改善するための方策としては、居宅介護支援事業所が独立採算で持続が可能な収支差となる介護報酬設定とすることが最も重要だと考えます。

次に、軽度者への生活援助サービス等に関する在り方についてです。資料8ページに財政審において要介護1・2への訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を検討し、生活援助型サービスをはじめとして全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能とすべきと指摘されているとありますが、現場からは実際のところ要介護1・2の方でも多くの支援を要する方は多く、一律に要介護1・2という介護度のみをもって軽度と判断することはできないとの声や、認知症があっても軽く判定が出てしまいがちで、認知症の高齢者こそ専門職の関わりが必要との声があり、そういった方々の在宅生活の継続や重度化防止の観点、そして、そもそも論として、介護保険制度は要介護者のための保険制度であり、一部のサービスとはいえ要介護者向けの介護サービスを介護保険から除外することは適切ではないと考えます。

また、要支援者の地域支援事業への移行の際には、サービス単価の切下げが相次ぎ、採算の問題から地域支援事業から撤退する事業者が出たほか、単価切下げの影響で介護職員の賃金が引き下げられるなどし、現場からは、移行前と同じ内容の支援を行っているにもかかわらず地域支援事業に移行したことで賃金が下げられるのは納得できないとの不満の声が出るなどしました。まずはそういった要支援の地域支援事業移行時の課題について検証を進めることに加え、地域の負担が大きくなることから、現在の地域支援事業の実施体制が十分に整っているのか、そして、さらに拡充することが可能なのかも考慮しつつ、検討することが必要だと思います。しかし、現段階ではこれらについて十分に検証、検討されているとは言い難く、要介護1・2の地域支援事業への移行を判断することは拙速であり、判断する段階にもないと考えます。

以上、2点の意見でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、小泉委員、お願いします。

○小泉委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の小泉でございます。私からは意見を3件申し上げたいと思います。

まず給付と負担に関する指摘事項についてであります。ケアマネジメントに関する給付の在り方についてですが、物価も高騰しており、新型コロナウイルス感染症により経済も低迷をしております。この状況下で利用者に対してこれ以上の負担増は回避すべきです。サービスの提供を伴わない居宅介護支援事業所のケアマネジメントに対して費用を支払うことについては、利用者の同意が得難いと考えます。

次に、軽度者への生活援助サービス等に関する在り方についてであります。要介護1・2の訪問介護・通所介護を地域支援事業に移行することについて申し上げます。高齢者ケアは地域包括ケアを基本に進められています。地域包括ケアでは、本人の残存能力を生かし、自立生活をサポートする自立支援が基本です。要介護1・2での適切なケアは在宅生活を継続するために必須です。このような見直しをすれば、専門性の乏しいケアで対応することになり、自立支援のケアを劣化させるのではないかと危惧があります。特に認知症ケアにおいては、早期の関わりが重要であることは誰もが認識していることでもあります。したがって、認知症ケアにおいても重大な機能低下を起こす可能性が高くなります。地域支援事業受託者に要介護1・2の訪問介護・通所介護を行う力量は未知数にもかかわらず地域支援事業に移行すれば、在宅ケアの質、量を確実に低下させ、このバランスを崩し、長年築いてきた在宅ケアは著しく後退してしまうと考えます。

スライド8に記載されています令和4年5月25日の財政制度等審議会の建議では、これについて全国一律の基準ではなく地域の实情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべきとしています。しかし、令和2年度の厚生労働省の調査によりますと、全国の要支援1・2の通所介護の利用者の82%が、いまだに従前の通所介護事業所を利用している実態にあります。この実態から、地域支援事業によって新たに多様な人材・多様な資源を活用できていないことは実証済みと言えます。地域の实情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にするという見直しについては、実態を無視した空論であり、現実的ではないと言わざるを得ないと考えます。財政制度等審議会の建議では効果的・効率的であると語られていますが、どのような効果があるのか、何が効率化されるのか、全く論拠が示されていないように考えます。日本の高齢者介護サービスは、医療、介護、行政、住民が力を合わせて、超高齢化を乗り切るために世界有数のサービス提供体制を整えてきました。このような見直しは過去の積み上げを崩壊し、先人たちの努力を踏みにじる制度であり、断固として反対します。

その他の課題についてであります。福祉用具についてでございます。福祉用具貸与・販売種目の在り方については、貸与と販売の双方のメリットを考慮するとともに、その用具により適正な金額、使用方法が異なるため、利用者等の意向に即した慎重な議論が必要と考えます。

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、河本委員、お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。私からは給付と負担について意見を申し上げたいと思います。

これまでも何度も申し上げてまいりましたが、介護費用、介護給付費が増加し続け、現役世代の負担が限界に達している中で、骨太の方針2022に明記されておりますように、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直していくこと、それから、制度を支える現役世代の負担上昇の抑制を図ることは不可欠という記載がございますけれども、まさにそのとおりであると思います。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、いずれ制度が破綻することになりかねないと危惧をしております。

制度の持続可能性の確保を図るためには、負担能力に応じた負担の在り方や給付と負担のバランスの確保、サービスの適正化・重点化等について、より踏み込んだ見直しを確実に実施するべきであると考えます。なかでも「現役並み所得」あるいは「一定以上所得」の判断基準の見直しにつきましては、負担能力に応じた利用者負担の見直しに向けて、低所得者に配慮しつつ、利用者負担は原則として2割負担とし、また、3割負担の対象範囲も拡大すべきであると考えます。

また、多床室の室料負担の見直しにつきましては、在宅と施設の公平性の確保や、どの施設でも公平な居住費負担を求めていくといった観点から、介護老人保健施設等の多床室の室料相当額を利用者負担とし、保険給付の対象外とすべきであると考えます。

ケアマネジメントに関する給付の在り方につきましては、積極的なサービス利用の観点から、自己負担なしの全額給付となっておりますが、制度創設から20年以上が経過をし、サービス利用が定着していること、他の介護サービスに利用者負担があることや介護給付の適正化の観点からも、ケアマネジメントに利用者負担を導入すべきであると考えております。

また、軽度者への生活援助サービス等に関する在り方につきましては、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行うほうが本来は効率的・効果的であること。また、人材や財源に限りがある中で、要介護者の中でも専門的なサービスが必要な重度の方へ資源配分を重点化していく必要があること等々の観点から、軽度者に対する給付の見直しということは必要であると考えます。現行の総合事業における多様なサービスの提供、受皿づくりを強力に推進するとともに、要介護者の実態をよく検証しながら、生活援助型サービスが多い要介護1・2の訪問介護・通所介護について総合事業へ移行すべきと考えます。

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、杉浦委員、お願いします。

○杉浦委員 ありがとうございます。給付と負担については主に2点、そして、その他の

課題について1点申し上げたいと思います。

まず、給付と負担についての1点目でございますけれども、既にいろいろな意見が出ておりますが、その中で介護保険に関わる被保険者の負担割合、適用範囲拡大の議論は、現在の年齢別の人口分布や所得分布、そして負担能力に係る将来推計、これらを基にしっかりと議論することが極めて重要であると考えています。市町村行政現場では、これ以上の高齢者負担の増加は、生活保護者に移行する人口も増加し、いずれ社会保障財源が別途必要になってしまいます。

2点目です。先ほど大西委員からもお話がございましたが、軽度者への生活援助サービス等に関する在り方についてです。これまでもいろいろと意見が出ていたわけですが、軽度者の生活援助サービス等の地域支援事業、総合事業への移行については、時期尚早であると考えております。もう少し議論をしっかりと制度的に組み上げてから着手すべきと考えております。

