

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第106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。

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

健康保険組合連合会常務理事、伊藤悦郎委員です。

また、本日御欠席ですが、全国知事会長崎県知事、大石賢吾委員です。

以上、新たに御就任をされておりますので御紹介いたします。

報道関係がいらっしゃいましたら、冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○占部企画官 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。本日もよろしくお願ひいたします。

本日の出欠ですが、井上委員、大石委員、大西委員、齋藤委員が御欠席です。

井上委員の代理として、日本経済団体連合会副本部長、清家武彦参考人、大石委員の代理として、長崎県福祉保健部長寿社会課長、尾崎正英参考人、大西委員の代理として、高松市介護保険課長、高尾昌伸参考人、齋藤委員の代理として、日本看護協会常任理事、田母神裕美参考人、以上の方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。

まず、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 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。

会場にお越しの委員におかれましては、資料を机上に用意しております。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、画面の下にマイクのアイコンが出ているかと思ひます。会議の進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただき、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、部会長の指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言ください。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」をクリックし、あわせて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

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、議事に入りたいと思います。

議題1「基本指針について」及び議題2「介護保険被保険者証について」、まとめて事務局から資料の説明をお願いいたします。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

私のほうから資料を説明させていただきます。

議題の資料に入る前に、1点情報提供といいますか、御報告をさせていただければと思います。

直近の介護保険の動きということで、参考資料1－4を御覧いただければと思います。

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要」でございます。

1枚おめくりいただきまして、法案の概要を御覧いただければと思います。この法案ですけれども、昨年、介護保険部会で制度改正の御議論をいただきまして、12月20日に意見書を取りまとめていただいたところでございます。この御議論に基づきまして、事務的に法案化の作業を進めてきたところでございます。

その結果、医療保険制度の見直しであったり、かかりつけ医であったり、こういったところを含めてこの法律案という形になりまして、2月10日に閣議決定をし、国会に提出されたところでございます。

介護保険の関係につきましては、特に直接関係するものとしては4ポツのマル2とマル3が介護保険の関係になります。細かいところも含めた法案ということでいいますと、2ページを御覧いただければと思います。全部で5項目ございます。

1つ目、介護情報基盤の整備ということで、介護DXの関係でございますけれども、その事業につきまして地域支援事業に位置づけるとか、あとは医療保険者と共同して市町村が国保連・支払基金に委託をする。こういったところを法律事項として法案に盛り込んでおります。

2つ目、財務状況の見える化ということで、各事業所・施設につきまして損益計算書等の報告を義務づけさせていただき、国がその情報を収集・整理して、情報を公表する。こういったことを規定しております。

3つ目として、生産性向上に資する取組の努力義務ということで、都道府県を中心に生産性向上の取組が一層進むような規定の整備をさせていただいています。

4つ目、看護小規模多機能のサービス内容の明確化、5つ目として、地域包括支援センターの体制整備ということで、この法案に盛り込んでいるところでございます。予算関連法案として提出をしているという状況でございます。

それでは、議題のほうに戻っていただきまして、資料1－1を御覧いただければと思います。「基本指針について」でございます。

2 ページを御覧いただければと思います。皆さん御承知のとおり、介護保険は3年を1期にする計画を策定して事業運営をしております。この構造につきまして示した図が2ページ目になります。

まず、国のほうで基本指針を示しまして、それを受けて市町村のほうで介護保険事業計画を策定いただく。具体的には、日常生活圏域の設定、各年度の種類ごとの介護サービス量の見込み、地域密着型サービスの必要定員数、地域支援事業の量の見込み、介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標、こういったものを計画に盛り込んでいただきます。

これを受けまして、右側に行ってくださいますと、3年間を通じた保険料を設定することがこの介護保険事業計画の一つの眼目になります。この市町村の計画を受けまして、下に行ってくださいますと、都道府県のほうで支援計画を策定いただきます。市町村の計画を踏まえた介護サービス量の見込みを区域ごとにつくっていく。

もう一つの眼目としては、広域型の施設、特別養護老人ホーム等々でございましてけれども、こちらの必要定員総数を決めていくということが都道府県の支援計画の眼目になります。こういった構造になっておりまして、今回、介護保険部会の御意見等も踏まえた基本指針の大まかな方向性について御議論いただくことになります。

3 ページでございまして。こちらは、第9期の計画のスケジュールをお示ししております。一番右が国のすべきことを示しております。昨年12月20日にまとめていただきました意見書をベースにして、今回、2月27日基本指針の見直しの方針について御議論いただきます。それを踏まえまして、国のほうで課長会議を開催し、都道府県、市区町村のほうで計画策定の議論を進めていくことになります。

今回の議論を踏まえて、また先ほど申し上げた法案の状況も踏まえながら、6月から7月ぐらいに再度介護保険部会を開きまして、基本指針の具体的な文言について御議論いただく。また、さらにそれを課長会議で市区町村にお示しをしていくことになります。

また、指針につきましては、今年の秋、10月、11月ぐらいに告示をさせていただき予定としておりまして、年末に大体報酬改定の改定率が決まります。それを含めて、最後、市区町村、都道府県のほうで計画を議会に報告し、市区町村になりますと介護保険条例を改正して、来年4月から事業計画がスタートするといった流れになります。

続きまして、4 ページを御覧いただければと思います。基本指針の構成を示しております。前文、第一ということで基本的事項、第二は市町村の計画に関する事項、第三ということで都道府県の計画に関する事項、それぞれについてこういうことを書いていくということをお示ししている資料でございまして。

