

○占部企画官 定刻より少し早いですけれども、皆さんお揃いのようなので、ただいまから、第100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、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。

(報道関係者退室)

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、おはようございます。本日も大変お忙しいところ、御参集いただき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、栗田委員、大西委員、黒岩委員、杉浦委員が御欠席です。

黒岩委員の代理として山本千恵参考人、杉浦委員の代理として福島由子参考人に御出席いただくことにつき、お認めいただければと思います。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それから、井上委員、佐藤委員が遅れての御出席と伺っております。

それでは、早速、議事に入ります。

はじめに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局からお願いいたします。

○占部企画官 お手元の資料の確認の前に、既に委員の皆様には御案内を差し上げておりますけれども、以前開催いたしました当部会の資料の一部に誤りのある箇所がございましたので、御報告をいたします。

5月30日開催の第94回部会の資料5の21ページ、9月12日開催の第97回部会の参考資料40ページに、それぞれ総合事業の実施市町村数を掲載しておりますが、一部に誤りがございました。

正しい数値につきましては、本日の参考資料56ページに掲載しております。また、過去の部会における資料については、ホームページ掲載の差し替えを行っておりますので、御報告をいたします。

それでは、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、事務局提出資料と併せて、本日、小泉委員と濱田委員から提出されております。

会場にお越しの委員におかれましては、資料をタブレットと机上に用意しております。タブレットの操作で御不明点等がございましたら、事務局がサポートいたしますので、お申しつけください。

オンラインで出席の委員におかれましては、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、会議の進行中は、基本的にマイクをミュートにいただき、御発言の際には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「手を下ろす」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、発言時間はお一人5分以内をお願いいたします。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 それでは、議事に入ります。議題1「給付と負担について」、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○林総務課長 老健局総務課長でございます。

本日は給付と負担について御議論いただくということでございます。前回の9月11日の部会において御紹介させていただきましたとおり、9月28日の全世代型社会保障構築会議において、医療・介護制度の改革について、介護分野について論点が示されておりました。その論点の内容なども踏まえまして、介護保険部会において議論を進めるようにという指示が担当大臣からございましたので、そういった経過を踏まえまして、本日、介護保険部会で具体の論点を提示させていただきまして、議論を開始していただくということでございます。

資料に沿いまして御説明を順次申し上げたいと思います。

1 ページを御覧いただきたいと思います。

給付と負担についての総論と7つの論点について御議論いただければと考えております。

2 ページ目、まず、総論でございます。この辺については既に何度も御議論して御承知のことかと思いますが、3番目の○、今後、給付費の伸びが見込まれる中で、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ということが重要な課題と考えております。

この問題につきましては、累次、前回9月の部会でも紹介いたしまして、ここに掲げられていますように、前回の介護保険部会に加えまして、全世代型社会保障構築会議等の議論で御指摘をされている点がございます。こういったことを踏まえまして、7つの論点について検討を行っていただきたいということでございます。

具体的に、3ページ目、1番目の課題でございますが、被保険者範囲・受給者範囲についてでございます。

御案内のように、被保険者は65歳以上の1号被保険者、40歳から64歳の2号被保険者と

いうことで、これは制度創設以来変わっておりません。

被保険者や受給者の範囲につきましては、要介護となった理由、年齢の如何にかかわらず、介護を必要とする全ての人にサービスを行い、保険料を負担する層を拡大するという制度の普遍化を目指すべきか、あるいは現行どおり高齢者の介護保険を維持するかを中心に議論が行われてきております。

令和元年の前の介護保険部会の意見書においても、ここに掲げられているような意見を踏まえまして、引き続き検討を行うことが適当とされております。

具体の論点ですが、4ページ目です。

今後の人口構成の変化、介護保険制度創設時の考え方、これまでの議論や経緯を踏まえまして、介護保険制度における被保険者・受給者の範囲についてどのように考えるかということを提示させていただいております。

続きまして2番目、補足給付に関する給付の在り方でございます。5ページ目を御覧ください。

補足給付につきましては、介護保険三施設、ショートステイについて、制度当初は居住費・食費が給付に含まれていたところがございますが、平成17年の改正において、在宅で過ごされる方との公平性等の観点から、居住費・食費を給付の対象外としたところ。あわせて、これらの施設には低所得者の方が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者について補足給付を給付するということで負担軽減を図っているというものでございます。

平成26年改正においても一定の見直しを行いまして、いわゆる一定額以上の預貯金等の勘案等を行う改正をしております。

6ページに移っていただきまして、令和2年の前回の改正においても、能力に応じた負担とし、制度の精緻化を図る観点から、以下3点ポイントを書いておりますけれども、基本的には段階区分の細分化という形での見直しを行ったところでございます。

令和元年12月の介護保険部会の意見書では、補足給付の不動産勘案について議論がございましたけれども、この下でございますような形で慎重な検討が必要という意見がございました。

具体の論点を7ページ目に提示しておりますけれども、経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付について見直す点がさらにあるかどうかということ。

また、不動産の勘案については、資産を預貯金の形で持つ方との公平性の観点、地域的な格差、民間金融機関の参入が困難なこと、認知症の方への対応など、様々な実務上の課題がございますので、こういったものも踏まえて引き続き検討する必要があるのではないかとございまして。

3番目の点です。多床室の室料負担についてです。8ページを御覧ください。

居住費につきましては、先ほど申し上げたように補足給付を給付しております。一方で、個室の場合については、光熱水費、室料の御負担をいただいているわけですが、多

床室につきましては、介護老人福祉施設、いわゆる特別養護老人ホームを除き、この室料負担を求めているところがございます。

介護老人福祉施設の多床室については、過去の制度改正において、死亡退所も多いなど、事実上の生活の場として選択しているということを踏まえまして、個室と同様、光熱水費と室料の利用者負担を求めたところです。これは居宅系サービスとの負担の均衡を図るという観点で実施したものでございます。

この問題につきましては、令和元年12月の介護保険部会の意見書で、見直しに慎重な立場、積極的な立場、両論が併記された上で、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を踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討を行うことが適当とされたところがございます。

以上を踏まえまして、9ページ、具体の論点ですけれども、介護老人保健施設と介護医療院、多床室の室料負担の在り方につきまして、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、介護老人福祉施設の多床室の室料の利用者負担導入に当たりましては、死亡退所が多い等事実上の生活の場として選択されていることを考慮した経緯、介護老人保健施設は在宅復帰を目的とした療養支援を行う場、介護医療院は長期療養を必要とする者に対する医療を提供する場であるといった各施設が有する機能の違い、各施設の利用者の入所目的、在所日数、退所先等の実態などを踏まえて、どのように考えるかという論点を提示させていただいています。

これら論点に記載しております施設の機能の違いでありますとか、入所元、退所先の実態などにつきましては、参考資料の33ページ、35ページあたりに関係の記述がございますので、御参照いただきながら議論いただければと考えております。

続きまして10ページ目、4点目の議論です。ケアマネジメントに関する給付の在り方でございます。

ケアマネジメントに要する費用については、制度創設当初から10割給付となっております。これは介護保険制度創設時にケアマネジメントという新しいサービスを導入するに当たりまして、積極的に本サービスを利用できるようにすることを目的としたものでございます。

ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、置かれている環境・要望等を把握し、多職種と連携しながらケアプランを作成する。また、サービスが適切に提供されるよう事業者との連絡調整を行うというものでありまして、介護保険制度創設から22年が経過し、国民の間にも広く普及されていると認識しております。また、同時にケアマネジャーは医療と介護の連携、地域における多様な資源の活用等の役割ということで、従来よりも一層その役割を果たすことが期待されている状況です。

この給付の在り方についてはこれまでも議論されておきまして、前回の介護保険部会の意見書でも見直しに慎重な立場、積極的な立場の両論が併記されており、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、自立支援に資する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など、幅広い観点から引き続き検討を行うことが適当とされたところです。

以上を踏まえまして、論点は11ページ目でございます。

制度創設時に10割給付とされた趣旨や現在のケアマネジメントの定着状況。

一方で、導入することにより利用控えが生じ得る等の利用者への影響、セルフケアプランの増加等によるケアマネジメントの質への影響。セルフケアプランは現状0.05%程度の利用ですけれども、これが利用者負担を求めることによって増えるのではないかという懸念がこれまでも示されております。

また、利用者負担を求めている他の介護保険サービス、施設サービス利用者等との均衡。

ケアマネジャーに期待される役割、役割を果たすための処遇改善、事務負担軽減等の環境整備の必要性といった観点からどのように考えるかという論点でございます。

続きまして5点目、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。12ページを御覧ください。

現状、要支援の方の訪問介護、通所介護につきましては、市町村が地域の実情に応じて住民主体の取組を含む多様な主体による柔軟な取組を行うことによって、効果的・効率的にサービスを提供することを目的としまして、平成26年の改正におきまして介護予防・日常生活支援総合事業、いわゆる総合事業へ移行されております。

総合事業の実施状況につきましては、参考資料にも詳しく載せておりますので御覧いただければと思いますが、概略を申しますと、6～7割の市町村において従前相当のサービス以外のサービス、サービス提供主体や形態によってA～Dと分かれておりますけれども、いずれかが実施されている状況です。また、訪問型サービス、通所型サービスの実施事業所の2～3割ぐらいが、このA～Dのサービスを実施しているという状況でございます。

こういった状況であるということで、前回のこの介護保険部会の意見書でも見直しに慎重な立場、積極的な立場の両論併記をされた上で引き続き検討を行うことが適当とされてございます。

以上を踏まえまして、論点でございますが、13ページを御覧ください。

軽度者である要介護1・2の方への生活援助サービス等に関する給付の在り方について、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、また、認知症の方も多いという指摘もこの部会でもいただいております。要介護1・2の方について、要介護状態に応じて必要となるサービスの質や内容が確保できるかどうか。また、今後の介護サービス需要の大幅な増加、訪問介護サービスで特に顕著である人材不足の状況を踏まえて見直しをする必要がないかどうかといった幅広い観点からどのように考えるかということでございます。

また、検討に当たりましては、現行の総合事業に関する評価・分析は重要な観点の一つと考えておりますが、従前相当サービスやそれ以外のサービスの効果、地域の受皿の整備状況（多様な主体の活用などの状況）については具体的にどのような観点で評価をしてい

く必要があるか。そして、今後こういった総合事業を充実化していくために必要な取組・見直しとしてどのようなことが考えられるかについても併せて御議論いただければと考えております。

続きまして、6点目です。「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準ということで、利用者負担の2割負担、3割負担の対象者の判断基準についての議論でございます。14ページを御覧ください。

介護保険制度は、平成26年の介護保険法改正におきまして、一定以上の所得のある方について2割負担ということをお願いしておりまして、平成27年8月施行となっております。これは、当時、第1号被保険者の上位2割相当の所得の方を対象に2割負担ということでお願いをしております。具体的な水準は※に書いてあるとおりです。

また、平成29年の介護保険法改正におきましては、これに加えて、現役並みの所得を有する方の負担割合を2割から3割に引き上げ、平成30年8月から施行しております。具体の水準は※に書いてあるとおりです。

この評価につきましては、いろいろと負担増になることによって、サービスの利用控えが生じるのではないかとということも懸念されたところですが、我々が調査した結果においては、利用傾向に顕著な差は見られなかったという評価をしております。本日の参考資料に載せておりますので、御覧いただければと思います。

現状、要介護認定者に占める割合について見ますと、2割負担に該当する方が5%、3割負担に該当する方が約4%弱ということで、合わせて9%程度となっております。したがって、2割負担の対象者を2割相当ということで設定しましたが、被保険者と要介護認定を受ける方との所得層の違いによって、現状では9%程度となっております。