続きまして、その他の課題でございます。要介護認定についてですが、介護認定現場におきます保健、医師、福祉関係の負担増をどのように抑制するのかという議論において、審査期間の延長等を視点として捉えられているわけですが、一般的に被介護者は自宅において介護される、医療の施術を受ける、施設介護をたどるというケースが多く、介護者の負担はその都度常に大きいということがあります。また、高齢者の介護状態ですが、短期間で変わることも非常に見られることから、有効期間の延長等を議論するのであれば、短期的な状態変化にどのように対応するのか、こういったところに着眼すべきと考えております。制度そのものを簡素化しもっと効率化するためにはデジタル化が必要ですが、デジタル化をどのように行い、調査認定手続をどのように統一化するのか、必要な財源等についてもこれから複層的に対処しなければ、現場が混乱していくものと考えております。行政現場としていろいろなケースを見ておりますので、レアケースを含めた対応ができる制度が必要といつも思っております。市町村の意見もよく聴きながら検討を進めていただきたいと思います。

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、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。

まず、給付と負担についてです。いろいろな努力をしているのですが、介護保険料の増加が見込まれるということなのですが、第2号保険者の年齢の下限、40歳未満も対象にすることについては、若い世代が十分に介護保険の意義や将来の安心、または自分たちの現在の生活の安心、介護保険でどういうメリットを得ているのかということも理解していただいた上で、納得して進めていくことが必要だと思っております。

現在、非常に厳しい経済情勢の中で、若年世代はこれ以上負担が増えるとか、給料が上がらないとか、そういう中での負担増については抵抗感を感じていると思います、若い世

代からは、自分たちが高齢者になったときに介護保険制度はあるのか、生活するために必要な介護サービスならいいけれども、本人が望んでいるかどうか分からない回復の見込みのない寝たきりの方々のために払い続けるのは抵抗感があるなどの声を聞いております。若い世代について、介護保険の制度についてより深く理解し納得して参加できる状況になるかどうかは鍵ではないかと考えております。制度の理解、これは非常に重要だと思います。

一方、みとりについても、本人が望む医療・介護は必要なのですけれども、本人が望まない医療や介護のために介護給付費の増加の負担が大きいということであれば、それについて適切な修正をしていくことも必要と思います。日本老年医学会もACPの事例集などを公表し、みとりについて本人や家族も納得した形で迎えていくのかということも議論されております。そのような国民が望む介護保険とは何ぞやということも、しっかりと国民全体の問題として議論していく必要があると考えます。

軽度者、要介護1・2の生活援助ですけれども、在宅生活の限界値を高める効果があり、それについては、もしそれがなくなったら施設への移行が進むということであれば逆効果になることも考えられますので、十分に検討した上で対応を取る必要があると思いました。

次に、要介護認定ですけれども、更新者については一次判定と二次判定を比較すると96%変更がなかった、これは参考資料の15ページにあります。簡素化できて現場の負担が減らせること、また、より新規の方々への議論の時間が取れ認定までの期間が短縮できることを考えると、簡素化できるところは十分に対応していく必要があるのかと思いました。

3点目ですけれども、虐待の対策です。これは人権、生命に関わる重大な問題でありまして、施設または介護者に対する研修やその施設における指針の策定など重要だと思います。これについて、事故の状況について市町村保険者が把握しているかどうかということで、参考資料の33ページを拝見しますと、報告を求めている割合が6割程度で、報告があったときにどのように対応しているか、対応については4割であります。虐待や事故を減らしていくことに対して市町村が十分に関わっていく必要があるのではないかと思います。

一方で、非常に難しいケースがあると思います。身体的拘束は転倒防止と裏腹の部分もありまして、よりよい介護の仕方の研修が必要だろうと思います。介護者のメンタルヘルス、過労など非常に忙しい中で起こっている事態、または人材として少し不適切な配置であるケースもあるかと思えます。このようなことに対して対応をきちんと行っていただきたいと思えます。

福祉用具については、記載がありましたけれども、慢性的にずっと長期に必要なものと、例えば脳卒中や骨折など回復しつつ器具に求める機能が変わっていくもの、その辺りはきちんと区別をして、貸与と販売の基準を考えていく必要があるのではないかと思います。必要な機能に変化がなく、長期にわたって使用するものでしたら、販売の形も取り得るのかと思えます。

以上、4点申し上げました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、酒向参考人、お願いします。

○酒向参考人 ありがとうございます。資料1の整理の順に沿って意見を述べたいと思います。

まず、総論としては、1ページ目の全世代型社会保障構築会議の議論の中間整理の記述にあるとおり、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直すこと、また、能力に応じて皆が支え合うことが不可欠だと考えております。この考え方に沿って各論の意見を述べたいと思います。

3ページ目の被保険者範囲・受給者範囲について、第2号被保険者の年齢の引下げは、高齢者医療向けに既に多大な拠出を行っている現役世代、子育て世代にさらなる負担を課すこととなると考えます。政府の方針は、現役世代の負担を今後軽減する、今の負担増を抑制していくという方針だと理解しております。まずは現行の制度の中で、給付と負担に関する見直しを着実に実施することが先決であると考えます。

3ページ目の補足給付に関する給付の在り方について、改革工程表2021のとおり、引き続き、資産の保有状況を適切に評価していただきたいと思います。現在も預貯金等の金融資産が勘案されていますが、今後はマイナンバーを活用して、より精緻で効率的な資産把握を目指していくべきだと考えます。こうした取組は自治体の負担軽減につながるものと期待されると思っております。

5ページ目のケアマネジメントに関する給付の在り方について、かねてより主張してきたところですが、ケアマネジメントの専門性を評価する、あるいは利用者自身のケアプランに対する関心を高めることを通じて質の向上を図る、あるいは施設サービスの利用者は実質的にケアマネジメントサービスの費用を負担しているなどの背景から、居宅介護支援について利用者負担を導入すべきと考えております。

7ページ目の軽度者への生活援助サービスに関わる在り方について、専門的なサービスをより必要とする重度の方に給付を重点化していくという観点から、要介護1・2の訪問介護サービスのうち生活援助サービスにつきましては、地域支援事業へ移行していく必要があると考えております。

9ページ目の「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準について、先ほど言及しました全世代型社会保障構築会議の中間整理の記述にあるとおり、能力に応じて皆が支え合うという観点から、負担能力のある御高齢の方には、利用者負担あるいは保険料負担におきましても、適切な負担を求めていくことが重要ではないかと考えております。2割負担の対象を拡大する、あるいは保険料についても現行の自治体の様々な取組があるかと思しますので、そういった取組を参照しながら議論を展開してはどうかと考えます。その際、いろいろなデータが必要だと考えておりますので、事務局にぜひ対応をお願いしたいと考えます。まず、受給者の所得状況や自己負担の分布が分かるデータ、可能であれば要介護度に応じたクロスデータのようなものがあるとよいと思っております。2つ目に、仮に介

護保険でも2割負担の基準を後期高齢者医療並みに設定した場合、こういった所得基準になり得るか、対象者数や財政影響についての資料を御提出いただきたいと思います。また、高額介護サービス費の負担軽減措置がある中で、実際にどれぐらいの負担増になるのかといった分布なども必要になると思っております。こういった具体的な数字を基に議論を進めることが重要だと思っております。

また、最後に、今回の資料には全く言及のないところですが、もう少しマイナンバーを活用していくことを求めています。公平公正な負担の観点、あるいは負担能力に応じて皆で支えるといった制度に転換していくためには、フローの所得だけでなく保有する金融資産についても把握、勘案することが重要であろうかと思っております。デジ庁でもいろいろな御対応をされていると思いますが、預貯金者の意思に基づくことを前提として、一度に複数の金融機関の預貯金口座の付番を行う仕組みがもう制度化されているといった、いろいろな改革があるところです。社会保障の分野からマイナンバーを活用するような積極的な制度改革を打っていくことが今後重要であると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

具体的な資料のお求めがございましたが、今後事務局で御検討いただくということですのでよろしいですね。

それでは、岡委員、お願いします。

○岡委員 ありがとうございます。最初に基本的な考え方を述べた上で、資料1について4点、意見を申し上げたいと思っております。

少子高齢化の進展に伴い、現役世代や事業者による保険料負担は、今後とも拡大することが避けられない状況にあります。長寿社会を支えるセーフティネットとして重要な仕組みである社会保険制度を、適切に維持していくことが不可欠であります。そのためには、まず、受益者による応能負担を基本に据えることが重要であると考えております。