5 ページに行ってくださいまして、基本指針の検討に当たって考慮すべき要素を示しております。最初にあるのは、昨年12月にまとめていただいた介護保険部会の意見書になります。こちらをベースに基本指針をつくっていくことになります。

そのほか2つ大きなものがございまして、先ほど御説明をいたしました法案の関係でございまして。こちらは成立することが必要になりますけれども、成立した上で基本指針のほ

うに反映させていくこととなります。

また、3つ目の要素といたしましては、今月、2月16日に医療介護総合確保促進会議で議論いただきました総合確保方針でございます。こちらの資料については割愛させていただきますが、参考資料1-5にございますので、後で御覧いただければと思います。

6ページに行ってくださいまして、基本指針のポイントについて簡単にまとめさせていただきました。最初に基本的な考え方でございます。第9期、次期計画期間中に、2年目に2025年、地域包括ケアのターゲットイヤーでございますけれども、それを迎えることになる。また、中長期的に考えると、85歳以上人口が急増して、医療・介護双方のニーズを有する高齢者が増加をする一方で、生産年齢人口が急減していく、こういった環境変化がございます。

さらに、都市と地方で高齢化の進み方も大きく異なるので、地域の実情に応じて、施策や目標の優先順位をしっかりと検討した上で計画を定めていくことが重要になってまいります。

見直しのポイントを1から3まで、こちらは意見書の項目に合わせた形になっておりますけれども、1つ目は介護サービス基盤の計画的な整備ということで、1つ目のポツに書いてありますけれども、地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、既存施設・事業所の在り方も含めて検討して、介護サービス基盤を計画的に確保していくことが重要だと書いております。

マル2は在宅サービスの充実ということで、これから給付費分科会等で御議論いただく新たな複合的な在宅サービスといったところ、あと、地域密着型サービスのさらなる普及と。

2つ目の大きな項目として、地域包括ケアシステムの深化・推進ということで、地域共生社会の実現、地域包括支援センターの体制整備、認知症対策、総合事業の充実化等々を書いております。また、医療・介護情報基盤の整備についても書かせていただいております。

最後、3つ目として、介護人材の確保、生産性向上についてが大きなポイントになるかなと思っております。

次の7ページに行ってくださいますと、第9期計画において記載を充実する事項ということで、先ほどのポイントに加えて、さらに事項を網羅した感じの資料になっております。こちらについては、意見書の御議論を踏まえて書いているところでございます。

8ページ以降に、それぞれの項目に関する参考資料をおつけしております。ここの資料は基本的には既存の資料が多いのですが、新しいものを御紹介いたしますと11ページでございます。

先ほど、都市部と地方で高齢化の進展具合が異なるということを申しましたけれども、そのイメージ図と、あくまで例示でございますが、こういった視点が考えられるということを書かせていただいております。

また、新しい資料といたしましては、26ページを御覧いただければと思います。地域包括ケアシステムの構築状況の自治体点検ツールということでございます。26ページの下に意見書がございます。こちらの意見書の中でも、国として参考手法を例示することが適当だという御指摘をいただいておりますが、地域包括ケアシステムの構築状況がどうなっているのか、地域の実情を踏まえてしっかりと施策を展開していくことが重要になりますので、そのためのツールを国が提供するということになります。

そのイメージが27ページでございます。こちらはちょっと込み入った資料で分かりにくいかもかもしれませんが、基本的には、単純に施策をやるやらないということではなくて、地域のビジョン、政策の目標の実現に向けてそれぞれの施策がしっかりと機能を果たしているかどうか、今後何を優先すべきかということで、しっかりと政策目標を共有しながら施策を展開できるような点検ツールにしようということで、今、最後の詰めをやっているという状況でございます。最終的には皆様方にお示ししていきたいと思っております。

以上が資料1-1の説明になります。

続きまして、資料1-2「基本指針の構成について」を御覧いただければと思います。

1ページを御覧いただきますと、左側に今回の基本指針の項目をお示ししています。右側に見直しの方針案を示しております。1ページで申しますと、基本的理念のところ、右側に書いてありますとおり、例えば医療・介護の連携強化、医療・介護情報基盤の整備、こういったものを書かせていただく。

3番目の在宅医療・介護連携のところには、法律改正を踏まえてかかりつけ医機能について書かせていただく。

4つ目の日常生活支援の体制というところでは、右側に行ってくださいまして、総合事業の普及・充実といったところを書いていくことを想定しております。

2ページに行ってくださいまして、基本的事項の5つ目の人材確保、資質向上等々のところですが、こちらにつきましてはいろいろな項目を書くつもりでおります。ケアマネの関係、地域包括支援センターの強化、外国人介護人材の定着、生産性向上等々を書かせていただくことを想定しております。

3ページに行ってくださいまして、6つ目の介護に取り組む家族等への支援ということでは、ヤングケアラーの支援を記載しています。8番目が虐待防止ですが、その下のリスクマネジメントや経営情報の調査・分析については、項目を新規に入れることを考えております。

飛びまして5ページ以降、こちらにつきましては、左側に市町村の介護保険事業計画に関する事項、真ん中に都道府県の計画に関する事項、それぞれにつきまして右側に見直しの方針案につきまして書かせていただいております。かなり平行に市町村、都道府県の計画両方に書く部分もあれば、市町村のみのものであったり、都道府県のみのものであったりということもございますので、それぞれにつきましてメリ張りを利かせて記載を充実させていきたいと考えてございます。

資料1-2の説明は以上でございます。

続きまして、資料2「介護保険被保険者証について」を御説明させていただければと思います。

介護保険の被保険者証でございますけれども、介護保険部会では9月に1度御議論いただいたところでございます。その後、10月あたりだったと思っておりますけれども、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の話が出てきたり、介護関係でいいますと、介護情報基盤の御議論が進んできた、方向性も出てきたこともございまして、今回、介護保険の被保険者証の方向性につきまして御議論いただきたいということで、議題として出させていただいたところでございます。