15ページを御覧ください。

「また」ということで、いわゆる自己負担率についての推移を参考に載せております。

医療保険制度につきましても、患者負担割合についてこれまで累次の改正が行われております。とりわけ3番目のポツに書いてございますように、75歳以上の方は、後期高齢者医療保険制度においては、今年の10月から一定以上所得の方の負担割合は2割としております。この際、対象の範囲につきましては、後期高齢者の所得上位3割、現役並みを含めた上位3割の方が対象になるという設定になってございます。

以上の経過を踏まえまして、論点は16ページでございますが、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準をどのように考えるか。

その際、本年10月に施行されております後期高齢者医療制度の患者負担2割の判断基準が後期高齢者の現役並み所得を含む上位所得30%とされていることとの関係をどのように考えるかということをご提起させていただいております。

最後、7番目です。高所得者の1号保険料の在り方についてです。

介護保険の給付費の半分が保険料負担で、そのうち人数比で1号と2号と分けておりまして、現状23%相当分を65歳以上の被保険者から保険料として頂戴しております。

この保険料の設定につきましては、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、制度創設時から所得段階別の保険料としておりまして、施行当初は5段階、平成18年改正で6段階、平成27年改正で9段階ということで、国の標準基準につきましては9段階というのが現状の設定でございます。一方で、高齢化の介護費用の伸びに伴いまして、1号保険料の水準につきましては、いわゆる標準段階の水準について約3,000円弱から現状6,000円ぐらいになっておりまして、2040年には9,000円にも達するということが見込まれております。

以上を踏まえまして、論点でございますが、18ページ目、1号保険料水準の中長期的な伸びが見込まれる中で、被保険者の負担能力に応じた保険料設定についてどのように考えるかということでございます。

※に記載させていただいておりますのは、介護保険制度と医療保険制度と高齢者の方はどちらの保険料もお支払いいただくということでございます。それぞれの制度における保険料負担の上限について参考で述べさせていただいております。

介護保険制度については、合計所得金額が320万円に達すると保険料負担が全国平均値で出した場合に12万円程度の上限等の設定になっております。

後期高齢者医療保険制度につきましては、保険料賦課限度額を年額66万円と設定しております。これは年間所得の698万円に相当する額となっております。

以上が論点として用意させていただいたものです。

なお、前回9月26日の部会においては、福祉用具の貸与の在り方についても報告、議論をさせていただきました。前回の議論においては、過去の財政審での指摘もございまして、給付と負担に関する指摘事項ということで触れさせていただきましたけれども、一方で、この問題につきましては、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での議論を経て取りまとめられました議論の整理も報告申し上げまして、幅広い観点から御意見をいただいたところでございます。そういったことを踏まえまして、最終的にはこの介護保険部会で議論の内容などについて取りまとめいただくことを想定しておりますけれども、現状においては、給付の負担というよりも貸与販売種目の在り方、安全利用の促進等に関することということでございますので、今回給付と負担の関係の項目としては取り上げていないところでございます。

以上が論点でございまして、本日、様々な観点から幅広く御意見をいただきまして、また、今後の介護保険部会の運びとしましては、次回11月上旬については、前回の介護保険部会でも今後の進め方として提示させていただきましたけれども、地域包括ケアシステムの深化・推進について議論いただくことを予定しておりますので、その後の部会においてさらに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 ありがとうございます。

それでは、各委員の皆様から、ただいまの説明に関して御発言をお願いいたします。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ようお願いいたします。

事務局から御案内のとおり、予定終了時間内に多くの委員に御発言いただきたいと思っております。発言時間につきまして、御協力いただきますようお願い申し上げます。

時間は本日12時30分までですが、時間が余れば2巡目の議論をさせていただきたいと思っております。

それでは、会場にお越しの委員、岡委員、花俣委員から、もしよろしければ最初に口火を切っていただければと思います。

岡委員、よろしく申し上げます。

○岡委員 ありがとうございます。

まず総論として申し上げますと、介護保険における給付と負担のバランスや応能負担などについての問題意識は、我々商工会議所も全く同じでございます。

その上で、主に現役世代や事業者の負担軽減という観点から、意見を5点、簡潔に申し述べたいと思います。

1点目は第2号被保険者の範囲についてです。介護保険制度の創設時、40歳以降は特定疾患の罹患者となる、あるいは親の介護のために介護保険の受益者となる可能性が高いことなどから、第2号被保険者の対象年齢の下限が40歳に設定されたものと承知しております。これに関し、厚生労働省の国民生活調査を見ますと、要介護者と同居している主な介護者が40歳未満である割合が低下してきていることなどから、介護保険のメリットを受ける年齢層がより若い世代へ拡大しているとは言えません。子育て世代や事業者の保険料負担の増加が消費や経営に与える影響なども考慮すれば、下限年齢の引下げを行うべき地合いにはないと考えております。

2点目は、多床室の室料負担についてです。介護老人保健施設と介護医療院の多床室の室料については、在宅でサービスを受けている被保険者との公平性や保険財政の負荷軽減の観点から、支払い能力に応じた有料化を検討すべきと考えます。

3点目は、ケアマネジメントに関する給付の在り方についてです。ケアマネジメントは、要介護度に応じた適切な介護サービスを、円滑に提供するために極めて重要なものと理解しております。一方で、介護サービスの利用が一般化された現状を踏まえれば、もとより利用控えや不適切なケアプランの策定がなされないようにすることへの十分な配慮は必要ですけれども、ケアマネジメントを利用する場合の受益者負担の導入に向けた検討を進めることが重要と考えております。

4点目は、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてです。要介護者に対する生活援助サービスのうち、地域の実情に合わせて実施したほうが効果的であると考えられ、かつ可能なものは、保険給付の増加を抑制する観点からも地域支援事業へ移行すべきと考えます。

なお、地域支援事業については、住民の主体的な参画によるサービス活動の実施が当初の期待どおりに広がっていないのが現状であると伺いました。その要因を把握し、国と自

治体が一体となって改善を図られるよう、併せて御検討いただければと思います。

最後5点目ですが、介護サービスの利用者負担割合の引上げについてであります。現在2割負担となっている対象者範囲の拡大など、受益度合いと負担能力に応じた利用者負担の引上げを検討することが必要と思っております。その際、生活困窮者への配慮や介護離職の増加といった社会へのマイナス影響についても調査と分析、それに基づいた丁寧な議論をお願いしたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 まず最初に、当会において、9月21日の世界アルツハイマーデーより、給付と負担について主に4項目に絞り込んで反対署名活動に取り組んでおり、反対に賛同された皆様から寄せられた投稿の切実な声の数々をホームページ上で公開しております。そこで際立ったコメントをひとまず紹介させていただきます。

働く世代が安心して就労を続けるためにも、介護保険のサービスが必要なのはもちろんですが、要支援から要介護1・2の家族を持つ世帯が一番深刻な負担を抱えているのを御存じないのでしょうか。体は動けて自立度が高くとも、認知機能の低下によって自身の危機管理も難しく、転倒リスクなども高く、実際には目が離せず、手のかかる高齢者は多くおります。介護保険制度を今のまま維持していくことは、働く世代の生産性を守っていくためにも必須のことなのです。

次です。消費税の引上げは福祉に使うのではなかったのでしょうか。私たちが払った税金はどこに消えているのか謎では困ります。90代の両親を私一人が介護しています。保育士の年金ではこれ以上の負担はできず、利用サービスを削るしかありません。消費税を引き上げたのに、なぜさらなる負担を求められるのでしょうか。国は親の介護をしている者は破産しろとでも言うのでしょうかといった厳しい御意見。

それから、病気や障害を抱えて暮らす人への支援をなぜ締めつけるのかという声も多く寄せられています。

部会ではこれらの人々の疑問に誠実に答える必要があるのではないかと考えております。

それでは、今回の給付と負担についての意見を申し上げます。

まず11ページ、ケアマネジメントに関する給付の在り方の論点です。これは10割給付の堅持をぜひお願いしたいと思います。利用料が発生すれば、契約しないという認定者を増やすこととなります。ケアマネジャーのアセスメントすら受けられず、給付につながらない、受給権を行使できないだけでなく、参考資料の44ページにもあるように、介護保険外のサービスの代理申請、入院の付き添いなど、業務外にお願いしている支援も失うこととなります。また、セルフプランの増加に関しては、ケアプランの代替作成による利用者の困り込み等を招きかねないことも懸念されます。認定者の暮らしを守るためにも、利用者負担を新たに設定することに断固反対いたします。

それから、13ページです。軽度者の生活援助サービス等に関する給付の在り方の論点ですけれども、ホームヘルパーが不足していることは周知の事実です。しかし、人材不足だからサービスを減らすようでは、社会保障の理念が逆転してしまいます。何度も申し上げますが、在宅介護において生活援助は不可欠な支援であり、今後も充実させていく必要があります。

また、生活援助を家事支援や間接的な業務などと言い換え、訪問介護の重要性をこれ以上おとしめないでください。認知症をはじめ、様々な障害で生きづらさを抱えた認定者の暮らしを支えていくには、介護福祉の実践者である専門職の技術と経験が頼りなのです。認定を受けた人たちの受給権を保障するためにも、在宅介護を支えるために市区町村の意向をきちんと集約することも含め、全力を挙げて介護人材の確保に取り組んでいただくことを切に要望いたします。

その他の項目、補足給付、多床室の室料負担、所得の判断基準、高所得者の1号保険料の4つについては、後期高齢者の負担能力という視点でまとめて意見を申し上げます。

今回は厚生労働省からたくさん資料を出していただきましたこと、大変感謝申し上げます。

認定者の87%は75歳以上の高齢者です。参考資料77ページには、高齢者世帯1世帯当たりの平均所得金額は約333万円とありますが、同じく国民生活基礎調査の概況では75歳以上の1人当たりの平均年収は180万円とあります。また、80ページの家計支出の資料では、介護保険の利用料はその他の消費支出に含まれるようですが、認定を受けた人たちのその他の消費支出は幾らになるのでしょうか。誰がどの程度負担に耐えられるのか、また、75歳以上の高齢者が負担できる家計収入は幾らなのか。さらには資産も勘案すべきとありますが、では、家計収入と資産を合わせて実情ではどのぐらいの負担ができるのでしょうか。これらを判断できる根拠が示されないまま、曖昧な基準を急いで設定されるのであれば、とても承服することはできません。被保険者、そして、国民に説得力のある方針をもって、今後検討していただきたいということを再度強く申し上げておきます。

時間になりましたので、以上となります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様をお願いします。

まず、染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

まず、資料1の4ページの論点、被保険者範囲・受給者範囲についてですが、社会保障制度としての介護保険制度は、高齢者施策にとどまらず、介護を必要とする全ての人たちがそのサービスを受給することが本来あるべき姿であると同時に、国民に理解が深まっている介護は社会が支えるという介護保険制度の理念の方向を一層明確にするため、さらには、40歳未満でも家族の介護を介護保険サービスとして受けられることで安心して仕事の両立が図られるケースもあり、間接的な受益者となり得ることから、被保険者の範囲を18

歳以上、受給者範囲は年齢の如何を問わないとする案を軸に議論を進め、拡大することの合意形成を図ることが必要であると考えます。

次に、資料11ページの論点、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、前回までに述べてきました負担を求めることへの懸念事項に加え、1点追加で意見を申し上げます。