一方で、拡大する一方の給付費については、増加の抑制を考えることが必要であります。介護についても、サービスの質を維持しつつ、可能な限り業務の省力化を図って生産性を向上させ、同時にサービスの提供に要するコストを減らすことが重要であります。そのためにはICTやAI、ロボットの開発、導入、活用の後押し、さらには複雑化した介護報酬体系の簡素化などの改革が必要と考えております。このような考え方を踏まえ、本日は4点意見を申し述べたいと思っております。

1点目、資料1の4ページについてです。生活の場としての機能も有する介護医療院等の多床室の室料については、在宅介護を受けている方との給付の公平性の確保や介護保険財政への負担軽減のため、利用者の支払い能力に応じて有料化することを検討すべきと考えます。

2点目、資料5ページについてです。ケアマネジメントは、利用者の自立支援に資するケアプランの作成と適正な給付管理等を担うものであり、制度の運営上極めて重要である

と考えております。介護保険制度が定着し、サービス利用の一般化が進んだ今、ケアマネジメント利用についても、受益者負担の導入に向けて検討を進めることが重要なのではないかと思います。なお、ケアマネジメントの中でも重要かつケアマネジャーの負担感が大きい業務とされているケアプランの作成については、利用者の状況に即したより適正かつ効率的な作成を支援するAIの活用を進めていただければと思います。

3点目、資料8ページについてです。多様なニーズに応えられることや介護保険財政健全化のため、要支援者に続き、要介護者のうち軽度者に対する生活援助サービスについても地域支援事業に移行すべきと考えます。なお、前回も申し上げたとおり、地域支援事業のうち、特に住民の主体的参加を前提とするサービスについては普及が進んでいない実態を踏まえると、制度の趣旨や意義を分かりやすく住民に発信するなど、担い手の確保に御尽力いただきたいと思います。

4点目、資料9ページ、10ページの(6)についてです。窓口負担割合を2割とする範囲の拡大など、受益度合いと負担能力に応じて利用者負担を引き上げていくべきと考えます。なお、介護保険制度は親の介護に係る現役世代の労力を代替している側面もあるため、引上げに当たっては利用控えや介護離職の増加など、利用者個人というよりお世話をする親族など周りの人たちへのマイナスの影響に対する予測検証や考慮も必要だと思っております。

以上になります。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した。

石田委員、お願いします。

○石田委員 よろしく願いいたします。それでは、給付と負担に関する指摘というところについて意見を述べさせていただきます。

先ほど御意見もありましたけれども、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直し」という文言が何度も繰り返されている点です。先ほどそれについて、高齢者も負担はしているというご意見がありました。そもそも社会保障は、例えば病気や障害や高齢に備えて負担をしていくという仕組みなので、ここでこの文言が繰り返し強調されるのには、徒に世代間の対立を招くのではないかと懸念しております。

給付と負担に関する指摘事項の点についてですけれども、まず、補足給付や多床室の室料に関しましては、主にこういったサービスを利用していらっしゃる方は低所得の方が多いのではないかと思っております。こういったことを検討するに当たって、今、それを利用していらっしゃる方の生活がさらに苦しくなったり、維持できなくなるようなことがないように、しっかり慎重に検討していく必要があるのではないかと考えております。

それから、軽度者への生活援助サービスという件です。これはこれまでの議論の中で何度も申し上げましたけれども、要介護1・2の人を対象として行われている地域支援事業に関して、利用者への自立支援、地域社会生活の継続といった視点、そもそもの目的であ

るこの視点の効果検証がどのぐらい行われているのか、高齢者の社会参加や介護予防の促進という目的についてどのぐらい果たされているかの検証がまだ不十分と考えております。

そして、さらに今回軽度者ということで要介護1・2という方たちが挙げられているわけですが、これもほかの委員の皆さんから何度も御指摘がありましたが、要介護1・2を軽度と見なしていいのかどうかというところが重要と考えます。実際に要介護1・2と判断されている方は、むしろ特に専門的なケアを手厚く提供しなければいけない方なのではないか、重度化の防止という目的を含めて専門職によるケアが重要な方々と考えますので、ここで地域支援事業・総合事業に移行という方向へ**拙速**に進めていくのは問題があるのではないかと思います。

次に「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準というところですが、原則2割負担ということも挙げられているようですが、現在の高齢者の生活について、しっかりその状況は調べてほしいと思います。介護にかかる費用について多くの高齢者は不安を感じているわけですから、その点については考慮していただきたいと思います。一気に例えば全員に対する2割負担とならないまでも、現在ある2割・3割負担の方々の範囲を拡大することについては、必ず議論に上がってくることになると思います。2割負担が2015年で、3割負担の導入も2018年から行われておりますけれども、実際に今、要介護認定者の数が678万のうち、2割負担の方が34万人で約5%、3割負担者が27万人で3.9%ということです。パーセンテージに占めるこの人数、これがぎりぎりのところかという印象です。2割負担の所得が単身で280万、3割負担が単身で340万という現状について、これをどのぐらいまで拡大するのか、ここについては詳しい説得力のある説明をお聞かせいただきたいと思います。先ほどの委員の御意見にもありましたが、高齢者世帯の多くは世帯収入が200万以下という現状があります。こんな中で2割負担の人の割合を増やすとき、どのような根拠を持って2割負担を定めるか、実際に「負担する能力のある人は負担すべき」という考え方について異論はないのですが、「能力がある」と判断する根拠をしっかり示していただきたいと思います。

最後は福祉用具の貸与の件なのですが、廉価なものについては販売すると提案がされておりますが、例えば歩行器なども聞いてみますと1万8500円、多点のついで9,550円という標準価格を聞いております。これを安いとするかどうか。さらに、もともとそういったものについては、買い取ってしまったら、その人がいなくなれば不用品になります。こういった方向性はエコ社会を目指すことにも反しますし、これについては十分検討していただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山本参考人、どうぞ。

○山本参考人 ありがとうございます。私からは2点意見を申し上げます。

まず、議題1の給付と負担についてでございます。今後も高齢化が進んでいきまして、

生産年齢人口が減っていく中で、高齢者も負担できる方には一定の御負担をいただかなければならないという議論があるわけですが、一方で、低所得の方が所得によって必要な介護サービスが受けられないことがないようにする必要がございます。したがって、検討に当たっては、負担軽減策の充実もセットで考える必要があると考えます。また、負担能力の検討に当たっては、介護保険だけでなく医療費や社会保険料、税も含めて考える必要があり、厚生労働省として各制度の整合を図っていただきたいと考えております。

次に、議題2のうち要介護認定についてでございます。まず、認定の有効期間でございますが、新規、区分変更における期間の見直しは、令和3年度地方分権改革提案として挙げられているものでございます。申請から認定まで1か月以上かかっているという現状の中で、新規、区分変更の原則の有効期間が6か月というのは短いので、12か月への延長は賛成でございます。一方、更新は既に最大48か月であり、これ以上の延長は事務負担の軽減にはつながらないと考えております。審査業務の効率化については、参考資料の20ページ、21ページにもありますが、認定調査票の確認がAIでできれば事務局の負担は減ると思われれます。また、介護給付適正化の主要5事業の一つであります要介護認定の適正化にもつながるのではないかと考えております。なお、参考資料の20ページでは、AIを含めICT化の課題として、導入コストやランニングコストが多く挙げられておりますので、厚生労働省におかれましては、自治体のコスト削減につながりますよう、さらなる御検討をいただきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

私は高齢者の立場から、まず給付と負担の問題ですけれども、多くの方から御指摘がございましたが、給付は高齢者、負担は現役世代、この指摘は私は間違っていると思います。既にお話がありましたように、介護保険制度あるいは後期高齢者医療制度、こういったものでも高齢者は負担しておりますし、年金制度などは扶養する現役世代を支える役割も果たしていますので、ここでこれ以上細かく申し上げる必要はないかと思っております。