1ページを御覧いただければと思います。現状を書いておりますけれども、今、介護保険被保険者証は紙ベースで運用されております。今は、65歳に第1号被保険者になった際に、保険者から被保険者に一斉送付をする。認定申請、変更申請等があったときには、被保険者が保険者にその保険証を出していただきまして、保険者が必要な情報を記載して被保険者に返付をする、こういった流れになっております。また、サービスを受けるときに、認定者が事業所に被保険者証を提示する。被保険者証が被保険者、保険者、事業所等の間で、紙ベースでやり取りをされているということが介護保険の現状となっております。

方向性のところでございます。今、健康保険証の議論が進んでいることと、先ほども申し上げたとおり介護情報基盤の議論が進んでいますので、こうしたことを踏まえまして、マイナンバーカードの活用を含め、被保険者証の電子化について、必要な情報を介護情報基盤から取得することで、資格確認等を可能として、必要なサービスが受けられるという方向で検討を進めることとしてはどうかと書かせていただいております。

それを具体的に図示したのが2ページ目でございます。青の矢印が今の被保険者証の流れを示しています。左から、市町村から65歳になった時点で被保険者に保険証が送付される。通常は、要介護認定を受けるのは80とか85になったときなので、15年とか20年ぐらい使われずにいる。実際に要介護状態になってきますと認定申請を市町村にさせていただきましても、その際に被保険者証を紙ベースで出していただいて、あなたは要介護2ですとか、利用者負担は2割ですとか、そういったものを書いて返付をすることになります。

また、サービスをスタートするときには、ケアマネ事業所がどこなのか、ケアマネ事業所に対しては被保険者証を添えてケアプランの作成依頼の申請を出してもらうとか、介護事業所がサービスを提供するときには被保険者証も併せて見せる、こういったやり取りが必要になってまいります。

今回、介護DXの関係で介護情報基盤という構想が動いております。具体的には3ページにイメージがありますけれども、介護情報基盤の中で情報連携ができれば、先ほどの2ページの被保険者証のやり取りのところに×印がありますけれども、こういったところのやり取りをしなくても、マイナンバーカードをピッとかざすと情報連携ができるという仕組みを構築できれば、被保険者、介護事業者、市町村にとってもかなり効率的な業務運営が

できるのではないかと考えておりました、こういったところにつきまして詳細について今後検討を進めていきたいと考えております。

4 ページを御覧いただきますと、調査研究の事業の概要をつけております。今年の二次補正におきまして、介護情報基盤、あと介護被保険者証の電子化について調査研究事業の予算を要求し、お認めいただいたところでございます。こういったところで、自治体、介護事業所の業務フローの見直しや、あとはどのようなメリットがあるのか、デメリットがあるのか、自治体のシステムの改修の必要性もございませうし、スケジュールも含めて詳細をこの調査研究事業で検討していきたいと考えております。こちらについて御議論いただければと思います。

私のほうの説明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、委員の皆様から、ただいまの説明に関して御発言があればお願いいたします。オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

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の皆様にご発言いただきたいと考えておりますので、発言時間につきましてどうか御協力いただきますようお願い申し上げます。

それでは、いつものようにまず会場にお越しの皆様からあればお願いしたいと思いますので、岡委員、栗田委員、花俣委員、よろしくお願いたします。

○岡委員 ありがとうございます。

まず、基本指針について、介護人材及び介護予防の2つの観点から、発言させていただきたいと思ます。

まず、介護人材について、2点申し上げたいと思ます。資料1-1の7ページ、3に記載されている項目は、いずれも重要性が高い取組と考えております。しかし、6ページの3には、生産性や効率の向上について記載されているものの、人材確保や定着に関する記述がございません。

介護現場の人手不足が深刻化している中、ケアマネジメントを含めて、生産性の向上が必要であることは言うまでもありませんが、介護という仕事の性質上、やはり、まずは人材や人手の確保と定着ということを第一に考えていただくことが重要ではないかと思っております。したがって、ここに人材、人手の確保・定着への取組強化について追記を御検討いただきたく、お願い申し上げます。

続きまして、2点目、外国人介護人材についてです。資料1-1、1-2を拝見したところ、外国人の定着に向けた取組については記載が見られますものの、確保については触れられていないように思ます。参考資料1-3、昨年12月の本部会の報告書では、23ページの下から2つ目の○で、海外からの人材確保についてしっかりと記載をいただいております、私も複数回にわたり、その重要性を訴えてまいりました。したがって、日本の介

護分野での就労を希望する海外人材を掘り起こすといった取組を、待ちの姿勢ではなく、政府が主体的に行うことについて、基本指針にしっかり明記いただくようお願いいたします。

続きまして、介護予防についてでございます。介護保険制度は、国民の老後の生活をサポートする仕組みとして定着しております。しかし、少子高齢化が止まらない状況を背景として、介護・年金・医療といった社会保障について、悲観的な見方をしている国民が少なからずいると感じております。それは介護のみならず、それぞれの制度が更新のタイミングでスクラップ・アンド・ビルドがなされず、それまでの施策の運用が追加、拡充、細分化されるばかりで複雑化し、国民が理解しにくい制度になってしまっていることが根本にあるように思います。これについては、政府を挙げて仕組みの簡素化に取り組んでいただくとともに、これまで以上に分かりやすい国民向けの広報に力を入れていただきたいと思っております。