資料10ページでは、現状を捉える上で、ケアマネジメントは介護保険制度創設時に導入された新しいサービスと捉えています。しかし、介護保険制度創設前の措置制度では、自治体が利用申請に対してサービス内容、施設などを選定、決定していました。利用者や家族が介護サービスの内容を自由に選択できないという違いはありますが、現在のケアマネジメントも本質的には利用者、家族にとって必要なサービスを決定するという点において違いはないことや、公正・中立性が重視されている点などを踏まえると、本来は行政が行うべきサービスを民間に委託しているという側面もあるほか、参考資料1の44ページに示されているとおり、本来のケアマネジメント業務以外の公益性の高い役割を担っているケースが多いのも明らかであり、一部負担を求めているほかの介護保険サービスとは本質的に異なるため、ほかのサービスと比べて負担を求めるべきではないと考えます。

次に、資料13ページの論点、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてですが、まず、要介護1・2の状態について、一律に軽度者と区分することについて違和感があります。要介護状態区分別の状態像については、要介護1で片足での立位、日常の意思決定、買い物など、要介護2で歩行、洗身、爪切り、薬の内服、金銭の管理、簡単な調理などについて、80%以上の割合で何らかの低下が見られる状態とされています。さらに、単身独居であったり、認知症であったり、専門職の支援や関わりなしで生活することができないケースも多く、要介護1・2を軽度者と一括りにできるものではないと考えます。

また、今後の介護サービス需要の大幅な増加や、訪問介護サービスで特に顕著である人材不足の状況を踏まえた見直しという論点ですが、訪問介護サービスの人材不足対策としては、2018年4月から新たに生活援助従事者研修を設け、修了者は訪問介護サービスの生活援助サービスに従事できることとしました。しかし、今年の9月に厚生労働省から発信された生活援助従事者研修の普及を促進するための事務連絡によると、全国で17道県しか研修が実施されておらず、多くの自治体で研修の実施に至っていないとのこと。まずはこの研修が定着しない原因を分析の上で、定着促進のために新たな対策を講じることも重要だと考えます。

いずれにしても、要介護1・2の生活援助の地域支援事業への移行については、地域支援事業が受皿となり得るかの検証も不十分であることに加え、自治体への負担の問題、介護保険とは異なり事業予算に上限があり、必要なサービス提供が抑制される可能性があるなどの課題があることから、拙速な移行は困難だと考えます。

ただし、現場の組合員からは、専門職として関わる必要性が希薄なサービス提供がある

との声があるのも事実ですから、軽度者の生活援助と一括りにして対応を検討するのではなく、専門職の介在が不可欠なケースとそうではないケースの分類などについて研究を進めていくことも必要だと考えます。

以上、意見です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、お願いします。

○濱田委員 よろしく願いいたします。

本日、時間の関係もございまして、11ページのケアマネジメントに関する給付の在り方につきまして意見を述べさせていただきました上で、本日、要望書を提出いたしておりますので、これにつきまして説明させていただければと存じます。

まず、ケアマネジメントの定着状況につきましてですが、皆様御承知のとおり、ほぼ全ての介護保険サービス利用者に定着しているということでございます。しかしながら、これはあくまでも現行給付が行われていることによって実現できているものと言えるわけでありまして、利用者負担が生じる場合には、意図して利用されないもの以外にも必要であるにもかかわらず、判断能力が十分でないような場合も含め、記載されているような利用控えなどが生じる恐れがございます。このため、結果としては、早期発見、対応の遅れが生じ、介護予防、自立支援に向けた利用者に応じた総合的なサービスによる支援などが阻害されることが懸念されます。

居宅介護支援の基本方針、厚生省令38号の第1条の2の第3項では、居宅介護支援事業の根幹でもございます公正・中立な支援が明記されております。他の介護保険サービスと異なり、居宅介護支援のみ公正・中立な支援が基本方針として明記されているということでありまして、それを見ましても、他の介護保険サービスとは一線を画す支援であると考えております。

これまでも述べておりますが、全般的な人材不足の影響を受けまして、介護支援専門員、主任介護支援専門員に対しましても、処遇の改善やICT機器等を活用した事務負担軽減が必要な状況であり、また、今後増加する独り暮らしや認知症のある利用者の生活支援が継続的かつ客観的に行えるよう、環境整備が必要と考えております。

それでは、本日、要望書のほうを読み上げさせていただきます。

居宅介護支援、介護予防支援における現行給付の維持継続についてでございます。

居宅介護支援に係る保険給付につきましては、介護保険制度において、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、心身の状況や置かれている環境等に応じて、保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところであるとされています。

居宅介護支援を10割給付とされている所以である、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、心身の状況や置かれている環境等に応じて、保健・医療・福祉にわた

る指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されることの重要性は、今日の利用者に対しても薄らぐことはございません。

居宅介護支援・介護予防支援は、介護サービスを利用するために行う支援であり、相談援助を中心に、居宅の要介護者・要支援者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者・要支援者の希望等を勘案し、ケアプランを作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行うものでございます。居宅介護支援・介護予防支援によってケアプランが作成され、利用者に必要な介護サービスを受ける環境が整い、そのケアプランに沿って各介護サービス事業者等が総合調整を行い、効率的に介入することで、自立支援の効果が発生いたします。

よって、それに至るための居宅介護支援・介護予防支援は、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるためのセーフティネットとして、全ての利用者が公平に過不足なく支援を受けられる環境を維持していくことが重要です。このことは介護保険制度の理念であり、この理念に照らし合わせて、居宅介護支援・介護予防支援における現行給付の維持継続を要望いたします。

また、本要望書作成に当たりまして、関係機関の皆様方に大変御尽力を賜りましたことに御礼を申し上げて、私の意見とさせていただきます。

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、福島参考人、お願いします。

○福島参考人 ありがとうございます。

給付と負担について2点の意見を申し上げます。

1点目は、資料1の(1)被保険者範囲・受給者範囲と(7)高所得者の一部保険料負担の在り方についてです。介護保険制度がスタートしまして22年目、制度創設時と現在の状況は大きく変化しており、第1期の事業計画では全国平均2,911円だった保険料が、資料1の2ページにもありますように、現在は全国平均6,000円越えとなっています。このような状況を考慮すれば、被保険者範囲や負担能力に応じた保険料の設定について議論することに対しては一定の理解はするものの、保険料の引上げには限界があるのも事実です。介護保険料に関するデータ等に基づき検証を行い、被保険者の拡大についても引き続き検討する必要があると考えます。

2点目は、資料1の(5)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1の13ページに総合事業の充実化とありますが、その「充実化」という言葉の中に軽度者、要介護1・2の生活援助サービス等の地域支援事業、総合事業への移行が含まれているのであれば、その議論は都道府県だけでなく、広域的に市区町村の各自治体でしっかりと検討すべきです。制度自体の変更は、サービス事業者、実際に行っている現場の意見を聞き入れ、慎重に検討しなければならないと考えます。

一方、これまでどおりの要支援者等への支援の充実化ということであれば、ぜひとも進

めていただきたい。その際は、総合事業に係る事業費の上限設定方法の見直しを行うとともに、市町村単位での事業が原則となっていることが拡充の大きな妨げになっていることもあるため、例えば保健医療圏のような広域的取組を柱としていったほうが、限りあるマンパワーや財源を効率的に活用できるのではないかと考えます。

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 よろしくお願いいいたします。

私からは主に意見を3点ほど、それから、質問を1点させていただきたいと思います。

まず、被保険者の範囲・受給者の範囲と、6番、7番目の「現役並みの所得」「一定以上の所得」の判断基準や高所得者の1号被保険者負担の在り方についてでございますけれども、被保険者範囲及び受給者の範囲につきましては、第98回の部会で発言させていただきましたが、ただ、障害者総合支援法との整理が必要なかなと思っております。

その中で、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あります。負担増から利用控えなどが起こったり、利用者の状態悪化を招くことにつながるのかという懸念について発言しました。

参考資料の70ページ、71ページ、特に71ページですけれども、2割負担導入の影響に関するデータとしてサービスの利用控えの影響が多少認められます。導入後5か月以内のデータでしかありませんので、影響を見るにはこのような検証を継続する必要があると思えますし、このように利用控えとなった方々の要介護状態の変化がどうなったのかなど、その後の状況についても追いかける必要があると思えます。それらの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。

2点目ですけれども、同じような内容なのですが、これらの利用者の費用負担や保険料負担の問題につきましては、利用者の実情を踏まえて皆様からの理解が得られるのかという点や、先ほども申し上げましたが、負担増から利用控えが起こり、利用者の状態悪化を招くことにつながるのかという点が懸念されます。

また、資料の論調は医療保険制度との整合性の観点が強調されているように感じますが、医療は治療が目的であり、それが終了しましたら日常に戻るわけですが、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いことから、費用負担増が長期にわたって影響する点は踏まえないければならない重要な視点であると思っております。

それから、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。98回の審議の際にも申し上げましたが、ケアマネジャーが利用者の負託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、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、その特性上、拙速な利用者負担の導入によってケアマネジャーに求められる客観性、公平性・中立性の確保が難しくなることや、被保険者自身の利用控えなどが発生することにより、こうした本来の目的が阻害され

てしまう懸念があると考えております。

これに関しましては、先ほど濱田委員から御報告がありましたが、現行の仕組みを維持することについて、私ども民間介護事業者の団体も連名で部会長宛に要望書を出させていただいたところでございますので、重ねてお願い申し上げます。

最後の質問ですけれども、軽度者への生活援助のサービスに関する給付の在り方についてでございます。これにつきましても、98回でも申し上げました。介護予防・日常生活支援総合事業については、多様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ておりますし、論点に示されているように、既に開始されている市町村のサービス提供体制の評価・分析、とりわけサービスの専門性や質の確保が重要であると思います。参考資料1の63ページの対象者の弾力化に当たっての課題、意見において、要介護者や認知症への対応はボランティアではできないとの指摘もございます。

そこで質問があるのですが、この総合事業の担い手の育成が重要であると思うのですが、生活援助従事者研修による人材育成はどのような状況でしょうか。もし回答できるなら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。

御質問がございましたが、いかがでしょうか。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

平成30年に創設されました生活援助従事者研修につきましては、生活援助中心型の訪問介護サービスに従事する方の裾野を広げるということ、担い手の質を確保できるようにするという観点から、生活中心型のサービスに従事する者に必要な知識等を習得することを目的として、59時間という研修時間で行われているということでございます。

令和2年度の老健事業におきましては、先ほど染川委員からも御紹介いただきましたとおり、17道県において実施されているということではありますが、低調な状況であるということ踏まえまして、本年3月の全国課長会議におきまして、私のほうから都道府県に対してこの研修の充実化をお願いするとともに、令和3年度の老健事業においても、当該研修の実施状況の調査、あるいは研修の課題、ニーズについての実態把握を行い、研修の充実の在り方について検討を行っているところでございます。全国的な普及・展開に向けて、この研修の有用性などを紹介するパンフレット等についても作成しているところでございますので、引き続き都道府県、関係団体等としっかりと連携しながら充実化に向けて検討してまいりたいと存じます。

以上です。

○座小田委員 どうもありがとうございました。

○菊池部会長 それでは、小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

(1) 被保険者範囲・受給者範囲につきましては、介護は決して高齢者に限定されたニーズではないことや、介護保険と福祉との間で制度の谷間に陥ってしまう事案にどう対応すべきかといったことに関わる介護保険制度の創設に向けた議論の段階からの長年の課題です。政府としても、全世代の社会保障を構築しようとしている今、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、被保険者と受給者の範囲を拡大すべきと考えます。

(2) の補足給付に関する給付の在り方につきましては、これまで制度改正のたびに所得と資産の要件が見直されてきました。要介護者やその家族の生活への影響を考慮しながら、今回は慎重に検討すべきと考えます。