私はこの問題は世代間の負担の問題というよりは、所得の違いによる負担の違いといたしまじょうか。しばしば能力に応じてみんなが支え合う、あるいは受益者の応能負担という御発言がありましたけれども、これも私はおかしいと思うのですが、受益者の応能負担、「応能負担」という言葉が入っていますが、頭に「受益者」とついているわけですね。これは「応益負担」であって、「応能負担」とここで使うのは不適切だと思います。ちなみに、介護保険料のことで調べてみましたが、御存じのとおり所得段階が国の場合は9つの段階に分かれております。非課税世帯の負担の問題は、負担の問題を細かく言うというよりは、現実に所得が年金収入等を含めて120万未満となると、生活を支えるのがかつ

かつであると見たほうが良いと思います。第6段階のところでは120万未満、これが年間の保険料の割合が0.62%です。これをそれぞれ計算していきますと、第9段階では300万で計算すると0.38%と下がっていくわけです。国の基準ではこれが介護保険料の最高額ですから、これが3000万とか5000万とか年収のある方からいきますと、極めて負担割合が少ないということがあるわけです。こういった点からいくと、「応能負担」というのは基本的には保険料、保険をどう支えていくか、この部分について使われるべきであると思います。

あまり話を広げるとどうかと思いますが、消費税が導入されてから稼働収入のない高齢者や子供も税の負担をすることになり、逆進性が明らかになりましたけれども、消費税によって所得の低い人ほど税負担の割合は非常に高くなってまいります。一方、所得税は最高税率が70%から下げられて、若干是正がありましたけれども、現在45%でしょうか。それから、株式配当についていえば、所得の低い人は株式に投資する余裕はないわけですが、高額所得者の場合は分離課税で20%という低い税負担率で有利な形になっています。社会保障予算の問題でも2023年度の予算要求が出されましたけれども、自然増の圧縮ということが行われています。今の社会保障全体の問題、介護保険についても全体の問題として財源をどう確保していくのか。私自身は前にも申し上げたかもしれませんが、保険料の緩やかな累進制、国の予算においては自然増の圧縮をやめるとか、そういったことをしていかなないと、財源の確保の問題は大きな壁にぶち当たって解決できないだろうと思います。ですから、結論からいいますと、利用者負担の問題は窓口負担の軽減こそ検討されるべきであって、増やすことはやるべきではないと思いますし、ケアマネジャーの有料化もやるべきではないと思っています。

要介護認定の問題で申し上げようと思いましたが、2回目の発言があれば申し上げたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 どうも御協力をありがとうございます。

濱田委員、お願いします。

○濱田委員 私から、まず資料2のその他の課題について発言をいたしまして、その後、資料1の給付と負担に関する指摘事項について発言をさせていただきます。

まず、要介護認定についてでございますが、介護支援専門員としましては、利用者支援を行う上で、関係者協力の上、要介護認定の有効期間内に次回の審査判定結果が示されるよう、引き続き課題解決が図られる方策を進めていく必要があると考えております。

続きまして、論点の2つ目、介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントについてでございますが、標準的な事故報告様式の普及が進んでいると感じておりました、資料2の10ページ記載のとおり、管内の事業所に共有したり、議論、検証を行う仕組みがある市町村もございますので、これらの取組が横展開されることを期待したいと考えております。また、本日は東委員が御出席で僭越でございますが、一方で「介護施設内での転倒に関するステートメント」など様々な角度から御検討いただいたものもございまして、超高齢社

会を迎えるに当たりまして、このように優れた御報告につきまして普及啓発が図られることで、現場としてもより焦点化させて効果的な検討や対策が進むのではないかと考えております。

論点の3つ目、高齢者虐待防止の推進についてでございますが、御家族や介護相談員などの来訪により、ケアの現場の透明性を再度高める各種の取組が、高齢者虐待の予防には特に重要と考えております。今後、独り暮らしや高齢者のみ世帯、また、年齢層の上昇による統計的に認知症の対象者の方がいずれも増加することで、セルフネグレクトなど支援者側の判断による介入を必要とする場合の増加も想定されますので、人員を含めた支援体制の強化が必要と考えております。

福祉用具についてでございますが、リスクや課題を十分に検討することも必要と考えております。また、何らかの形で福祉用具専門相談員と連携の上、介護支援専門員や地域包括支援センター等が一定の関与を行える方策についても御検討いただければと思っております。

続きまして、資料1の給付と負担に関する指摘事項についてでございますが、前述の高齢者虐待の例における介入では、地域包括支援センターや保険者との連携により対応を行うなど、公的な支援についての補助的役割、またはこれに代わる役割を介護支援専門員が果たす場合も多くございます。また、本部会でも御意見をいただきましたけれども、利用者の緊急連絡先や第1連絡先に介護支援専門員がなっている事例も増加していると聞き及んでおりまして、災害支援を含め、本来業務であるケアマネジメントに付随して各種の支援が生活全般に及ぶ傾向にございます。令和2年度の老人保健健康増進等事業の「保険外サービス活用推進等に関する調査研究事業報告書」では、行政機関や金融機関における手続の支援、入退院の支援や緊急時の駆けつけ訪問、通院の付添い等を95%程度の介護支援専門員が支援した結果が示されておりました、介護予防のいわゆる通いの場への活動参加支援などを行う場合もございます。これらの状況も鑑みていただきまして、ケアマネジメントに関する利用者負担については、引き続き現行給付の維持をお願いできればと考えております。

また、染川委員からも御指摘がございましたけれども、参考資料71ページ、財政制度等審議会における御指摘につきましては「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約4割など、サービス提供の公正中立性の問題が存在との記載がございますけれども、平成30年度の改定検証事業の「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書」及び令和元年度老人保健健康増進等事業の「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業：報告書」によれば、自法人の系列サービスの利用について、必要性を超えて推奨したことの有無については、92.9%が「ない」と回答をいたしておりました、単に見聞きしたという設問の調査で公正中立に関する実情を示すのであれば、他の各種の調査や他の結果も踏まえて分析する必要があるのではない

かと考えております。

また、要介護1の利用者の訪問介護・通所介護を地域支援事業に移行するとの件につきましても、現在の要支援者に関する各地域での対応状況を踏まえたと現実的とは言えず、保険者あるいは地域を中核としたまずは受皿整備を進めることが必要であり、これを考えれば時期尚早と言わざるを得ないと考えております。

また、栗田委員の御意見もございましたが、先ほどの公正中立性の確保につきましては、令和3年度の基準改正や法定研修強化、さらに、保険者機能推進交付金評価指標により適正化5事業のケアプラン点検の割合もここ数年で大きく増加しております。今後は見える化によるデータ活用などにより、より対応策は向上してくるのではないかと考えます。

また、座小田委員の御発言もございましたが利用するサービスや事業所については最終的に、利用者御本人、御家族の自己決定により選択されたサービスであるという結果の場合もございます。既存の仕組みの中で保険者、地域包括センター、介護相談員など、地域の第三者が確認できる方法も有効と考えられ、検討してもよいのではないかと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私から、少し多くなりますけれども、意見を申し述べます。

まず、制度の持続可能性を高めていくことは極めて重要でございますが、介護サービスが必要である国民に対し、必要なサービスを適切に提供できる体制とすることが何より重要であると考えます。種々論点はありましたが、この軸がぶれない議論をお願いしたいと思います。利用者の負担増になる検討が多く、慎重にならざるを得ない状況でございます。

一つ一つ見ていきます。まず3番目の多床室の室料負担についてでございます。多床室の室料負担を見直すことで利用者負担が増え、利用控えが進むことで、必要なサービスが利用できないといったことがない工夫が必要と考えます。

次に、ケアマネジメントに関する給付の在り方でございます。ケアプランの作成には専門的知見が欠かせません。適切なサービス提供を担保する必要性を踏まえれば、セルフケアプランを選択した場合においても質が担保されたケアプランとなるような仕組みを構築することが優先されるのではないかと考えます。

また、利用者負担についてでございますが、これも利用控えということを見ると、介護相談の窓口でもございますので、その減少等にもつながってまいります。ほかの委員の皆様と同じように慎重に進めるべきだと考えます。