話が少々それてしまいましたが、そうした制度面の改善を図ることと同等の重きを置いていただきたいのが、国民の自助を支える仕組みの強化でございます。誰もが健康寿命の延伸を願っています。セーフティーネットとしての介護保険はありがたい制度ですが、それに過度に依存しなくて済むよう、個々人による健康増進、介護予防の取組を広げることが最も重要ではなからうかと思っております。これが巡り巡って、介護を必要とする人へのより手厚い支援を可能とすることにもつながるのではないのでしょうか。この点を明記いただけないか、御検討をよろしくお願いいたします。

加えて、国民の健康管理は、医療・介護両面からのアプローチが必要だと思っております。その意味から、市町村や都道府県の関係部局が垣根を超えて連携して、介護予防を推進する重要性を、併せて基本指針に書き込んでいただければと思います。

続きまして、介護保険被保険者証について、2点申し述べたいと思います。1つは意見でございますが、資料2の3ページの全国医療情報プラットフォームは、ページ上段の四角の中の2つ目の○の記載内容を実現すべく、早期に構築することが重要と考えております。そのためにも、マイナンバーカードを活用した被保険者証の電子化を速やかに実現していただきたいと思っております。

マイナンバーカードの交付や健康保険証利用登録の進捗自体にも心もとない面はございますが、来年秋に予定されている健康保険証の原則廃止までに、様々な課題克服に向けた対処がなされるはずと考えております。介護保険被保険者証の電子化に当たって、ぜひ健康保険証との一体化の経験を活かしてほしいと思っております。

次に質問でございますが、資料2に今後のスケジュールの記載がないように思います。可能な範囲で結構でございますので、今後のスケジュール感を教えていただけるとありがたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。



最後に1点御質問がございました。いかがでしょうか。

○日野介護保険計画課長 被保険者証のスケジュールでございますけれども、そういったところも含めて調査研究で詳細を詰めていきたいと思っております。ただ、被保険者証の関係で申し上げますと、市町村の事務と関係がありますが、一方で、自治体の介護保険のシステム標準化の動きがございます。こちらにつきまして、令和7年度中にガバナンスクラウドのほうに移行していくという大きな方針がございますので、その動きを見ながら、スケジュールはこれから詳細を詰めていきたいと考えております。

○岡委員 ありがとうございます。またその辺りが見えてきましたら、本部会でも御説明いただけるとありがたいです。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、栗田委員、いかがでしょうか。

○栗田委員 私からは1点だけ、意見というか、コメントをさせていただきたいと思いません。

このたび、資料1-1の基本指針の26ページから、「地域包括ケアシステム構築状況の自治体点検ツール（仮称）について」、それから、「地域包括ケアシステム構築状況の振り返り視点の例（暫定版）」、28ページにも「地域包括ケアシステム構築状況の自治体点検ツール（仮称）について」という資料を加えていただいておりますが、これは大変重要な取組になるだろうと思っております。

このことが実際に基本指針の構成の中でどういうふうに示されているかというのを見せてもらったのですが、これは地域支援事業において特に重要なことだと思いますので、見ておりましたら、9ページに、包括的支援事業の事業量の見込みのところであらういったものを使って点検しながら、既存の地域支援に活用した地域包括ケアの推進、地域づくりにつなげていくということが書かれておまして、まさにそのとおりだと思うのですが、これは包括的支援事業だけでなく、総合事業なんかもこういった観点は非常に重要でありますので、ぜひ地域支援事業全体を網羅するような形で点検ツールを使っていただいて、地域支援事業全体のシステムインテグレーションみたいなことをぜひ進めていただけるように記載していただければと思っておりますのでございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

栗田委員におかれましては今日の議題4の検討会でも委員としてお務めいただくことになってございますので、その点も含めてどうぞよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、花俣委員、よろしくお願ひします。

○花俣委員 資料1-1のところでお聞きしたいことがございます。6ページの「第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント」のところですが、2番の「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組」の1に、「地域住民を地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体として観念することが重要」とあります。「観念

する」というのはどういう意味になるのか。一般的には、物事に対して持つ考えとか、あるいは諦めて現状を受け入れる、覚悟するといった意味で使われていると思うのですが、ここではどういった意味で使われているのかということをお教えいただければと思います。

それから、同じく6ページの介護保険事業（支援）計画の基本指針のところ、3つ目の「地域包括ケアシステムを支える介護人材及び介護現場の生産性向上」に「介護の経営の協働化・大規模化」とあります。ホームヘルプサービスやデイサービスには小規模の事業所もたくさんあり、在宅介護を支えていただいています。この文章だと、協働化・大規模化ができない事業所はどうなるのだろうと心配になります。中小規模の事業所はどうなるのかということについて、基本指針では言及しないという理解でよろしいのかどうかということをお聞かせいただきたいと思います。

あと、資料2のマイナンバーカードのところ、ここでは、介護保険の被保険者証は65歳以上の高齢者で、約3440万人になります。この中で、要介護認定を受ける人は75歳以上の後期高齢者が約9割で、80歳以上も508万人になります。また、介護が必要になる理由は、要介護1から3まで認知症がトップです。資料1-1の6ページには、2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加するとの将来予測もあります。今後も認知症の人が増えていく中、被保険者証を電子化していくことになります。将来的にはそうなってほしいと思うのですが、そもそもマイナンバーカードは義務ではなく、マイナンバーカードを持たない被保険者がどうなるのか、これも心配されるところです。2ページの図には、要介護認定の申請からマイナンバーカードを使うことになっていますが、カードを持たない被保険者への対応は考えられているのでしょうか。