(3) の介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担につきましても、低所得の方への影響に加え、介護老人福祉施設と比べて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) の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、入り口で介護保険の利用を諦めてしまう懸念の指摘もある中で、自立に資する適切なケアマネジメントの利用機会を確保する観点から、また、障害者総合支援法の計画相談支援が公費で行われていることとの整合性という観点から、慎重に検討すべきと考えます。

(5) の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、市町村の財政状況の違いによってサービス給付や負担額に格差が生じる課題や、サービス事業者の確保ができるのかという課題により、生活援助サービスを利用できなくなる懸念があります。サービス基盤が整っていないままでは、適切な支援が受けられずに、要介護者の重度化が進み、家族などの介護者の離職増につながってしまいます。介護離職を防ぐ観点からも、地域の受皿整備が進んでいない中、実施すべきではないと考えます。

(6) の現役並み所得あるいは一定以上所得の判断基準について、あるいは(7) 高所得者の1号保険料の負担の在り方については、負担能力に応じた負担という考え方は重要ですが、新たに負担増が想定される方々の生活実態はどうか、影響はどうか、これらを把握して慎重に見ていく必要があると思います。介護はサービスの利用が長期にわたるものですから、生活に深刻な影響を与えないよう、慎重に検討すべきと考えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、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。

論点について3点意見を申し上げます。

まず、補足給付について、資料1の7ページ目の1マル目、経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付に対して、在宅で暮らす方をはじめとする他の被保険者との公平性の観点から見直す点はあるかについてです。

本県では、令和2年改正による影響につきましても、県内市町村に対し調査を行い、その

調査結果の中で、利用者や御家族の声として、生活が苦しくなったとか、ユニットから多床室に移りたいというものがございました。補足給付に関する給付の在り方の見直しに当たっては、令和2年改正による影響を分析の上、慎重に検討を進める必要があると考えております。

次に、同じく補足給付について、現在、小規模多機能型居宅介護や認知症高齢者グループホームについては補足給付の対象外となっているため、所得にかかわらず、食費と居住費は全額自己負担になっております。このため、短期入所や介護保険施設と同じような使われ方をされているものの、低所得者にとって負担が重くなっております。所得によって必要なサービスが受けられないということがないよう、ぜひともこれらの施設を補足給付の対象とするように検討いただきたいと思います。

最後に、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてです。総合事業には国庫負担金の上限が設けられておりますが、特に小規模で高齢化率が高い自治体におかれましては、上限額を超過しがちであります。本県においても、上限額を超過して個別協議をお願いしている保険者がございます。個別協議には柔軟に対応いただきたいと思います。今後、要介護1・2の生活援助等を総合事業に移行するとなると、上限額を超過する保険者がさらに増えることが懸念されます。

また、市町村ではサービスBなどの多様なサービスの導入を進め、県としても市町村の取組を支援しておりますが、まだまだ量は足りていないという状況でございます。これは資料1の12ページ目、2マル目の総合事業の実施状況を見ると、6～7割の市町村において従前相当サービス以外のサービスのいずれかが実施とありますが、しかし、参考資料1の59ページ目、介護予防・日常生活支援総合事業利用実人数を見ると、多様なサービスの利用者数は増加しているものの、依然として従前相当サービス利用者が圧倒的に多くっております。

軽度者の生活援助サービス等に関する給付の在り方の検討に当たりましては、何人かの委員もおっしゃられておりましたが、現行の総合事業に関する評価・分析を十分に行うとともに、利用者はもとより、介護保険の運営主体である市町村の意向を尊重した対応をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

まず、(1)の被保険者範囲・受給者範囲の問題ですが、年金や医療のように、原則全ての世代を支える制度とするよう検討し、給付の問題では若い世代でも必要なサービスを利用できるようにするべきだと考えます。ただし、そのためには、保険料の段階的な金額制をやめ、当然、上限額を撤廃し、負担率によって緩やかな累進性とする応能負担を徹底することが必要だと考えます。これによって、所得の低い人や中間層の負担を低く抑える

とともに、課税最低限の人は保険料を免除することも必要であると考えます。ただし、保険料主体の制度であってはならないと考えます。大まかな考えですが、国庫負担と事業主負担がそれぞれ3分の1ぐらいというところが着地点ではないかと考えます。

なお、国庫負担と事業主負担の問題に触れましたので、この部会の直接的な課題ではありませんが、大きく関わることで、税の問題に一言触れておきたいと思います。

私は、国民が社会を支える応能負担の在り方をねじ曲げた、あるいは壊した元凶は消費税の導入であったと考えます。消費税率を引き下げ、近い将来には廃止すること、そのためには、所得税の最高税率を消費税導入前の60%に戻す検討と、高額所得者、高額資産家の利子・配当・株式譲渡所得などの資産性所得を総合課税とする。また、法人税についても、税率を消費税導入前に戻すなどの検討により、税を確保することが必要だと考えます。

次に、補足給付についてです。食費と居住費ですが、これを実費としたこと自体に疑問があります。せいぜい100平米程度の持家や50平米程度の賃貸住宅に住んでいる高齢者世帯を想像してみてください。配偶者が施設に入居したとして、居住費や食費が半分になるでしょうか。せいぜい水光熱費が少々下がるぐらいで、食費を例にとると、後期高齢者であれば二人で支え合っていた食事も、配食サービスの利用ということで負担が増えるケースも少なくないと思います。この点は、調査資料があれば教えていただきたいと思っています。

私は、食費と居住費の負担が介護サービスの利用を遠ざけることにつながるので、廃止すべきだと考えます。現行の枠組みに手をつけるのであれば、現在補足給付を受けている層は食費と居住費を免除する。その上の中間層を対象に補足給付を行い、最初に申し上げたとおり、いずれ食費と居住費の負担は廃止すべきだと思います。

次に、多床室の室料負担の問題ですが、前の補足給付で申し上げたとおり、食費と居住費は介護保険利用を遠ざけるものと考えますので、負担はやめるべきです。よく負担の公平性とか居住系サービスと施設系サービスとの均衡と言われますが、それ以上に介護は社会的に支える制度であり、誰もが安心してできるということを優先すべきだと思います。

(4)のケアマネジメントに関する給付についてですが、利用者負担を求めた場合、所得の少ない人を対象にした軽減ないし免除措置が必要になるでしょう。当然そういうものが導入されるのではないかと思います。それに伴うスティグマによって、利用者控えが一層増えると思われるので、利用負担の導入は反対です。

(5)の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、要支援1・2の訪問介護が総合事業に移されたこと自体に疑問を持っています。介護サービスが身体的な介護が重点であるような制度であってはならないと思います。介護サービスを利用して、一人の人間として尊厳を保って自立する人を支え、その力を読み取り、伸ばしていくのに必要なサービスの判断をする力を備えるのがホームヘルパーや介護職員に求められる専門性ではないかと思います。地域の協力者やボランティアの力はもちろん大切ですが、現状では地域的な問題など、非常に流動的で安定性が欠ける制約があると思っています。

時間が来たようですので、以上でございます。

○菊池部会長 御協力ありがとうございます。

次に、先ほど橋本委員がお手を挙げていらっしゃいましたので、よろしければここどうぞ。

○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。

私のほうからは4点意見を言わせていただきます。

まず、最初の被保険者範囲と受給者範囲という4ページの論点のところですが、先ほど小林委員もお話しになられたように、高齢者だけではなく、若年者の人たちが身体障害が残っている人たちが私たちのリハ病院では、最近増えています。リハビリを行い、入院期間が終わった後、すごく困難な状態になっている人が多いです。

保険も医療とか介護で障害者のほうをどんどん使うというわけにもいかない場合もよくありますし、先ほどもお話に出ていたように、市町村によって違いますので、その辺りのことも考えていただきたいと思っております。若年者の場合は作業所とかもあるというのですけれども、知的障害のところは割と手厚いのですが、身体障害に関してはすごく希薄というか、なかなか利用できる場所がないし、経済的にも困っているところが多いということ言わせていただきたいと思っております。

2点目として、8ページ、9ページにある多床室のことなのですが、介護保険料がすごく上がっていることも、生活の場であるということもよく分かるのですけれども、8ページにもありますように、医療保険制度との関係も踏まえて、医療保険制度は負担の公平性を見るだけではなくて、低所得者でも公平に医療が受けられるようにという意味があるのではないかなと思います。そういうことで、病床数の50%は差額室料は取ってはいけません。例えば個室であろうが、50%は差額室料が取れないとなっています。その点から考えると、施設においても公平に介護サービスを受けることは大切だと思いますし、その辺りの医療保険制度との整合性を考えていただきたいと思っております。

また、利用者というか患者さんやご家族の心理としましては、医療は一時的であって介護は長期にわたる。そうすると、一時的だったらむしろ部屋代とか居住費は払ってもいいのですけれども、長期にわたるとなかなか難しいということがあって、ここの理論とは正反対になってしまって、生活の場で長期になるので居住費をいただくという理論なのですけれども、利用される方から言えば、長期になったらお金は払えないみたいなことが実際にありますので、そういったことも考えていただきたいと思っております。

あと、ケアマネジメントに関する給付の在り方ですが、先ほどから御意見が出ていますが、実際に私どもが現場で見ていると、利用される本人ではなくて家族の方がまず連絡するのです。そのときに、やはり入院している病院の医者とかソーシャルワーカーにどうしたらいいですかと聞かれて、それでケアマネジャーさんや自治体に連絡してくださいと言うのですけれども、その時点では家族の人はケアマネジメントの重要性をまだ全然認識されていない。利用者負担がかかってくると、やはり利用控えが少なからず起こってくる

のではないかなと思います。そうなると、素人の方というか、家族の方がいろいろ考えるとしたら、どうしても生活援助のほうに流れてしまって、リハビリや認知症ケアなどの治療に使われるということが減ってくるのではないかなと思います。

最後に、13ページの軽度者の生活援助サービスに関する給付の在り方のことなのですが、要は、要介護1・2が3・4とか5にならないようにしていくということですね。その一番大事なところが軽度者の要介護1・2の人たちの援助サービスというか、そのケアの在り方だと思います。そうなってくると、負のループにならないようにしなければいけないのですが、専門家が入っていないとなると、要介護1・2でいられるはずなのに3・4にどんどんいってしまうということを阻止するためのサービスだと思うのです。特に認知症の方とかは専門職の介入とそれ以外のサービス介入を整理して考えたほうがいいのではないかなと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

これまでも何度も申し上げてまいりましたけれども、介護給付費は今後も医療費の伸びを上回る勢いで大幅に増加するということが見込まれております。一方で、現役世代の負担は既に限界に達しており、制度の安定性、持続可能性の確保、それから、現役世代の負担軽減に重点を置いた見直しが必要だと考えます。そのためには、持続可能な制度の構築に向けて、負担能力に応じた負担の在り方、給付と負担のバランスの確保、サービスの適正化、重点化について、より踏み込んだ見直しを確実に実施すべきであり、先送りは許されないと考えております。

その上で、論点に沿って5点意見を申し上げたいと思います。

まず、被保険者範囲・受給者範囲でございますけれども、第2号被保険者の範囲を40歳未満に拡大することについては、若年層は子育てなどに係る負担があるということ、受益と負担の関係性が希薄であること等が考えられますので、また、現役世代の負担増につながるということでもありますので、慎重に検討すべきだと考えます。一方で、高齢者の就業率の上昇や健康寿命の延伸、要介護認定率の状況等も踏まえながら、将来的には第1号被保険者の対象年齢の引上げについても検討すべきであると思います。

2点目に、多床室の室料負担についてでございますが、在宅と施設の負担の公平性や負担能力のある方には一定程度負担していただくといった観点から、室料負担は利用者負担として保険給付の対象外とすべきと考えます。