5番目の軽度者への生活援助サービス等に関する在り方についてです。認知症高齢者の増加や単身世帯、夫婦のみの世帯の増加、家族の介護力の低下などの予想等の課題がある中において、重度化を予防して在宅限界を延ばすことに努めることができる体制強化が求

められています。軽度者とされる要介護1・2の利用者には認知症の方が多く、予測できない行動が見られる方や、BPSDの出現から混乱期、葛藤期である方々が少なくございません。このような方々には訪問介護における生活援助サービスを身体介護と併せて一体的に提供しなければその方の生活を支えることはできず、結果として状態の悪化を招き、給付増につながる懸念もあるとの指摘はそのとおりでございます。御指摘にあるように、総合事業による住民主体のサービスが十分ではなく、地域ごとにばらつきがございますので、そんな中、効果的・効率的・安定的な取組は期待できないのではないのでしょうか。

続きまして、7番目の福祉用具の貸与の在り方の見直しについてでございます。福祉用具の貸与については、適宜の切替え、借換えが可能であることが大きなメリットだと考えております。状態に合っていないものが給付された場合に、悪化を招くことになることも想定されます。そんなことを念頭に置く必要があると考えます。歩行補助つえなどの販売についてでございますが、利用者の負担の面からも考慮しながら慎重に進めるべきと考えます。また、定期的なモニタリングやメンテナンスについては、確実に担保いただきたいと考えます。

続きまして、その他の課題についてでございます。要介護認定についてです。一つの提案として受け止めておりますが、有効期間を拡大することに当たっては、利用者の重度化などの変化に気づいた際に、必要に応じて適切にスムーズに変更手続を行うことを担保する必要があると考えます。また、利用者の要介護度が軽度化した場合にあっては、変更申請を適切に行う道筋をつくる必要があるのではないかと考えます。

最後に、高齢者虐待防止の推進についてでございます。有料老人ホームに該当しないサービス付高齢者向け住宅やシェアハウスなどについては、虐待防止措置に該当する規定はないとのことでありますが、国民の人権を守るためにもサービス提供側に対する何らかの対応措置は講じるべきであると考えます。なお、高齢者虐待案件がこれだけあることは極めて残念なことであります。そうならないためにも、教育指導等について私ども介護福祉士の職能団体としても対策を進めていく必要があると考えます。

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。

齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 ありがとうございます。日本看護協会の齋藤でございます。

資料1の給付と負担の「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準等につきましては、先ほど酒向参考人が少しおっしゃっていたのですけれども、もう少しデータを見せていただきたいというのが率直な意見でございます。

もう一点、軽度者への生活援助サービス、要介護1・要介護2への訪問介護・通所介護の地域支援授業への移行につきましては、いろいろな方がおっしゃってございましたけれども、自治体の取組や、住民サロンの活動などは、コロナ禍でかなり影響を受けたということで、これからそうした活動が再生してくるだろうことを考えますと、今、このような提

案を受け入れていいのかどうかは非常に判断に迷うところでございます。

資料2、その他の課題について3点申し上げます。要介護認定につきまして、地方分権改革提案の新規申請、区分変更申請の有効期間延長については、私どもとしては慎重に判断をと考えております。参考資料のスライド9に、認定から一定期間後に軽度化しているケースもございますが、介護保険の理念であります自立支援あるいは重度化予防という観点からは、提供されているサービスやケア内容の適合性を検討して見直すタイミングを逃さないことが大変重要なのではないかと考えています。ですから、現行の原則6か月、上限12か月の維持が望ましいのではないかと考えています。保険者の事務の負担軽減はこれからも継続的にやっていかなければならないことかと思っておりますが、参考資料の5ページ目では、認定審査会の簡素化あるいはICT化の導入で、先ほど大西委員からも報告がございましたけれども、かなり効率化が可能だというご意見があったかと思っておりますので、まずはこちらを十分に推進して業務の効率化を行っていくことを優先してはどうかと思っております。

介護現場の安全性の確保とリスクマネジメントについては、保険者インセンティブ交付金等によって事故の情報収集に関する自治体の取組が徐々に進んでいると判断をしております。ただ、重要なのは、こういった情報収集されたものを集約、そして、分析をして、いかに各事業所が事故の再発防止に向けて努力をしていくかが大事ですので、広くフィードバックをすることが大事なのですが、参考資料の28でいきますと、まだまだ自治体の取組状況に差が大きいなと感じています。介護保険のサービスの質、そして、安全というものを全国共通で担保をしていくためには、参考資料で示されております医療や教育・保育施設、こういった事例を参考に全ての介護保険サービスの事故情報収集・活用の仕組みの構築に向けて、国において検討を進めていただきたいと思いますと考えています。

最後に、高齢者虐待につきまして、住まいの形態がかなり多様化しておりますので、現状で虐待防止の措置規定がないというところがあるわけですが、有料老人ホームに該当しないサ高住やシェアハウス等、こういった類型のところにも何らかの規定を設けていくべきではないかと思っております。令和3年に全サービスに義務づけられた虐待防止の取組が、この経過措置が令和6年までになっておりますので、取組の進捗状況や成果についても実態把握をしながら、より実効性の高い虐待防止策を共有していく必要があるかと思っております。さらに、参考資料44で、虐待の主な発生要因として「教育・知識あるいは介護技術等に関する問題」が5割近くに上がっている実態もありますので、各サービスにおける研修や教育の実施とその内容が日々の業務に生かされ、かつ全職員に共有されていることが大変重要になってまいります。地域や事業所規模を問わずこういった質の高い研修が受けられる、こういった仕組みを検討していく必要があるのではないかと考えています。

以上です。

○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 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東でございます。

まず、給付と負担についてです。資料1の1ページの上から2つ目の○に「制度の持続可能性を高めていくことが重要」とございます。まさに本当に重要な課題であると考えています。しかし、安易に給付を制限するとか負担を増やすという議論から始めるべきではなく、まず、現在あるサービスが介護保険の理念である自立支援に資するものになっているか否か、つまり過剰なサービスが提供されていないかどうか、ここを検討する必要があります。そして、自立支援に資するサービス提供になっているか否かを判断するためには、要介護高齢者の状態像を正確に表し、かつ改善や悪化の状態の変化に鋭敏に反応する評価指標が必須と考えております。従って、現状の障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度、あるいはバーセルインデックスが適切であるか否かを検討する必要があると考えています。

資料1の4ページでございます、多床室の室料負担の問題でございます。私ども老健施設の場合は、いわゆる住まいではなく在宅支援のための療養の場であると位置づけられているところでございます。したがって、終生施設と同様の室料を求めるべきではないと考えます。

資料1の5ページ、ケアマネジメントに関する給付の在り方について記載がございます。これについては多くの委員から意見がございましたが、私も現時点で利用者の自己負担を増やすことには慎重になるべきであり、サービス利用の入り口での利用控えにつながる可能性もあることから、拙速な利用者負担の導入には反対であります。

資料1の8ページ、要介護1・2の訪問介護・通所介護を地域支援事業への移行を検討という記載がございます。このことに関しては様々な問題がございます。これも多くの委員から意見がございました。慎重に検討すべきではないかと考えます。大西委員の発言にもございましたが、まずは現行の地域支援事業の充実をしっかりと図るべきだと考えております。

資料1の11ページ、福祉用具の在り方の見直しについて、廉価な福祉用具については貸与ではなく販売という提言が書いてございます。私ども老健施設では、リハビリ等の様々な介入により、要介護高齢者のADLの改善に努めているところでございます。しかし、要介護高齢者におきましては、様々な環境の変化や認知症の影響により、その方の状態像が悪化したり、改善したり、様々に変化をするわけでございます。そういう意味では、購入ではその変化に対応ができません。そもそも福祉用具を検討する上では、医師やリハビリ専門職等の関わりが必須であり、その専門職の関わりにより、その方に適切な用具を使っただけが重要と考えます。貸与から購入とするためには、様々なエビデンスの蓄積がないとこの検討はできないと考えております。