また、認知症や身体障害が増える中、後期高齢者とデジタル化について、いつも申し上げていますが、メリット、デメリット双方の検討が必要であり、御説明にもありましたように、特にデメリットへの対策を考えていただくことが必要と思っております。関係者の利益に資するだけでなく、被保険者の利益に資する御検討をお願いしたいと考えております。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お尋ねがございましたので、よろしく申し上げます。

○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。

1点目、資料1-1の6ページ目、2ポツのマル1、「地域共生社会の実現」において、「地域住民を地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体として観念することが重要」の解釈についてお尋ねがありました。

こちらは、参考資料1-3の42ページ目にもございますけれども、2つ目の○、「地域包括ケアシステムは、制度・分野の枠や、『支える側』『支えられる側』という関係を超

えた包摂的な社会を目指す」ということをございますけれども、例えば、地域支援事業のうち総合事業の多様なサービスや、一般介護予防事業における通いの場などでは、地域住民の主体的な参加が欠かせないということをおまとめいただいております。そういったことも含めて、支える側と支えられる側といった二分論ではなくて、地域住民の方々もこういった支援を担う主体として参加していただくということを記載したものと考えております。

以上です。

○須藤高齢者支援課長 支援課長でございます。

2点目の協働化・大規模化の関係でございますが、こちらも部会の意見書等でも取りまとめいただきましたように、利用者さんが増えていく中で、先ほどもお話しいただいておりますが、限られた人材、資源をいかに有効に活用していくか、また、利用者さんにとっても働く現場の方にとってもいい方向性は何なのかということをしかりと考える必要があります。そのための一つの手法として協働化・大規模化というものがあると思いますので、規模の大小にかかわらず、こうした人材・資源を有効に活用していく中で、どのような協働化・大規模化が必要かということをしかりと都道府県さん、市町村さんであっても考えていただきたい、そういう中で、この指針の中でも必要な事項ということで書かせていただいているというような考えでございます。

○菊池部会長 あとは、資料2に関して。

○日野介護保険計画課長 資料2につきまして、持たない人がどうなるかということでございますけれども、こちらは健康保険証のほうでも同様の議論がございますので、そういったところも含めて、どういう対策ができるのか、しかりと考えていきたいと思っております。

○菊池部会長 いかがでしょうか。

○花俣委員 笹子課長の御説明は重々理解できていますけれども、何となく「観念する」という言葉に抵抗があったものですから、あえてお聞きした次第です。今のお答えで承知いたしました。ありがとうございました。

○菊池部会長 観念というか、令和2年改正で、介護保険法にも地域共生社会の理念は法律上の考え方としても入っているという理解でいいのですよね。そのことと観念というのが、抽象的というか、単なる観念の問題ではないのではないかという御趣旨もあったのかなと思いましたので、抽象的な法律と離れた話ではないという理解でよろしいですね。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 御指摘のとおりです。

○菊池部会長 資料2に関しては、先週金曜日に医療保険部会がございまして、そこで検討会の状況が報告されていまして、河野大臣などがやっておられるのですが、代理交付とか申請補助といった具体的な話も出てきておりますので、被保険者証の意味合いは介護保険と医療保険では違うとは思いますが、そういった議論が、介護保険の対象になられる方にも、必ずしも自分で保険証を提示してというわけにいかない方がおられると思っております。

で、そういう意味で医療保険の議論を参考にしながらという意味だったと思います。

それでは、オンライン参加の皆様からお願いいたします。

吉森委員、どうぞ。

○吉森委員 ありがとうございます。

まず、資料1の基本指針について、医療・介護の連携を進める観点から2点ほど意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1-1の6ページ、2ポツのマル2、医療・介護情報基盤の整備との項目が盛り込まれておりますけれども、医療・介護情報の利活用については、オンライン資格確認等、システムの推進などのデジタル化については医療分野で先行して進められている結果、薬剤情報や特定健診情報の取得などの個々人の医療に関わる情報や健康に関するデータの活用が医療分野でのみ完結しているという現状であります。介護分野との情報連携には課題があるという状況であります。

そのような現状の中で、資料1-2の2ページの下から3つ目でございますけれども、文書負担の軽減などは介護分野のデジタル化なくしては実現できないこと、これらを鑑みますと、2ポツのマル2の表現ぶりについて、「デジタル化を通じた医療・介護情報基盤の整備」とするなど、介護分野でもデジタル化を強力に推進していくのだ、医療分野との情報連携を図っていく旨を追記いただくことはいかがでしょうかということであります。1つはそれです。

2つ目としては、これまで我々は協会けんぽとして、各部会で都道府県と市町村における医療計画と介護保険事業支援計画との整合性を図る必要がある旨、重ねて申し上げてまいりました。特に、令和5年度に都道府県において策定が行われる第8次医療計画については、新興感染症に係る対応が盛り込まれることとなっておりますけれども、その一環として、都道府県と地域の医療機関が高齢者施設などに対する医療支援体制について、高齢者施設等との連携を含めて確認し、協定を締結することとなっております。

その際、ポイントとなりますのは、施設を利用されております高齢者、障害者や職員の方の間で感染が広がらないようにすること、また、感染者が出た場合、迅速に医療にアクセスできるようにすること、この2つであると認識しておりますけれども、医療計画に連動する形で、介護保険事業支援計画についても、事前の備えや初期対応などについて記載を盛り込み、自治体の関係部局を通じて各施設に取組を促すべきと考えております。