3点目、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。ケアマネジメントの給付については、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といった状況を考えれば、ほかのサービスと同様に利用者負担を導入すべきだと思います。また、ケアマネジメントの質の確保の観点から、セルフケアプランの在り方についても検討する

必要があると思います。

4点目、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてでございますが、要介護者の中でも重度の方へ給付を重点化するという観点から、生活援助型サービスなどのサービスの多い要介護1・2の軽度者の方については総合事業へ移行すべきと考えます。そのためにも、総合事業の運営主体である市町村の取組、これを強化する必要があると思います。本件は、前回の見直しでも引き続き検討課題となった経緯がございますけれども、総合事業の実施状況ですとか、あるいはその充実化が現時点でも大きな課題となっております。市町村の取組などについて、目標を設定して道筋を定めた上で、早急かつ迅速に体制整備を進めるべきだと考えております。

最後に、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準について申し上げます。介護費用は年々増加し、それに伴った保険料負担も急増しております。今後も介護費用の増加が見込まれる中で、現役世代の負担は限界に来ております。介護保険制度の持続可能性を確保するためには、負担能力のある受給者の方には一定程度負担していただくことが必要だと思います。低所得者に配慮しつつ、利用者負担は原則2割負担とし、3割負担の対象も拡大すべきだと考えます。

負担能力については、公的年金控除など、現在の年金税制の仕組みが現役世代との比較において負担能力の評価をある意味ゆがめている面があるということにも留意が必要かと思っております。

また、検討に当たっては、医療と介護の利用者負担の基準やその範囲を分かりやすく説明していただくとともに、高額介護サービス費などの低所得者への負担軽減の受給状況ですとか、あるいはその見直しによる財政影響を御提示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。

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。

私のほうから2点意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方に関して、本日の資料につけさせていただいておりますけれども、全国老人福祉施設協議会ほか7団体連名で10月21日に厚生労働省大西証史老健局長様宛に要望書を提出させていただきました。要望書に記載のとおり、要介護1と2の高齢者の訪問介護、通所介護を市町村の総合事業へ移す構想に対しては、断固反対を表明していることを申し添えさせていただきたいと思っております。

また、理由の一つとして、財政制度分科会の資料では、要介護1・2の方への訪問介護と通所介護も、以前、要介護者と同様に地域支援事業へ移行し、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と多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべきであるとされているところでありますが、実績として、介護予防通所介護において要支援1・2を対象とした総合事業の実態は、厚生労働省の介護予防・日常生活支援総合事業の実施

状況に関する調査結果を見ると、令和元年から令和2年度にかけて577事業所が減少しています。さらに、多様な人材と多様な資源を活用したサービス提供を目的としたA型、B型、C型のサービスと通所（従前相当）のサービスの割合においても、通常（従前相当）が75.1%と大半を占め、また、A型が16.9%、B型が3.8%、C型は4.2%、その他が0.1%となっており、受皿ができていない状況とは言えません。このような状況において、サービスの質、量ともに検証のないまま、総合事業へ移行する議論は時期尚早と言わざるを得ません。

その他の理由といたしましては、要望書を御一読いただきたいと思います。

次に、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、前回の給付と負担の議論では、現状の社会環境の中で利用者の負担増については利用者の同意が得難いと申し上げました。そして、介護支援専門員の業務の現状として、業務内容は多岐にわたり、介護保険制度のかなめとしてマネジメントを行う中で多忙をきわめている状態にあります。本来の業務外で必要に迫られて行わざるを得ない利用者との関わりも、様々な業務があります。そのような現状の業務に加え、利用者への請求、集金業務を課することは、介護支援専門員の負担軽減の観点からも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。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは3点意見と要望を申し上げたいと思います。

まず1点目は、ケアマネジメントに関する給付の在り方、11ページにあります論点で、ケアマネジャーに期待される役割と、その役割を果たすための処遇改善、事務負担軽減等の環境整備の必要性の観点からどう考えるかという文言があります。

ケアマネジャーの役割というのは多様、多岐にわたっておりまして、現在の介護保険サービスの利用に関しては不可欠な存在ということは明らかとっております。ただ一方で、2018年度から受験資格も厳しくなっておりますし、ケアマネジャーの試験を受ける人の数も減っているという現状があります。ですから、人手不足に関してさらに拍車がかかっているという状況です。その中で、ケアマネジャーになる人を増やして、かつ質の高いケアマネジメントが行われるということを推進していくためには、さらなるケアマネジャーの処遇改善というのが必至であると考えております。ただ、ケアマネジメントに関して利用者負担を導入するということがすなわちケアマネジャーの処遇改善につながるかどうかという点については疑問を持っております。

次に、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方ということで、13ページの論点ですが、これは前々からずっと申し上げておりますが、現行の総合事業に関する評価・分析というのがまだまだ不十分であるということ。各自治体が現在展開している地域包括ケアシステムの構築の現状などを確認するとともに、この総合事業における課題

の分析や問題点の解決というのは、まだまだ道半ばとっております。現在の要支援1・2の人を対象とした総合事業がまだ不十分、事業の内容も定着が不十分という段階で、今回提示されている要介護1・2の人たちを対象にした事業移行ということについては反対です。

繰り返しになりますけれども、要介護1・2の人たちに対する、もちろん認知症の方も大勢いらっしゃるということも含めて、この重度化防止の取組については、特に専門的な知識やスキルを持った専門職の関わりが不可欠と考えるので、この意味でも移行に反対しております。

最後に、現役並み、一定以上所得の判断基準というところですが、16ページの論点ですが、ここに提示されているように、本年10月から後期高齢者医療制度の患者2割負担の判断基準というのが後期高齢者の所得上位30%となったと掲げられております。この2割負担の目安として合計所得金額が200万、夫婦とか2人の場合は320万となっております。現在、介護保険では上位20%、これが合計所得ですと280万、夫婦等2人ですと346万となっております。

このときに重要なことは、現実の高齢者個人の生活実態がどれだけ把握されているかということではないでしょうか。単純には計算できないと言われるとは思いますが、分かりやすく数字で見ますと、例えば年間所得が280万の場合、これを12で割ると1か月23万3000円となります。これが200万なら、12で割ると16万7000円で、そこに1か月6万6000円という大きな差が生じてまいります。この差は生活している高齢者、当事者にとって大きな違いになってくると思います。

制度の改定を考える場合、20%を30%に拡大というような機械的な操作の前に、やはり高齢者世帯の生活実態についてどのように把握されているのか。例えば1年を200万で生活している高齢者の生活、日常生活の維持に加えて、医療ニーズが高くなって、それに対する費用、そして、介護のサービスも必要になってくるといったときに、高齢者の生活がどのようなものであるかという現実はしっかり把握されないといけないのではないかなとっております。その上で、高齢者が「一定以上所得がある」と定める場合に、生活を継続していけるデッドラインがどこかを考えていただきたいと切に思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

まず2ページ、給付と負担の(1)から(7)のメニューが今回の論点として示されております。この中で(1)と(7)が財源を増やすほうのことになるかと思うのですが、被保険者の範囲を増やすことについては、若年者に対する十分な理解とか、税と保険料の考え方など、様々な大きな制度改革になることが想定されます。そのために、長期的にしっかりと議論した上で制度については考えていく必要があるのかなと思います。

それから、同じ財源確保という点でいうと、(7)については、高齢者の既に介護保険料を負担している方々に対して、より負担能力に応じた段階的な負担ということでございます。ので、これについては、介護保険の必要性を十分に認識している世代の負担ということでございますので理解が得られやすいとは思いますが、やはり十分なコンセンサスを得ながら、また、しっかりと説明をしながら進めていく必要があるのかなと考えております。

それから、現在65歳以上の高齢者が資料で見ますと、65～74歳はまだ高い状況になっております。65歳人口が以前より大きいということで1号保険者の人数が多い。さらに、その中で就労者も増えているというプラスの面もあろうかと思えます。その点の収入増といえますか、財源の増加をどう見込んでいるか。その上で(2)から(6)のいわゆる節約の部分はどう考えていくかという整理をしたほうが分かりやすいかなと考えました。

それから、多床室の室料に関しましては、参考資料の35ページに介護保険三施設における入所者対象者の状況をお示しいただいております。特養については70%の方が死亡ということで集結しておりますけれども、老健につきましては死亡が12%ということで、家庭復帰も多く、一時的な施設、復帰のための施設となっていることが分かります。また、介護医療院においては、医療機関からの移行が74.2%と非常に大きいということで、医療からのスムーズな移行が必要ということが考えられますし、まだ現在としては対象者の数もボリュームも非常に少ない。今後、介護医療院への転換が図られる状況もある中でもありますので、多床室の室料については適切ではないような感じがいたしております。

それから、ケアマネジメント、総合事業のことでございます。要介護1・2においても認知症がある方とか総合事業になじまない方々も見えますけれども、総合事業で対応できそうな方にはそのような選択肢を増やすことも重要ではないでしょうか。総合事業を分厚くしていくことで、ケアマネジメントの中で総合事業を進めていくというような動きが出てこない、いつまでたっても総合事業も育ってこない。介護サービスがあればそちらを使ってしまったほうがいいかなという判断が現場で起きている可能性もあります。こちらは鶏が先か卵が先かという話にもなってくるのですけれども、ケアマネジメントの中でケアマネジャーが総合事業を勧めていくような動きと併せてやっていく。そこを育てていくことがない限り、なかなか総合事業は使えないよねということで終わってしまうのではないかと思います。

要介護1・2といっても多様であり、もう少し整理をした上で議論しないと、認知症の方もいます、難しい方もいます、だけではなく、総合事業で対応可能になりそうな人は何%なのかというような議論をし、総合事業でやれる方にはそちらで対応していただくというようなことを進めていくようなケアマネジメントも必要なかなと思っています。

その点で、ケアマネジメントというのは、高齢者、保険者両者にとって介護保険制度の継続に向けて非常に重要な役割を担うと考えます。公益性が高い事業であり、そのことをより徹底していただきたいことと、そこに対して負担が生じることにに対しては制度利用の

責任につながる可能性もある。一方では、介護事業者におけるケアマネジメントにおいて、サービスにつなぎやすい傾向については整理する必要があると思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

まず、給付と負担についての総論について意見、要望、各論について3点ほど意見、質問をお願いしたいと思います。

最初に、9月26日の介護保険部会でも申し上げましたけれども、現役世代の社会保険料負担の水準は、特に私ども協会けんぽの加入者でございます中小企業とその従業員の皆さんにとっては、現在の経済環境下では限界に達していると考えております。今後、65歳以上の高齢者の急増から現役世代の急減に人口構造の局面が変化していく中で、介護保険の規模はますます膨らむ一方で、財源はおのずと限界が出てまいります。介護サービスの品質向上を図りながら、介護保険制度の持続可能性を高めていくためにも、世代間、制度間、制度内での給付と負担のバランスを、公平性を担保しつつ、介護や特定疾病のリスクの大小、また、被保険者の方の応能、応益の観点で見直す必要があると考えております。あわせて、保険料公費の適切な在り方についても早急に議論を深めていただくことが必要ではないかと思っていますので、強く要望しておきたいと思っております。

各論でございますけれども、まず1点目は多床室の室料負担についての意見でございます。負担の公平性の観点で在り方を見直していく方向性は理解するものであります。そこで、参考資料1の33ページの経緯でございますけれども、介護老人福祉施設は死亡退所が多いとの事実で、事実上の生活の場として選択されたということを理由に、平成27年度から室料負担を求めると整理された経緯を踏まえ、35ページの三施設の入居者、対象者の状況を見ますと、介護老人福祉施設以外の2施設、同様の事実上の生活の場と考えられる現象が一定見てとれるということがございます。介護老人保健施設及び介護医療院においても、生活の場なのか、医療の場なのか、また、その機能運営実態、入所されている方の特徴等に基づいて、判断基準を整理し、明確にした上で室料負担の在り方について考えていく必要があると考えております。