最後にその他の議論のところ、資料2の11ページに介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントについての論点が記載してございます。これは令和3年度の介護報酬改定におきまして、介護保険施設に安全対策の担当者の配置が評価されるということで加算等が創設されたことは周知の事実でございます。そこで次のステップとして、安全対策の担当者

の配置だけではなく、その担当者が実際にどういう役割をし、どういうことをしているのか、その活動の有効性等を検証するべきだと考えます。

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。私からは3点、御意見を言わせていただきたいと思えます。

1点目は、最初の給付と負担に関することですが、介護費用は増加し続けてそのうち限界に達するというような議論はよくあるのですが、そういう議論の中で一つ中心的な考え方として、介護度が改善された場合の何らかのメリット、例えばインセンティブ制度の導入が必要ではないかと思えます。これは私たち福祉や医療に携わる者としての課題だと認識はしておりますが、高齢者の方々はお世話されるだけの人たちではないので、先ほどからのお話にも出ていますように、身体や高次脳に対してのリハビリテーションなどを的確に行って、歩けなくても、車椅子でも、障害があったとしても、何らかの方法で自分でできるだけ生活を行っていく期間を長くすることが大切ではないかと思えます。介護や福祉の従事者の業界では、高齢者の自立に向けてリハビリやケアを行っていくのは当たり前と言われてはいるのですが、現実を見てみると寝たきりがどんどん増えていきます。高齢者が増えているというのがあるのですが、そういったことを考えると、アウトカムを今後取り入れていくとされていますが、ぜひそういったところで頑張って介護度が下がれば例えば報酬がアップするなど、何らかのインセンティブ制度を導入してほしいなと思っております。それが1点目です。

もう一点、虐待の防止に関してですが、先ほども意見にありましたが、例えば参考資料の43ページに書かれている表です。分かりにくいのでお聞きしたりしたのですが、届出と登録の違いです。例えば有料老人ホームでは届出で、届出の内容を確認して許可を与えるようなプロセスは規定されていないということだったり、一方、サ高住では登録は必要ですが、登録がなされていないと事業を行うことができない、ただ、登録と虐待防止措置との関係がいま一つよく分からないところもありますので、この表はもう少し詳しい説明が必要かと思えます。さらに、確かに有料老人ホームなどいろいろな法律は違うのかもしれませんが、サ高住やシェアハウスなどはこの頃増えてきていますので、そういったところでの何らかの法的な規定も虐待に関しては必要ではないかと思えます。

それと、虐待という言葉が強いので、そんなことはあまり起こっていないように思われるかもしれませんが、虐待の5つの類型を見ますと、身体拘束やネグレクトといったことも入ってきていますので、うちは暴力的な行為はしていませんと言われるのですが、それだけではなくて、身体拘束はしてはいけないということになっておりますが、なかなかチェックできていないところもあるし、ネグレクトといったことからいう

と、虐待とまで言わないにしてもそれにつながるようなことが起こってきていると思うので、その辺りはきちんとやっていかなくてはいけないかと思います。

そして、認知症の方が増えていくことに関して、認知症に対しての的確な正しい看護スキル、ケアスキルを身につけていない介護スタッフ、介護スタッフだけではなくて問題は施設のトップの方なども認知症の人に対する介護の仕方やケアの仕方をあまり御存じない方もおられたりもしますので、そういった人たちの教育というか、ケアスキルを身につけていくこともすごく大切なことではないかと思います。この頃、ケアスタッフが少ないのも分かるのですけれども、ケアスタッフ募集がハローワークに出しているのを見ると「未経験でも大歓迎」みたいな感じなのですね。未経験で大歓迎と言われても、介護のスキルがなかったらなかなか難しい、すぐ虐待に向かっていく、身体拘束に向かうことはあるかと思うので、そういったところは注意しなくてはいけないかとは思いました。

最後に福祉用具のことなのですが、考え方として、メンテナンスという考え方も必要ではないかと思います。現場で見ていると、下肢装具や手すりは何年かすると使われずに放置されている場合がよくありますので、そういったことをメンテナンスして行って、またちゃんと使えるようにするとか、必要なものにすることも必要ではないかと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、給付と負担につきまして、これまでの議論に加えて抜本的な対策が急務と考えております。介護保険創設時の2000年と比べまして、75歳以上の人口は2025年に2.4倍、2060年に2.6倍となります。また、80歳以上の人口は2025年に2.7倍、2060年には3.7倍に達します。したがって、当初見込みの想定外となっていると察しますので、今後、抜本的な視点で検討が必要だと思います。

さらに、2040年あたりに65歳以上の高齢者数はピークとなりますが、その後、2060年にかけて75歳以上の人口はじわじわと伸びてまいり、若年者の人口減少とともに総人口に占める高齢者の割合は高まって、2060年には4人に1人が75歳以上、また、5人に1人が80歳以上の高齢化率の極めて高い想像を絶する社会が到来いたします。したがって、持続可能性の観点からは、2040年のみならず2060年を見据えた検討も必要と思います。

負担には、公費、保険料、自己負担とあります。自己負担の応能負担は推進していくべきと考えますが、全体的な観点からの財政効果は乏しいと思います。また、保険料も、今後の人口の推移によって保険料の収入の見込みはある程度分かっておりますし、また、保険料負担が限界であれば、どこかで公費の投入について議論せざるを得ないことが、そういったタイミングが来るのが確実な状況だと思います。公費のものは当然国民の血税でございますから、また、介護保険制度は強制加入の強力な権限を有する仕組みでありますの

で、国民的な議論が不可欠と考えております。

各論につきましては、ケアプランの自己負担化につきまして、ケアプランの質が高まるという見方もございますが、そういったものの検証が必要であること。

それから、多床室の室料負担につきましては、これまで老健、介護医療院は医療提供施設、医療提供の場ということで居住費はふさわしくないという考えで整理されておりますけれども、今後そういった医療提供施設と居住の場の議論が必要であると思っております。

要介護1・2の生活援助を地域支援事業に移行するかどうかにつきましては、総合事業の効果検証、また、地域支援事業への費用の課題等がありますので、引き続き慎重に検討していくべきだと思います。また、これらの目的が持続可能性に伴う給付抑制であれば、国民に頭を下げてお願いすべきこととも考えております。事業者の視点で考えますと、収支差3%にコントロールされている状況に鑑みまして、持続可能性が本当にどうかという中長期的な視点も検討が必要だと考えます。

介護費用の対策の一つの方策としては、廃用症候群は可逆性でありますし、防止も可能でございますので、医療との連携、入院初期からのリハビリテーション、介護ニーズへの対応、あるいは低栄養の対応といったものが連携して行われることが重要ではないかと思っております。廃用症候群にかかっているマンパワーや費用は相当なものと認識しております。

続きまして、要介護認定につきましては、要介護認定は介護保険制度の根幹に関わる極めて重要なものとして位置づけられています。自治体の方々には大変申し訳ございませんが、この負担については必要な負担でありますので、ぜひ軽視化するようなことのないようお願いしたいと思います。

あわせて、主治医意見書は貴重な情報源でございますので、介護DXの推進に当たっては、本来毎年データベース化すべきぐらいのものと考えておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

有効期間の対象拡大につきましては、まずは前回行ったばかりの有効期間最大48か月の検証が必要でありますし、また、今回簡素化の対象になった方の介護認定審査会、要は、二次判定の変更率がどうであるかという調査が必要だと考えます。また、参考資料の9ページから13ページの「不明」の多くは死亡でありますので、要介護者の平均余命がいかに短いかが示されています。そういった点からも、有効期間の対象拡大については反対でございます。また、介護認定については、それぞれの地域で地元の医師会と市町村と十分に協議をして進めていただきたいと思います。

次の3項目は、時間の関係で簡単に申し上げます。リスクマネジメントは、事故報告提出が目的化しないように、特にインセンティブ交付金の項目にも入っておりますけれども、これまで膨大に蓄積された事故報告書をフィードバックして、好事例の横展開など、ぜひ現場にとって有効な取組となるようなことを期待しております。