事務局におかれましては、医療関係部局とも連携し、この点について検討を進めていただければありがたいと思います。

以上、基本指針については2点意見でございます。

続きまして、介護保険被保険者証について意見でございます。資料2について、先ほどデジタル化の推進については、介護分野に比べ医療分野での取組が先行して進められている状況であると申し上げました。地域包括ケアシステムの理念をさらに深化させるためには、介護保険分野でもオンライン資格確認等のシステムを活用し、ケアプランの内容や要

介護度などの情報、データの活用や、医療分野で共有が進んでおります個人の健康や医療に関わる情報の連携を進めていくべきだと考えております。

資料2の3ページに掲げていただいております全国医療情報プラットフォームなどの仕組みが、真に国民にとって役立つ、使いやすく実効性のある仕組み、制度となるよう、今後もマイナンバーの利活用を基軸に、先行して健康保険証の一体化が進んでおります経験値も踏まえ、積極的にインフラ整備を進めていただくようお願いしたいと思います。

今回の介護保険被保険者証の電子化については、そうした大きな介護分野のデジタル化の一環ということ踏まえ、ぜひ早急の実現できるよう進めていただきたいと思いますと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御意見として承っておきます。

それでは、田母神参考人、お願いいたします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

議題1、議題2につきまして、意見を申し述べます。

まず、議題1「基本指針について」でございます。看護小規模多機能型居宅介護につきましては、訪問のみならず、通いや泊まりを通じて医療ニーズの高い中重度の要介護の利用者の方の療養を支えるサービスとして役割を果たしておりますことについて、介護保険法の改正案に明記いただいたところでございまして、改めてお礼を申し上げたいと考えております。

また、看多機の広域での利用についてでございますが、これに関し継続して提案をしてきましたことにつきましては、昨年12月20日の本部会の意見書におきまして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策を検討、としていただいたところでございます。

今回、お示しいたきました基本指針の構成等の見直し案におきましては、資料1-2の11ページでございますが、「地域密着型サービスについて、指定の事前同意等による広域利用等に係る検討について」は、任意記載事項として記載をされているところでございます。任意記載となりますと、その実効性が担保されるかどうかというところで懸念をしているところでございます。

医療と介護両方のニーズを併せ持つ中重度の利用者の方に対応できる看多機については、さらなる設置の推進が必要とされているところでございますが、近隣の自治体と調整等を行い、広域利用を進めることについては、自治体の規模にかかわらず、サービスが必要な中重度の利用者の方々のニーズに応える基盤整備のために非常に有効な方法であると考えております。

市町村間で看多機の指定の事前同意等、中重度の利用者の方の円滑なサービス利用に向けた調整や話し合いが確実に実施されるよう、基本的事項として記載していただきたいと思います

えております。ぜひ御理解いただきたいと考えております。

議題2の「介護保険被保険者証について」でございますが、これに関して電子化、マイナンバーカードの活用を検討ということでございますが、これを進めるに当たりまして、要介護度の高い方や申請の手続が困難な方に対して、身近で安心して相談できる相談窓口の設置が必要であると考えております。その際には、人員確保を含めた体制整備が非常に重要になってくると考えております。そうした体制整備に関しても御検討いただき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、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、基本指針について3点申し述べます。

昨年12月20日の部会としての意見を踏まえた見直しが各所にちりばめられたということで、よいこともあれば、留意すべきこともあるかと思えます。例えば資料1-2の2ページ目に、地域包括支援センターにおける柔軟な職員配置について、原則はどういう体制なのかということや、センターによる支援の質が担保されるよう留意した上でということが書かれていますので、そうしたことも一緒に伝わるようお願いいたします。

また、3ページ目にある「介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進」という項目を新設することについて、これはよいことだと思います。事故などの再発防止に向けても、それぞれの支援計画、事業計画において可能な取組が書かれることを期待します。

最後に処遇改善についてです。既に基本指針に書かれていますが、医療介護総合確保基金の活用などによる労働環境の改善と併せて、都道府県段階だけでなく、市町村段階でもさらなる取組が進むような意識づけについて書いていただきたいと思えます。いずれにしても、さらなる労働条件、処遇改善による人材確保を推進するようにしていただきたいと思えます。

次に、介護保険被保険者証について1点申し述べます。マイナンバーカードの活用を含めた被保険者証の電子化について、健康保険証でも議論になっている高齢者への対応についてです。個人情報保護の観点とも両立できる対応策について、まずは調査研究かと思えますが、丁寧な検討をお願いしたいと思えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

議題1の基本指針について意見をさせていただきます。基本指針案に私ども介護現場で働く者としての意見も数多く反映をしていただいたことを、まずもってお礼を申し上げた

いと思います。

昨年末まで、様々な資料を基に制度改正について議論を重ねてきたわけですが、これまでに示された資料を基に制度全体の課題を考えると、一番は地域包括ケアシステムの実現に向けた様々な取組について地域によってばらつきが大きいことかと思えます。

介護サービス基盤の計画的な整備に関しては、在宅で重度の要介護者を支えるのに有効な小規模多機能や看護小規模多機能居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護など、少なくとも多様なサービスの一つとして、全ての地域で要介護者が選択できるようにしなければなりません。ぜひ普及に向けた対策について、さらに踏み込んで明確にさせていただきたいと思えます。

いずれにしても、不必要で取捨選択した結果ではなく、必要であるにもかかわらず様々な課題があり、確保できない地域密着型サービスや、実施できない事業について、第9期介護保険計画の中で確実に確保、実施につながる施策を具体的に進めていただくこと。加えて、介護保険制度を持続可能とするための重要な要素である介護職員の確保に向けた処遇改善を関連職種も含めて範囲を広げ、着実に、かつ具体的に進めていただくことをお願いして意見いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、尾崎参考人、お願いします。