また、その検討の経緯においては、家庭においては生活と医療の間でございます療養支援の場の考え方についてもしっかりと整理し、その在り方を明確にし、この室料負担について考える必要があるのではないかと考えております。

2点目は(6)の利用者負担、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準についての意見と質問でございます。介護保険制度の持続可能性を高めるためには、限られた財源の中で、応能負担の観点から、現役並み所得についても一定以上所得についても、それぞれ判断基準の見直しを行うことは理解できると考えております。

そこで、応能負担について具体的な判断基準を検討する過程においては、参考資料1の

74ページに1号被保険者の取得分布のデータが掲示されております。このデータ以上にさらに踏み込んで、現時点で実際に介護サービスを受けている方々の年齢別の所得水準や、実際にそれらの方々がどの程度自己負担をされているのかについての詳細なデータを基に議論する必要があるのではないかと考えておりますので、把握が困難な部分もあるとは思いますが、このような詳細のデータをお示しいただくということは可能なのでしょうか、これは事務局に質問したいと思っております。

続いて、3点目の(7)高所得者の1号保険料負担の在り方についての意見でございますけれども、高齢者の進展の現状の中では、1号保険料の水準は年々伸びるということは必然でございます。しかし、介護保険制度の持続可能性を確保し、運営していくためには、年々増加する1号保険料水準の水準を現行水準に抑えるということが最も重要な論点ではないかと考えております。保険料財源に限界がある中で、現行水準の維持を前提に低所得者等に配慮しつつ、被保険者の負担能力に応じた保険料の設定を行うということについては一定理解できると考えております。

以上、3点は意見と質問でございます。質問をよろしく申し上げます。

○菊池部会長 それでは、質問につきまして申し上げます。

○日野介護保険計画課長 計画課長でございます。

今、御指摘のございました所得分布の資料につきましては、恐らく一定程度限界はあるとは思いますが、どの程度細分化できるのか整理をして、次回以降にお出しできればと思っております。

以上でございます。

○吉森委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 私、最後に申し上げようと思っておりましたが、医療保険部会にも関わっておりますけれども、医療保険部会で上位所得30%、3割という基準を出すに当たって、様々なデータを保険局が出されて、それを基にかなり詰めた議論を委員間でやったという経緯があります。なので、医療保険と同じものかどうか分かりませんが、この議論に当たっては、それも参考にしながら、しっかり議論ができるように御準備いただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

それでは、戻ります。及川委員、申し上げます。

○及川委員 ありがとうございます。

日本介護士会の及川でございます。

私のほうからは2点意見を申し上げます。

まず1つ目、ケアマネジメントに関する検討の在り方でございます。9月の介護保険部会でも御意見申し上げましたけれども、利用者負担を導入することで利用者控えにつながるということが考えられます。検討は慎重に進めるべきであると考えます。濱田委員からもございましたように、要望書につきまして、日本介護士会といたしましても連名により意見表明をさせていただいておるところです。

また、ケアプランの作成につきましては、専門的知見が欠かせません。例えば参考資料44ページにあります業務以外に行ったことということを見ると、ケアマネジメントを担うことにより、現状のケアマネジャーは様々な生活課題をアセスメントする機能というものを担っているとも考えられます。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る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べきと再度意見を申し上げます。

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ございます。参考資料2の60ページにありますように、軽度者と見られる要介護1・2の利用者には認知症の状態像が顕著に表れております。このことは、予測できない行動が見られる方やBPSDの出現から混乱期、葛藤期である方が多いということ、また、このような方々には生活援助サービスが身体介護と併せて一体的に提供されなければ、その方の生活を支えることができず、結果として状態の悪化を招きます。ということでございますが、給付増につながる懸念というものも考えられるということでございます。

また、総合事業の住民主体のサービスにつきましては、地域ごとにばらつきがございますので、効果的・効率的、安定的な取組が期待できないと考えます。小泉委員から御説明がありましたように、反対の意思を私どもとしても表明させていただいております。

また、これらの2つの論点につきましては、私ども日本介護士会が全国の都道府県介護士会からも反対の意見を確認させていただきました。特に介護福祉士の職能団体といたしましては、要介護1・2の方への訪問介護、通所介護を総合事業に移行する見直しにつきましては、強く反対の意向を表明させていただきます。

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。

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。

まず混乱しないように、給付と負担の話をする、どうしても利用者の立場からの議論が多くなる。これはある程度やむを得ないのですけれども、介護保険制度の持続性ということを見ると、やはり保険料を負担するあるいは介護サービスを提供する事業者といった支え手をどう支えていくかという視点がないとまずいかなという気がします。

また、昨今の全世代型社会保障という考え方でいきますと、負担の在り方は年齢ですからむしろ能力別への転換ということになると思います。能力別というのは、具体的には担税力というものになると思います。ただ、これは介護保険制度のせいではないのですけれども、この国では担税力に応じた負担を求めるためのインフラがないというのが実際だと思います。例えば7ページで取り上げられている補足給付についてですが、現段階においても現預金を勘案するということになってはいますが、例えば本来は金融口座にちゃんとマイナンバーを付番して正しく資産を捕捉する必要がありますし、もちろん金融資産ではなくて実物資産を持っている方もいらっしゃいますので、これは固定資産税の評価額

を活用するといったやり方があるように思います。

リバースモーゲージ云々の話がありますが、これは民間の問題なので、介護保険制度でどうこう言うことではないかなという気がしました。

それから、これは繰り返しになりますが、16ページで取り上げられている現役並み所得についてですけれども、御案内のとおり、公的年金等控除が高いので、年金収入がある程度あった方、200万とかある方でも実は非課税世帯なのです。なぜかという、公的年金等控除が厚いので、所得、つまり課税所得が低くなっているわけです。なので、例えば最近非課税世帯5万円の追加給付というのがエネルギー価格の上昇に対する物価高対策として取り上げられていましたけれども、多くは高齢者が占めていて、勤労世帯は実は少ないというのが問題としてあるわけなのです。

また、それに合わせて重要なのは、先ほど金融資産の話をしましたけれども、収入や所得そのものが実は少なくても、資産を持っている方がいる。これはどうするかということだと思います。

あと、18ページにある1号被保険者の保険料水準の話になりますが、恐らく本来は応能原則とか担税力に応じた負担というのは求めるのは、自己負担というよりは本来は保険料であるべきなのかなという気がします。ただ、今の保険料というのは、どちらかというところある程度所得を緩和することになっていきますけれども、階段型になっていますよね。本来であれば所得税ばりに、例えば個人住民税とかといったものに応じた形で、所得に比例的に、あるいは課税をするというのがむしろ王道原則には即しているかと思います。ただし、難しいのはやはり金融所得の捕捉でありまして、今、日本の場合は金融所得は分離課税になっていますので、この辺りをどう捉えるか、どういうふうに扱うかという課題は残るかなと思います。

繰り返しになりますが、高齢者の場合、能力別の負担というのは所得とか収入といったフローだけでは見ることができないので、ストックというのも考えながら応能負担を徹底するための環境整備が必要かなと思いました。

あと、軽度者への生活援助についてですけれども、もちろん利用者の利便性負担といったことも重要なのですが、現時点においては介護事業者の人手が不足している、それから、彼らの生産性の向上を求められているという観点からの議論があるのではないかと思います。もちろん介護助手の活用というのも前回議論があったと思うのですが、しかし、より専門性の高いサービスへの特化というのが介護事業者の生産性を高める上でも重要ということになりますので、この辺り、やはり役割分担、今回、総合事業の話が出てきていますけれども、軽度者へのサービスについては役割分担を進めていかないと、介護事業者の生産性向上には資さないかなという気がします。

あと、40歳未満の方々への介護保険料の負担をこれから求めるかどうか。これは4ページにある介護保険制度における被保険者・受給者の範囲の話になると思うのですけれども、40歳以下に負担を求めるのであれば、もはやこれは保険ではない気がします。保険の論理

で追及するには限界があるかと。いろいろなことを言えるのは分かるのですがけれども、むしろそれであれば、所得税化的なやり方、フランスなどでは保険料の租税化というのが議論としてあって、実際に進められていたわけなので、ある程度保険料の租税化というのまで視野に入れていかないと厳しいかなという気がします。

ただ、総じてやはり勤労世帯の負担、サービス事業者の生産性の向上という支え手に対する配慮というのはよりかあってしかるべきかなという気がしました。

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。

論点に沿って簡潔に意見を申し上げます。

まず資料1の7ページにある補足給付の論点に関しては、今、まさに佐藤委員がおっしゃったことをそのまま申し上げようと思っておりました。現在でも資産、ストックを持っていらっしゃる方が補足給付を受けているという不公平性は、現場でも多く見られます。これに関しましては、今、佐藤委員のおっしゃったようなことを検討して、しっかり公平性の担保がとれるようにしていただきたいと思います。

次に資料1の9ページの論点、多床室の室料負担でございます。多床室に関しましても多数の委員からいろいろな御意見が出ておりました。老健施設につきましては、御存じのように、介護保険施設の中で唯一生活の場ではないと規定されております。また、在宅復帰・在宅支援を行う施設であると規定されておりますので、今までとおり多床室料の負担は課すべきではないと考えます。

次に資料1の11ページ、ケアマネジメントに関する給付の在り方の論点でございます。先ほどほかの委員もおっしゃっておりましたけれども、介護の複数の団体におきまして、先日、大西老健局長宛に要望書をお出ししております。ケアマネジメントに関しましては、現在、コロナ禍で大変な状況にあり、かつ物価も上がっている状況で、利用者の負担をこの入り口のところから取るということは現実的ではないと考えます。もちろん、論理的にもケアマネジメントに関する負担を求めるとするのは、私も当てはまらないと考えます。

次に資料1の13ページ、軽度者への生活援助サービスの論点です。老健施設は在宅支援をしている施設だと先ほど申し上げましたが、もちろん要介護1・2の方の在宅支援も行っております。老健施設におきましては、通所リハビリや訪問リハビリ、ショートステイ等で在宅支援をしっかりサポートしておりますが、在宅支援サービスの中で、やはり訪問介護というのも非常に重要なツールでございます。もし総合事業に移行されて、訪問介護サービスが十分に受けられなくなると、今まで在宅で療養ができていた方がたちまち在宅療養ができなくなるという不安を非常に感じます。訪問介護サービスにつきまして、要介護1・2の方を外すというのは非常にリスクが大きい。ほかの委員からも意見が出ておりましたが、そういうサービスの低下を招くことで、要介護1・2の方の在宅生活が成り立

たないだけではなく、さらなる要介護度の悪化ということにもつながると考えます。

最後に、現役並み所得、一定以上所得の判断基準、それから、高所得者の一部保険料の負担の在り方についてです。これに関しても先ほど佐藤委員がおっしゃったことを私も申し上げようと思っていたので、改めて繰り返はしませんが、応能負担については、今までのような小さい段階で考えるのではなく、もう少し応能負担が実効性のあるものにしていただけたらどうかと思います。私はこの応能負担というものはしっかり入れていくべきだと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

私からは論点（４）（５）（６）のところで意見を申し上げます。

ケアマネジメントの給付につきましては、いろいろな委員からも御指摘がありましたけれども、ケアマネジメントの性格をほかのサービスと見比べてどう考えるのかという辺り。それから、仮に利用者に負担を求めた場合にはどんな影響が出てくるのかということ、もう少し整理しないといけないかなと思っております。確かに、ほかのサービスとのバランスや、あるいは財源確保という観点から、こういった検討もする余地はあるかと思うのですけれども、ただ今はもう少し慎重になっていく必要があるのではないかと考えているのと、それから、やはり見直しを行う場合には、ケアプランの質の担保あるいは質の向上策といったことと併せて検討していかなくてはいけないということがありますので、こういったことが十分議論されているとは言い難いこの状況においては、少し時期としては尚早なのではないかなと思っております。