虐待については、非常にあってはならない悲惨な事件も報道されているさなかでございますが、施設従事者の虐待が若干増えていることは極めて問題でありますし、拘束は虐待

の入り口であります。特に原因分析は重要で、不穏状態やBPSDは本人の人となりではないので、そこに向き合っては決してならないと思いますので、そういったことも含めた委員会の充実、指針の定期的な見直し、研修の充実強化等をお願いしたいと思います。

最後に福祉用具につきまして、福祉用具の選定の判断基準には医師あるいはリハビリ専門職の判断が欠かせませんし、リハビリテーションと福祉用具は表裏一体の関係にありますので、ぜひそういった医療職と福祉用具専門相談員が密なる連携を図っていくことが重要だと思います。貸与か販売かにつきましては、状態の安定性、障害の固定、予後予測の判断が求められますので、医学的根拠に基づいた医師の指示や判断が不可欠と考えております。

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、佐藤委員、お願いしてよろしいでしょうか。

○佐藤委員 ありがとうございます。私、途中で中座していたものですから、もしかしたらほかの委員の方々から既に御指摘があったかもしれませんが、何点かコメントさせていただきます。

まず、その他の課題についてのところからなのですが、今もお話がありました要介護認定についてですけれども、認定の簡素化は現場の負担軽減の観点からも進めるべきだと思いますが、有効期限を含めてエビデンスに基づくということが必要かと思います。それから、今回御指摘はありませんでしたけれども、認定率の地域差は別の会議で以前指摘されていたことがあります。この認定率の地域差、特に軽度の方々の認定率の地域差が問題だったのですけれども、その後どのように是正されたのかについてフォローアップがあっているのかと思いました。

介護現場の安全性についてなのですが、施設に入居する高齢者の安全を守るのは無論なのですが、どこまでが介護事業者の責任なのかということの明確な線引き、ガイドラインがあってしかるべきかと思います。さもないと、例えば一般的な安全性のみならず一定の医療行為の実施や、今、厚労省さんで普及を進めようとしているICTを活用した夜間の見守りなどについても、安全性という観点から現場が萎縮しかねないこともありますので、どこまでが責任でどこからが違うのかについての線引きあるいはガイドラインがあっているかと思いました。

給付と負担についてですけれども、私は財政学者なのでこちらが本業なのですが、一般論からいいますと、介護保険制度の持続性を確保するにはまず安定的かつ強靱な財政基盤が必要です。消費税のことがよく逆進的と言われますが、データを見ますと、消費税より社会保険料のほうが低所得者の負担は大きくなっています。ですから、社会保険料だけに頼るのはもはや限界だということは否めないと思います。

それから、高齢者の現役並み負担という話なのですが、問題は高齢者の所得の計算にあるのです。御案内のとおり、高齢者の所得の計算、年金所得の計算に当たっては、公的年

金等控除が差し引かれます。しかし、この公的年金等控除というのは最低110万円です。給与所得控除は50万円ですから、その倍以上なのです。したがって、ある程度の年金収入がある方でも控除してしまうと、所得は現役より低いと判断されることがあります。また、高齢者の支払い能力、いわゆる応能原則や能力に応じた負担という話がありますが、能力は所得というフローだけでははかれないのです。金融資産というものがあります。確かに多くの高齢者は200万も収入はないかもしれませんが、金融資産はあります。ですから、こういう金融資産というストックに応じることも必要かと思います。ちなみに、今、政府は非課税世帯に5万円の給付と言っていますが、実は非課税世帯は7割以上が高齢者です。そこで物議を醸しているところがありますので、実は所得だけに注目するのはミスリーディングだと思います。

福祉用具の貸与について、最後に一言だけなのですけれども、一部を除いて、今、福祉用具は借りれば保険対象ですが、最初から自分で買ってしまえば全額自己負担になってしまう問題、どちらかというところの購入と貸与の保険上の不均衡を是正して、利用者のニーズに合った形での使い方、それは購入がいいという人もいれば貸与のほうがいいという方もいらっしゃると思いますので、ある程度購入と貸与の間の保険上の不均衡を是正する必要はあるのかと思います。これは処方薬の話と実は似ているのかと思いますけれども、何らかの制度的な対応が必要なのかと思いました。

以上です。

○菊池部会長 財政学の観点も含めた御指摘をありがとうございました。

それでは、最後に野口部会長代理からお願いいたします。

○野口部会長代理 どうもよろしくお願いたします。まず、給付と負担の観点から4点、福祉用具関係は、私はあり方検討会の座長を務めておりましたので、その立場から2点お話をさせていただきたいと思います。

まず、給付と負担のことについては、利用者が必要な支援やサービスを受けられるようにする制度の趣旨、これはもう非常に重要なことだと思います。それを生かしていくことは前提としなければなりませんけれども、今後のさらなる高齢化で現役世代が減っていくことは、要するに生産年齢人口の急激な減少があるわけですから、それを乗り越えるためには、制度の持続可能性を維持するためにも制度の不断の見直しは必要であると考えます。

2点目、様々な統計から、皆さん今まで御議論されたように、高齢者の負担能力の格差が非常に大きくなっていると言われていています。他方で、佐藤委員からもお話のあったように、負担をお願いできる方もいらっしゃるのです。そういった方には相応の利用者負担や保険料負担をお願いしていくことは避けられない必要なことであると思います。これは取りあえず優先的に実施していくべき事項ではないかと考えます。その際に、医療保険制度あるいは介護保険制度、福祉と医療、在宅と施設などの間でどうやってバランスを取るか、公平性を担保するかを考慮すること。金銭的に余裕のある方であっても急激な負担増は非常に御負担になるでしょうから、急激な負担増とならないような配慮をしていくことも必

要ではないでしょうか。

3点目、保険料についてですけれども、これまであまり議論の俎上にのっていないようなのですが、先ほどもお話にあったように、保険料はだんだん負担が増えてきていることでもありますので、この点についても随時検討課題とすべきではないかということをし添えておきたいと思います。

最後、総合事業については、要支援者の移行状況あるいはサービスの基盤の状況などから、厚生省から実施状況を詳しく整理、報告をした上で、要介護者などに対する必要な支援サービスから提供されるように、今後も丁寧に議論を進めていく必要があるのではないかと思います。

2つ目、福祉用具関係のことです。資料にありますように、構成員の皆さんと一緒に3つの観点から検討を行ってまいりました。検討会で非常に白熱した議論が行われましたけれども、貸与から販売への移行の論点については、選択制も含め非常に積極的な御意見がある一方で、適宜、借換え等が行える貸与が望ましい、高齢者の方は非常に状態が変わりますし、どなたかのお話にあったように使わなくなったものがエコシステムに非常に悪い影響を与えますので、貸与が望ましいといった慎重な御意見まで本当に非常に幅広く御意見があったところです。こうした御意見に加えて、サービスの適正化の方策、これは非常に重要なのですけれども、安全性の確保、質の向上に係る取組の方向性について、これまでの議論の整理という形で中間報告として取りまとめたばかりです。しかし、皆さん議論されているのですけれども、まだまだ議論における定義がそれぞれのお立場によって不一致がある、データが決定的に不足している、調査も不足しているといった課題が非常に多々あるのが事実です。したがって、厚生労働省様あるいは事務局の方におかれましては、引き続きこうした調査研究事業等の厚労科研による調査研究事業等の実施によってこうした点を補いながら、様々な声に耳を向けてしっかりと議論を進めていっていただきたいと思っています。

最後に、これは皆さんのいろいろな御意見を伺っていてなるほどと思ったのですけれども、先ほど申し上げましたように、生産年齢人口は激減しております。財源や人材の確保は高齢化率がこれからピークになる2040年あるいは2050年とも言われておりますが、その年代にかけて、我々の想像を絶した大変厳しい局面を迎えることが予想されます。そうした中で公費負担、税金と皆さんおっしゃる方が多いのですけれども、半分以上は借金なのです。借金によって賄われている部分が肥大化している。そして、取りも直さず、このことはまだ生まれていない、現時点で投票権も持っていない将来世代に大きな責任を押しつけていることに対して、我々一人一人が自覚的である必要があると心から思います。