○尾崎参考人 ありがとうございます。

全国知事会を代表する委員として新たに長崎県大石賢吾知事が就任いたしました。知事が県議会対応で本部会に参加できないため、長崎県長寿社会課長の尾崎が参考人として出席させていただいております。

議題1「基本指針について」、4点御意見を申し上げます。

1点目は、総合事業でございます。本県においても重要な項目と考えており、今年度、県内市町の詳細な実施状況を調査いたしました。

調査の結果、事業を担う事業所の人材不足、専門職の関与がなく、自立支援につながるサービス提供不足、介護予防に効果的な短期集中予防サービスができていない、または実施してもほかのサービスにつながらない課題がございました。

また、一般介護予防事業で実施いたします住民主体の通いの場は、働く高齢者が増加している状況もあり、リーダー、ボランティアの担い手や後継者の不足といった課題もございました。

今後、国において検討会を設置し、充実に向けた議論を行うこととなりますが、事業の担い手となる地域住民や介護事業所の掘り起こし、あるいは高齢者の心身の状況に応じて介護予防に効果的なサービスが受けられるよう、地域の専門職が関与いたしまして、事業間で連携していく仕組みを構築することが大変重要と考えております。具体的な方策を検討し、お示しさせていただきたいと考えております。

続きまして、介護人材の確保です。必要な介護人材を確保するため、介護職員のさらなる処遇改善、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力の積極的な発信などを総合的に実施していくことが必要と考えております。

本県では、若い介護職員を「介護のしごと魅力伝道師」として任命いたしまして、地域の学校に出向いて介護職の魅力を語る事業を行っております。こうした教育機関と連携いたしました介護職の魅力発信が重要ではないかと考えております。

また、国内人材を補完する外国人材の確保も重要でございます。介護職員の賃金は都市部において高いため、離島・半島など過疎部を多く抱える本県におきましては、外国人材について賃金が高い都市部の事業所に途中で転職する事例が見受けられます。

今後、都市部の高齢者介護の需要が増大することが見込まれており、国内人材も含め、さらに都市部に人材流出となれば、過疎部の介護人材確保が大変厳しくなるため、こうした条件不利地域の処遇改善など、何らかの対策を検討いただく必要があるのではないかと考えております。

3点目は、介護現場の生産性向上でございます。都道府県主導の下、生産性向上に資する施策を取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置が追加記載となっております。現在、国が実施しております介護ロボットに関する相談窓口との役割分担など、都道府県の役割をぜひ明確にさせていただきたいと考えております。

最後に、給付と負担の在り方でございます。こちらにつきましては継続議題となっておりますが、第1号保険料負担の在り方などにつきましては、介護が必要な人に必要なサービスが提供できるよう、特に低所得者世帯に対する配慮を十分行っていたいただきたいと思いますと考えております。

また、制度改正に当たりましては、地方のさらなる財政負担を生じさせることのないよう、措置を講じていただきたいと思いますと考えております。

議題2「介護保険被保険者証について」でございます。マイナンバーカードを活用した介護保険被保険者証の電子化につきましては、利用者や介護事業者の利便性向上のほか、要介護認定情報確認の簡素化など、自治体の介護保険関係業務の効率化に寄与すると考えられ、早期に実現できるよう、その考え方で構築していただきたいと思いますと考えております。

一方で、運用開始に当たりましては、基盤となる自治体の情報システム整備のほか、マイナンバーカードを持たない利用者やICT機器が導入されていない介護事業所の対応など、様々な課題を解決する必要があるとございます。地域差により運用に混乱が生じないように、情報システムは全国一律に活用できるとともに、他サービスにも活用できる汎用性のある共通のプラットフォームを構築し、計画的に導入を進めていただきたいと思いますと考えております。

また、介護事業所職員がデジタル機器を利活用できていないという声も散見されることから、事業所へのICT導入や職員のデジタル対応に向けた研修を積極的に行っていく必要があると考えております。

また、自治体におきまして、運用開始に向け、利用者や介護事業所に対する制度の説明



などの取組が必要であり、マンパワーの確保やシステム運用費用などの負担が生じるため、システム導入が早期に実現できるよう、国と自治体で密に連携して推進していくことが必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。

先ほど橋本委員がお手を挙げになっておられたので、よろしければ次に橋本委員、お願いいたします。

○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。

私のほうからは、基本指針について1点意見を申し上げたいと思います。

私たち医療者の目指すところは、重介護が必要となる寝たきり高齢者を少しでも減らすということであり、これが今後の人材不足とか介護費の縮小の対策の一つになるのではないかと考えております。そのためには、リハビリテーション、特に生活における自立度を上げる、寝たきりにならないようリハビリテーションが今後大変重要な項目になるのではないかと考えております。

しかしながら、基本指針の構成の中に、そのようなリハビリテーションにおける項目がはっきりと示されていないのではないかと、見当たらないということ。また、基本指針の中の7ページの2の2つ目の○のところに「地域リハビリテーション支援体制の構築の推進」ということで書かれておりますし、16ページにおいて地域リハビリテーション体制のイメージ図を出していただいております。しかし、これだけでは不十分ではないかなと考えております。

このリハビリテーション支援センターとか、そういったことも必要だと思うのですが、今、現実にあるそれぞれの介護施設、福祉施設、もっと言えば在宅ケアにおいても、リハビリテーションの視点をもっと重要視して、介護度を下げていくという努力を医療・介護者、さらには行政なども含めて進めていくことが必要ではないかと考えております。

ぜひこの基本指針の中に、現在ある介護施設、福祉施設でのリハビリテーションの推進ということも盛り込んでいただきたいと思いますと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。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。