それから、論点（５）総合事業につきましては、本来、介護サービスの給付というのは、あくまでも自立支援とか要介護状態・要支援状態の軽減または悪化の防止に資するという目的が法律の規定で理念として掲げられております。現在、総合サービスを利用した方が本当に自立支援につながっているのか、あるいは悪化に至っていないのか、その辺りがなかなかデータで出てきていない中で、対象者を要介護１、要介護２の方々にも広げるということについては、これも少し時期が早いのかなと考えています。

参考資料の63ページにありますように、やはり要介護者や認知症への対応はボランティアではできないという意見であったり、あるいはサービス提供者が抱える負担や不安の解消というのが自由記載の中にあるわけなのですが、こういったことが解決されない限り、対象者を拡大することについては慎重な議論が必要なのではないかなと思ってます。

最後、現役並み所得の判断等につきまして、全世代型対応の社会保障制度の構築というものが目指されていること、あるいは医療保険制度における応能負担の判定基準というものがあるので、介護保険においても基準の変化ということはある程度やむを得ないと思います。ただし、やはり委員の皆様が様々おっしゃっていたように、社会情勢の変化あるい

は全体の所得といったことも勘案していかなければならないと思います。昨今のコロナウイルス感染拡大とか、あるいは急激な円安の進行等で非常に物価高騰も起きておりますので、この妥当な基準ということについては、そういった社会情勢を十分に勘案して検討すべきなのではないかなと思っております。

いずれにしましても、介護保険というのは介護を社会全体で支えるということを理念として創設されておりますので、必要なサービスの利用の抑制につながらないことが大事であり、利用者負担等につきましては慎重な議論が必要なのではないかと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

論点に沿って意見を申し上げさせていただきたいと思います。

まず、(1)の被保険者範囲・受給者数範囲につきましては、当部会での議論の範疇を超える国家的な大きなテーマだと認識しています。そういった中で、現在の社会状況を鑑みると、被保険者を新たに増やしていくというのは大変厳しく、極めて困難な状況ではないかと察しております。

(2)の補足給付に関する給付の在り方でございます。前回の補足給付の見直しでは、低所得者である第2段階、第3段階の方々の負担増という痛みの中でもかなり強い痛みを感じる部分に見直しが行われるわけでございます。特に第3段階の上位所得者の方は月に2万2000円の負担が増えるという形で、もちろんそのバランスが不均等だということが背景にはあった訳ではありますが、まずは前回の見直しの検討をすることが先決であると考えます。本当に困っていらっしゃる方がいないのか、やむなく施設を退所している方がいらっしゃるのか、十分に検討していくべきだと思います。

次に、多床室の室料負担でございます。介護医療院は病院の中の一病棟というイメージでございますので、輸液や抗生剤の点滴は日常茶飯事で、中心静脈栄養(IVH)の方も一定割合で存在しているわけでございます。いろいろ調査結果がございますけれども、経管栄養の方が半数近くいらっしゃる、血液検査も9割の方が行っています。また、CTやMRIの画像検査も4人に1人は行っていたり、酸素投与、膀胱カテーテル、気管切開等の方が多数いらっしゃいます。そして、退所者の5割は死亡退所ですけれども、そういった必要な医療、治療を受けながらターミナルケアを支えている現場でありますので、その辺りは住まいとはおよそ異なる趣となります。

次に、老健施設ですけれども、中間施設として在宅復帰、在宅療養支援の役割を担っているわけでございます。その中核は医師の指示に基づく医師またはリハビリ専門職が行うものであり、そして、リハビリの計画書にのっとって実施するものであります。これがリハビリテーションであります。また、一方では所定疾患療養費をはじめとする感染症への対応も管理医師の下で行っております。この10年あまりの間に、退所の行き先、いわゆる

入院退所が6割だったものが今3割と半減しております。これはかなり老健の医療の対応が増えてきたこと、一方で、在宅復帰も高まって、強化型へのシフトが日々行われておりまして、こちらも住まい型の施設とは一線を画すものであります。

また、介護医療院のほとんどと老健の4分の3は医療法人で、課税法人になりまして、特養の社会福祉法人となっており、例えば利用者の減免制度もなくなかなか比較対象とはならないのではないかと考えています。

また、介護医療院は、今申しましたように濃厚な医療や看護ケアを受ける場でありまして、老健は在宅の住まいとしてというよりは、必要時に入所して、また在宅の生活、お家を持っていて、そこに住まうことを基本とするものであって、したがって、住まい型の施設ではありませんので、介護医療院と老健の多床室の利用者負担については反対でございます。

続きまして、(4)のケアマネジメントに関する給付の在り方ですけれども、現在の物価高騰の折に検討するべきではないかなと思います。また、セルフケアが増えることによってケアマネジメントの質が低下するというのは決してあってはならないと考えております。また、居宅サービスと地域密着型サービスで合わせて約430万人が利用しておりまして、その430万人という大変大きな人数に与える影響の大きさと、月々千数百円程度の金額徴収となると思いますけれども、その財政効果を考えますと、いろいろなバランスを見て、やはり介護保険、共助の仕組みの在り方も含めながら、慎重に検討すべきと考えます。

続いて、(5)の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてでございます。まずはこれまでの総合事業の検証が必要だと思っております。要支援の通所介護、訪問介護のサービス移行後の実態調査というのが全くなされておられませんので、その辺りがないと判断できないと思っております。

また、多様なサービスの受皿がないという御意見もありました。私も全く同感です。そもそも介護はプロフェッショナルな様々な知識や技術によって成り立っておりますので、申し訳ありませんが、住民主体のサービスでは荷が重いと考えております。したがって、結果的に従前相当サービスが多くなっているのが実態であります。尊厳の保持、自立支援を支える介護では、介護というものはそんなに甘いものではなくて、本当に研鑽によって成り立っているということは御理解いただきたいと思っております。

また、在宅医療の観点からは、訪問介護が在宅医療、訪問看護を支えておりますので、したがって、訪問介護がうまくいかない在宅医療は容易に破綻することも考えるべきだと思います。

最後に一言だけ、(6)(7)は一緒に申し上げます。後期高齢者の負担の2割、先ほど部会長からもありましたように、本人収入200万円以上との整合性だと思いますけれども、さらに、(7)については、第9段階をどうするのか、新たな段階を増やすのかということだと思いますが、応能負担は進めるべきだと思いますけれども、例えば、先ほど部会長も申されましたように、医療保険部会では年収モデルというものをちゃんと設定しな

がら検討しております。例えば本人の所得で200万円の年収の方が医療、介護の保険料を払って医療、介護のサービス費を使って、そして、この物価高騰の折にどうであるかというのは、ぜひモデルを作っていただきたいと思います。そして、手元にいかほど残るのか。万一、コーヒー1杯を1日飲めないようなことは決してあってはならないと考えておりますので、共助の仕組みとしての在り方を十分に検討していただきたいと思います。

長くなりましてすみません。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、井上委員、お願いします。

○井上委員 遅れての参加となりまして失礼いたしました。

論点に沿って意見を申し上げたいと思います。

まず、被保険者範囲・受給者範囲について、参考資料2に「これまでの意見」として取りまとめていただいた通り、被保険者の年齢の引下げには反対です。今後の社会保障を支えていくためにも経済の成長や活性化が必要で、そのためには分厚い中間層の形成が必要です。そして、それを実現するためには、現役世代の負担を減らしていくことが必要だと思いますので、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べきだと思います。

次に、補足給付に関する給付の在り方については、預貯金等の金融資産の勘案をマイナンバー等も活用しながら、より精緻で効率的な仕組みにすべきだと考えます。

ケアマネジメントの給付について、ケアマネジメントの専門性を評価する、あるいは利用者御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を向上していく、また、施設サービスの利用者は実質的にケアマネの費用を負担するということ等を踏まえて、利用者負担は導入していく方向で検討すべきと考えます。

次に、軽度者への生活援助サービスについて、今後、介護サービス需要の増加、生産年齢人口の急減に直面する中で、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にしていく必要があると思います。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いては地域支援事業へと移行していく必要があると考えます。

次に、「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準について、前回要望したデータを御用意いただき、感謝申し上げます。低所得者に十分配慮しながらも、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、「一定以上所得」の拡大が必要だと考えます。

後期高齢者医療制度については、今月から窓口負担割合が見直され、2割負担が導入されたところです。所得分布について参考資料の74ページに示されていますが、例えば現在の「一定以上所得」の基準を25%や30%などに引き下げた場合の財政的な影響はどのようなのかということについても、お示しいただきたいと思います。

今後、マイナンバーをもっと活用して、真に必要な方に適切な給付と、負担能力のある方にはさらに若干の負担をお願いすることが社会保障全般の課題だと思います。その中で、利用者負担においては金融資産の状況を勘案する方向で検討すべきだと思います。79ペー

ジに高齢者の貯蓄状況が示されていますが、貯蓄がない方も多い一方で、高額の方も多くいらっしゃるということで、収入階級とどういう関係にあるのかということも分析が必要だと思えます。特に高齢者の方については、金融資産をいかに把握するかということが重要です。現在、マイナンバーについては、預貯金口座への付番が進んでいますので、社会保障制度においてもマイナンバーを活用していくことが必須なのだという観点から、ぜひ議論を深めていただきたいと思います。

最後に、高所得の1号保険料の負担の在り方について、負担能力のある方には少しずつ負担していただくという観点から、所得区分の細分化を図って、所得の高い方にはその負担能力に応じて負担をお願いすべきだと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、最後になりますが、野口部会長代理、お願いいたします。

○野口部会長代理 どうもありがとうございます。

私からは、皆さんがおっしゃったことと重複するところもあると思えますけれども、ケアマネジメントの自己負担について3つほど、総合事業について3つ、そして、保険料について意見を述べさせていただきたいと思えます。

まず、ケアマネジメントの自己負担についてですけれども、自己負担導入の趣旨というものをもう少し掘り下げて、深掘りして考えたほうがいいのではないかなと思えます。介護保険制度において、サービス利用に当たって利用者負担を設けていることの趣旨です。これは2000年の導入当時からあるわけですが、その中で居宅介護支援だけ利用者負担を求めなかった趣旨を再度ここで振り返ってみたほうがよいのかなと。居宅介護支援に利用者負担を求めることが趣旨に合うのかどうかという概念整理を試みたらどうなのかなと思いました。

利用者負担を求めることというのは、介護保険制度の導入そのものの理念、つまり利用者の介護サービスの利用に対する権利性あるいはその選択です。選択と権利というものをいわゆる強める。導入当時の理念とも非常に適合したものであるという側面もありますので、その辺りの整理をしていただきたい。

2番目は利用者負担の導入の環境の整備です。仮にケアマネジメントに対して利用者負担を入れるとしても、様々な面で環境を整備しないといけないと思えます。先ほども申しましたけれども、利用者負担を求めて、利用者の権利あるいは利用者の選択、チョイスセットをより広範にしていくためには、介護保険の給付対象となるようなサービスの範囲をここで一回整理する、明確にする。利用者が選択する際の基準あるいは考え方が明らかになっていること、あるいは選択できるのだけのサービス事業者数や分かりやすい情報開示がきちんとできているかどうかなどの環境の整備が非常に重要ではないかと考えます。