以上です。どうも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した。

本日も非常に多くの御意見をいただくことができました。ありがとうございました。

というわけで、負担と給付というかなり重要な論点にも関わっていることもあってでし

ようが、時間はかなり前回よりも押している部分がございます。ただ、若干時間はございますので、先ほど言い残した御発言をお求めの方がおられたら10分ぐらい御発言いただこうと思いますが、あらかじめお手を挙げていただいて、それで配分時間を決めさせていただきたいと思います。会場からは、花俣委員と栗田委員でよろしいですね。では、お二人。それから、オンラインで兼子委員、河本委員、座小田委員、お三方ということで、申し訳ありません。1人2分厳守ということでお願いできればと存じます。

それでは、栗田委員からお願いします。

○栗田委員 先ほど東委員から認知症高齢者の日常生活自立度判定基準は適切ではないという御意見をいただきました。これは私も全くそのとおりで考えておまして、これが導入されたときからそう言い続けておりますし、認知症専門医の多くがおかしいと感じていると。いろいろあるのですけれども、例えば認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰが「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している」というのは、認知症の医学的定義と矛盾するのです。ということで、主治医意見書を私も20年書き続けてきましたけれども、毎回変な気持ちで書き続けてきたと。だんだん慣れてきている自分が恐ろしいと。多分、これは認知症の軽度の段階ではMCIの人のケアの質と非常に深く関係してくる問題なので、特に医療・介護の連携という観点では非常に重要なことなので、これは変えていかなくてはいけないことなのではないかと感じているところでございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

花俣委員、どうぞ。

○花俣委員 要介護認定についてなのですけれども、認定の第1の目的は介護保険のサービスが必要かどうかの判断ということになります。介護を必要とする人、家族など介護する人にとっても、利用限度額、利用サービスが決められる重要な仕組みだと思っています。要介護認定の一次判定は、高齢者介護実態調査に基づく介護の手間にかかる時間を計算して設定されています。高齢者介護実態調査は2007年に調査して以降、15年間実施していません。また、調査対象になっているのは要介護3以上が8割で、施設サービス利用者がほとんどです。認知症の人や家族、私たちのほうからは、認定が軽くなる、認知症の人にふさわしいスケールになっていないのではないかとこの疑問がずっと寄せられ続けています。認定の期間あるいは手続等の見直しを検討するのであれば、在宅高齢者の実態調査をきちんと行っていただくことを併せて希望したいと思います。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

私も要介護認定のことですけれども、既に前回と同じ場合は48か月、4年間ということになっているわけですが、しばしば私たちの話の中で出るのは、高齢者は医療にかかって

いる人が結構多いわけですがけれども、そういう健康状態の変化、あるいは入院して退院してきたときの場合も、介護の必要度が現実に合わないことが結構多いということが言われております。こんな形で認定の期間延長がされれば、そういった問題はまだまだ出てくると思います。私自身は、そうなれば現場でのサービスの必要性、これについて判断して対応していくことを強めていかないと、利用者あるいは現場の人たちにとっては大変戸惑うことになろうかと思えます。利用者と介護現場の視点が資料2ではあまり触れられていないと思えますので、今もお話がありましたように、介護現場あるいは利用者の方々の実態把握をぜひ進めていただきたい。

私自身は、今後の在り方としては、これだけこの要介護認定に業務量、人員体制、経費をかけているわけですがけれども、これは介護現場にもっと活かされていく必要があるだろうと思えます。そのためには、介護職の専門性を高める、その専門性について社会も政治もきちんと評価して、従事者の安定的な確保、職場の在職期間をもっと高めるようなことをしていく必要があると思えますけれども、最終的には介護の認定については介護認定審査会方式ではなくて医療保険と同じようなものにしていくといったことについても、きちんと議論していく必要があるのではないかと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。

まず、福祉用具の関係でございますけれども、検討会の議論の整理を踏まえてさらに検討を進めていただいて、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全性の確保、こういったことに配慮していただきながら、保険給付の適正化といった観点から、貸与・販売の選択制の導入を図るべきと考えております。

最後、給付と負担の関係でもう一回言わせていただきますが、利用者負担が増加することの懸念、これはもちろん理解をいたしますけれども、制度を支える現役世代は年々減少しております。また、高齢者医療への拠出金負担も急増するなど、これ以上の負担増には耐えられない状況にあることをぜひとも御理解いただきたいと思えます。低所得の方への配慮は当然不可欠でございますし、高額介護サービス費あるいは高額医療合算介護サービス費、こういった負担軽減も行われていると。先ほど負担能力といったところで給与所得控除と年金所得控除の違いのお話もございました。金融資産のお話もございましたけれども、いずれにしても負担能力のある高齢者の方にはぜひとも御負担いただきたいと考えているところでございます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

座小田委員、お願いします。

○座小田委員 私からは資料2についてでございますけれども、1点目は要介護認定でござ

ざいます。客観的指標に基づいてできる限り実態を適正に評価していく必要があると思います。実態としては、現在特記事項によって補正されているのが実情ではないかと思っております。このため、より実態を正確に把握できるよう調査票の抜本的な見直しや認定調査員の研修、それから、先ほど出ていましたけれども、AIや電子審査なのかどうか分かりませんが、認定調査の精度の向上につながるよう見直していくべきであると思います。

高齢者への虐待防止の推進についてでございますけれども、高齢者への虐待防止の実効性を高めていく上では、教育研修を行っていくことも重要ですが、先ほど津下委員からメンタルヘルスの意見がございました。働く介護スタッフのメンタルヘルスの観点も極めて重要であると考えております。労働安全衛生法では事業所に50人以上の従業者がいる場合、ストレスチェックが義務づけられておりますけれども、介護事業所のほとんどの規模は小さくて対象外となります。また、訪問系の場合には1人や少人数で対応するケースが多く、介護事故や感染リスクの不安もありまして、何らかの仕組みを講じる必要があると考えております。こうした観点から、職員のメンタルヘルスに影響を与える要因やその軽減に向けた取組について、調査をお願いしてもらいたいと思います。

最後は福祉用具ですけれども、あり方検討会でいろいろな議論をしておりますので、在宅、施設の双方において適時・適切かつ安全な福祉用具の利用ができるよう、福祉用具の位置づけや活用の在り方について慎重かつ丁寧な議論を続けていくべきであると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

2巡目も含めまして、貴重な御意見をありがとうございました。様々な御意見をいただきましたが、これからどういう形で具体的な検討を行っていくか、この辺りは事務局にお考えいただきたいと思います。

一方で、今日も高齢者中心型から全世代型へという違和感というか、複数の委員からお話がありましたけれども、全世代型社会保障構築会議の中でも、決して世代間対立をおおるようなものであってはならないというのは、これは委員の間で共通認識として議論を進めておりますので、その点は誤解のないようにぜひお願いしたいと思います。

全世代型社会保障構築会議でも議論が再開され、名称は作業チームですかね。子ども・子育て、勤労者皆保険、そして、医療・介護という3つの作業チームをつくって、そこでさらに検討していくということになっています。医療・介護ということで制度横断的な検討がそちらでもなされるのであろうと想像をしておりますけれども、今後はそこでの議論もにらみながら、介護保険制度の具体的な在り方についてはこの介護保険部会でしっかり議論をしていくことになると思いますので、今後取りまとめに向けてよろしく願いいたします。

最後に、野口部会長代理がおっしゃったことと関連して、2040年に向けて介護従事者が70万人強必要になってくると。それに対して生産年齢人口は優に1000万人以上減るとい

未曾有の事態を迎える日本社会をどうやって支えていくか、特に介護をどう支えていくかをみんなで真剣に議論して考えていかなくてはならないと切に思っております。今後ともどうかよろしくお願いいたします。

それでは、これにて本日の会議を終了とさせていただきます。

次回につきまして、事務局から御連絡をお願いします。

○占部企画官 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。