3番目なのですが、それに伴う給付範囲の明確化です。ケアマネジャーというのは事実上、介護保険の給付対象とは考えられないような非常に幅広い役割を担っていらっ

しゃって、給付対象となるサービスの適用範囲を明確にしないと、利用者負担の支払いを根拠として、ますます広範な事実上の支援を求められて、今ですら皆さん業務過多で負担が非常に多くなっているところ、ますますそういった御負担が増えることが懸念されます。ですので、給付範囲を明確化するということが非常に重要だと思います。

もう一つ、4点目なのですが、利用者負担を対象外としてきたことの整理です。これは一番初めにも申し上げましたけれども、介護保険制度導入時にはケアマネジメント自体、日本で初めて導入された制度であったということを考えて、その普及、定着を図る観点から、利用者負担を求めない。そして、その需要を増やしていくということが考えられて、そういった方向性をとっていたわけですが、現在はケアマネを使わないで介護保険を利用する方というのはほとんどいらないところで、非常に定着したということが言えます。また、将来的なケアマネに対する財源確保、ひいては皆さん先ほどから触れていらっしゃいますけれども、人材確保の観点からも、ほかのサービスと同様利用者負担を求めていくことも一つの方向性としてはあってもよいのではないかと考えます。

5番目、セルフケアプランの見直しです。専門職によるアセスメントに基づく適切なサービス利用など、ケアマネジメントの重要性に鑑みると、セルフプランの位置づけについてもしっかりと見直して、必ず専門職によるケアマネジメントを受けるようにする。少なくともレビューを受けるということも含めて検討する必要があるのではないかとということになります。

ケアマネに対する最後のコメントですが、いわゆる内マネです。複合型サービスやグループホームというのは、在宅サービスであっても居宅介護支援の対象となっておりません。これらのサービスにケアマネジメント、ケアプランの策定というものが内包されているいわゆる内マネの給付となっています。これらのマネジメントについては、既に利用者負担が導入されているということもあるので、その一貫性というか整合性についても整理が必要ではないかと思えます。

2番目は総合事業についてです。3点ございます。

まずは要支援者の実施状況の評価ということですが、平成27年度から実施している要支援者に対する生活援助支援の移行状況について、その成果と課題の両面からデータを示し、幅広い評価を行うべきではないかと考えています。従前のいわゆるサービス事業者が担っているという場合が多いということは、本来のこの総合事業の狙いからいうとちょっと違うかなと。地域の多様な主体による柔軟なサービスの提供を図るという意図がなかなか実現されていない。これは人材不足であるとか財源がないとかいろいろ理由はあるのでしょうけれども、そういうことがあるのではないかと。ですので、その背景に何があるのか、何がボトルネックになっているかということ、きちんとデータをもって示す必要があると思います。

費用の伸びが抑制されているのは、費用統制の仕組みを入れたり、単価を安く設定したりするという側面もあり得るので、必ずしも互助的な取組が進んだ成果とは言えない可能

性もあるので、この辺りをきちんと精査する必要があると思います。

見直しの範囲なのですけれども、移行対象として想定しているのは訪問介護とか通所介護の全てなのか、あるいはこれらのうちの生活援助的なサービスのみなのかということも少し考えてみる必要がある。地域の多様な主体によるステークホルダーによる柔軟なサービス提供をより充実していく観点からは、まず移行ありきではなくて、新規あるいは要介護認定を受けた方でも利用できるようにするなど、利用者の選択肢、先ほどから言っていますけれども、チョイスセットというものを見直して増やしていく、充実させるということも考えていくべきではないかと考えます。

見直しの考え方の整理の3点目です。今後の生産年齢人口減の時代を見据えて、専門職によるサービス提供、例えばホームヘルパー1級による生活支援は有限な社会資源、これは非常に限られた社会資源、貴重な社会資源だと思いますので、そのサービスの対象範囲と受皿となるサービスをどう整理していくのかという観点から環境整備を検討すべきではないかと思えます。

最後、保険料です。負担能力に応じて負担をお願いするという観点からは、第1号保険者について高所得者層の保険料負担を引き上げることも検討せざるを得ないと私は個人的に思います。この前の会議でも言いましたけれども、これから本当に我々が想像を絶する世界になると思いますので、その中でそういった方向性をできるだけ早く、少なくとも早期に検討する必要があるのではないかと考えます。そのためには、これも皆さんおっしゃっておられましたけれども、可処分所得と保険料の負担水準のバランスについてしっかりとデータを取って、そのデータに基づいて具体的な金額のイメージを示した上で議論すべきだと考えます。その際、皆さんおっしゃっていますけれども、医療保険料の負担についても考慮して併せて検討が必要ではないかと思えます。

以上です。どうもありがとうございました。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

これで一当たり御発言いただいたと思えます。

あと、残り時間は10分ございます。御発言を求められる方はお手を挙げていただけますでしょうか。画面上は3名、会場はいかがですか。

それでは、お一人2分と大変短く恐縮ですが、よろしく申し上げます。事務局のほうは御案内をお願いします。

それでは、会場から花俣委員、お願いします。

○花俣委員 1点だけ、4ページなのですけれども、被保険者範囲・受給者範囲の論点のところ。介護保険料を払う被保険者を40歳未満の人までもし広げるとすると、障害福祉などの他分野のサービスを統合するのかといった大変な大きなテーマになってくると思います。しかし、今の臨時国会に障害者総合支援法の改正案が提出されていると伺っていますので、障害や難病は介護と重なることも複雑なテーマであり、急いだ議論をするのではなく、様々なデータを整理して、関係者、特に当事者の皆さんの御意見を聞きながら、

丁寧に慎重に方向性を見いだす議論を進めることをお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 恐れ入ります。

ケアマネジメントにつきましては、先ほどから意見も出ておりますが、障害福祉サービスの相談支援、並びに同じ介護保険の介護予防支援、それから、地域包括支援センターの相互相談という機能もございます。また、冒頭、染川委員からも御指摘ありましたが、2000年以前では自治体のほうでこれらの支援が行われているということもございますので、これらの継続性なども考慮いただいて御検討いただければと思っております。

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、どうぞ。

○兼子委員 (6)の現役並み所得、一定以上所得の判断基準の問題ですけれども、私はサービス利用時の一部患者負担は賛成できない旨、発言してきたとおりですけれども、現行でもサービス料の上限額があるだけでも厳しいと思います。そういう点からいけば、まずは2割負担、3割負担をなくす検討が必要であって、ほかの制度との比較やこれまでの流れの延長線上で利用時の負担が強化されることがあってはならないと考えます。

なお、負担能力のある人に負担を求めるということがよく取り上げられますが、保険料の応能負担を徹底していけば、年齢にかかわらず、高額所得者など負担能力のある人の負担が確保できると考えております。

(7)の点については(1)のところで申し上げたのと同じ趣旨ですので、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、江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

今日の議論も3年ごとに同じテーマで同じ議論を繰り返してきているわけです。(2)から(7)の財政効果でいうと、規模的には決して大きくないと認識もしています。給付と負担の話は、これは必ずすべき議論というのは前提といたしまして、今後、新たな安定的、恒久的財源の確保というものがなくなかなか持続可能性は厳しいというのは皆さん共有していることだと思います。

そういった中で、この議論の目的が何なのか。持続可能性なのかどうか。そうすると、どこかで主張したかどうか分かりませんが、どこかでいろいろな財源の確保も考えるタイミングが来るかと思っておりますけれども、現状の段階でどのくらい痛みを感じて、どこまで切り詰めるかというのは、なかなか判断基準が難しい議論になっているかなとも感じているところでございます。ひいては国民がちゃんと納得して、利用者の負担も許容範囲で、保

険者もちゃんと健全に成り立つといった中で、そして、必要最低限の最適な公費の配分というものがあつた中で、大きな議論の中の一部を切り取つた議論ですので、今後についてなかなか判断基準が悩ましいかなというのが感想でございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

あとはよろしいでしょうか。

今日は給付と負担をめぐつて大変様々な議論を御提起いただきました。ありがとうございます。

私、部会長として皆様の議論を円滑に進めて、それを事務局と相談しながらまとめていく方向で、それが唯一最大の役目なのですが、もともと私がここに呼ばれたのは、多分研究者としての部分で呼ばれたのではないかと思っております。なので、今日のテーマで簡単に御発言をお許しいただきたいのですが、これは部会長としてそういう方向でまとめるとかというものでは全くなく、社会保障をこれまで勉強してきた研究者として、今までいろいろなところで書いてきた、発表してきたものなのですが、私個人としては、今日は様々な御議論がありましたけれども、被保険者・受給者範囲の拡大ということには賛成の発言をしてきました。これは介護保険側の論理というよりは、障害福祉サービスをどう普遍化していくか、保険事故としての障害をいかに社会化し、全体で共有できるかという観点からそのように考え、それを社会保険方式でみんなで支える形にできないかということを考えてきました。

最近、障害者の高齢化が非常に進んでいて、これが課題になってきている。なので、介護保険との接続ということも障害者部会でも論点として議論されました。今出ている国会に向けたまとめの中では運用改善という方向でまとめたところですが、そういった意味で、今後、直ちにとということではないですけれども、議論になっていく、俎上に上っていくことはあり得るかなと思っております。ただ、障害者部会でも、当事者あるいは関係者の皆様からは反対論が強いということは重々承知しております。

それから、社会保険において資産をどう勘案するかということは、社会保障の考え方からすると、給付の場面で資産を勘案するというのは疑問だという整理になると思います。もともと資産調査、ミーンズテストと切り離して、つまり、公的扶助と切り離して給付の定形性という面が社会保険のメリットであると教科書的に説明されてきましたので、そこを弱めるということは社会保険の信頼性を弱めるということにつながりかねないと思っております。

そういう意味では、そもそも補足給付ということ自体がどうなのかという議論も必要ではあり、佐藤委員が整理されたように、資産等は基本的には拠出の面で勘案すべきものだと思います。国保で資産割が入っています。それは自営業者等の所得把握の困難性という点で入れざるを得ないという部分はありましたけれども、基本的には拠出、負担の面でいかに勘案し得るかという議論なのかなと理論的に私は考えます。

ただ、負担の面でということで、拠出限度額を上げていくという方向性が出されましたけれども、あり得る方向性だと思いますし、それが今、全世代型社会保障構築会議でも議論されている年齢別負担から負担能力別負担へという方向性にもかなうと思いますけれども、ただ、負担限度額も青天井ではない。これもまた理論的には言えることで、年金と違って医療、介護というのは拠出と給付が切り離されていますので、高額療養費があったりして、むしろ高所得者はその分は制限されていますけれども、基本的には給付は同じなので、その中で負担限度額が青天井でどこまでも広げていくというようなことになると、これも社会保障の基礎である支え合いとか連帯というものの基礎を弱めてしまう、社会保険の基礎を弱めてしまうというところがあるので、おのずと年金と違って一定の限度額の上限は設けざるを得ないということなのかなと思います。さらに介護保険の場合、給付自体に限度額が設定されているということもあります。

あと、野口部会長代理が最後に言われましたけれども、皆さんの御議論を伺っていて、結局、日本ではケアマネジメントも含む相談支援に対する専門性の評価が低かった。それと結びついた経済的評価も高くなかった。これをどう考えるかという問題も無関係ではないのかなと感じました。

それから、たくさんの委員の皆様から、住民主体のサービスが進んでいないと様々な御評価がございました。これはまた地域包括のところでも議論になると思います。私もそこで感じていることがありますので、私からも発言させていただければなと思っております。

それでは、本日はここまでといたします。

次回の日程について事務局から御連絡をお願いいたします。

○占部企画官 次回以降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させていただきます。御多忙の中、誠にありがとうございました。お疲れさまでした。