本日は、見直しの内容について議論する場ではないように思いますが、喫緊の状況を踏まえて御意見をさせていただきます。

介護サービスの基盤整備及び地域包括ケアシステムの深化・推進におきまして、在宅福祉を支える上で通所介護・訪問介護の整備・充実が必要と考えますし、新たな複合型サービスなども考慮されているところであります。

そのような中で、去年は通所介護・訪問介護の小規模事業所の倒産が相次ぎ、過去最高

という状況でございました。コロナ禍、人材不足、物価高騰と、様々な要因があったと思いますが、介護報酬で運営できる報酬体系、また食費の基準費用額等の検討を考慮いただきたいと思います。

このようなことを鑑み、生産性向上の観点からも、第9期計画の策定におきましては、介護サービス事業所の協働化・大規模化など、独自性のある経営力の強化に向けた方策が必要と考えております。

また、最近では、他の産業におきまして従業員の給与の増額を検討・実施されているようですが、そのようなニーズがメディアで流れますと、介護人材確保は今まで以上に困難を極めるものとなります。

私たち事業者も、介護のイメージアップややりがいなど、日々思案し、広報等を行っているところでありますけれども、賃金水準、労働環境を問われると非常に厳しいものがあります。処遇改善加算等による対応や、人材不足の解決に係る検討が必要と考えます。従来の人材確保策の延長では非常に効果が低いのではないかと考えますので、どうかその辺りも御検討いただければありがたく思っております。

それから、介護保険被保険者証についてであります。介護保険被保険者証の電子化については、付加価値もあり、情報の共有や利便性の向上のメリットもあり、推進する方向で問題はないと考えます。医療・介護のDX化にも大きな進展となることを評価いたします。

ただ、現段階でも健康保険証とマイナンバーカードの一体化において様々な意見もあり、マイナンバーカードの発行自体も若干の問題を抱えております。また、情報の入力スムーズに進むのか、情報共有の方法に問題はないのか、施設入所者等のマイナンバーカードの管理、パスワードの管理などの問題について、慎重な判断を要する事案であると考えます。

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 よろしく願いいたします。

私のほうからは、資料1-1の基本指針のほうから、ここにありますように、特に団塊の世代が85歳以上になる、そこを想定して今どのように計画を立てていくかということがポイントだと思います。こういった方々が80、85となっていくに従って要介護認定の申請数が急増するということは当然あるわけで、そういうときにどう対応するか。また、そういった方々が医療と介護の双方のニーズを抱えてケアを必要としているという状況もあります。

先ほど出ましたけれども、当然多くの方々が在宅でそういったサービスを受けるようになるわけです。既に染川委員や小泉委員からもお話がありましたように、訪問型や巡回型のサービスというのは絶対に必要なのに、現在、それがサービスを閉じてしまうという事業所もあるという実態をどうしていくかということ。

それから、小規模多機能や看多機等につきましても、質的にも量的にも必要とされているのに、これが思うとおりに増えていかないという状況についてどうやって対応していくか、克服すべき課題が山積であると思います。今後の計画については、これについて重点的に考えていく必要があると思っております。

2番目の地域包括ケアシステムの深化・推進というところで、地域住民を主体とした地域づくりや日常生活支援の仕組みとここには書かれているのですけれども、現在、各市町村等で重層的支援体制整備事業とか、あるいは総合事業もそうなのですけれども、そういったいろいろな事業が考えられている中で、地域住民という言葉が普通に使われております。しかし、地域の様子も地域住民の生活の在り方も非常に大きく変容していますので、そこを考えていくときに、様々な主体を想定して地域の仕組みをつくっていくというテーマでは、これまでの発想を超えた新しいシステムを考えていかないと対応が難しいのではないかと考えています。新しい視点というか、従来にはなかった考え方といったものをどうやって作り出していくかというのが大事ではないかと考えています。

地域包括ケアシステムというところに関して、7ページのところで、その事項の中に「ヤングケアラー」という言葉が出てきました。これもやはり家族の介護力ということの問題の中で、今までなかなか着目されていなかったヤングケアラーも問題に上がるようになってきている。これは重要なことでもありますし、これまでの家族の在り方、地域の在り方という発想をさらに広げた形で考えていく必要があるかなと考えています。

最後に、地域包括ケアシステムを支える介護人材確保、介護現場の生産性向上のところですが、これについては同じく7ページの項目の中で一番下に、介護認定審査会の簡素化とか認定事務の効率化とあります。先ほど最初に申し上げたように、要介護認定の申請は急増するわけですから、今のような状況では絶対にもう立ち行かないということがあると思いますので、この辺については改めて斬新な発想で考え方、対応を構築していく必要があるのではないかと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の石田委員の御発言を伺いながら、新しい考え方、地域づくりみたいな、そういうのも含めて、そういうのを介護保険の中でどうつくっていくのかという発想が必要だというお話もあるかなと思って承っております。その意味でも、地域支援事業の在り方というのがまた問われてくるのだらうと思います。ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私からは、基本指針につきまして意見をさせていただきたいと思います。

今回の第9期の基本指針についてでございますけれども、中長期的な地域人口の動態、あるいは様々なニーズ、そういった状況等を踏まえた中で整備・計画をしていくことになろうかと思っております。

ちょうど第9期の期間中である2025年には団塊の世代が75歳以上となるという状況であり、一方で、日本の社会を支えていく生産年齢人口の減少が続いていくというような状況になってございます。そういった状況になる中で、今後さらに介護サービスあるいは給付費が増大していくことが見込まれております。

やはり今回におきましては、制度の持続可能性の確保という観点が極めて重要になってくるのではないかと考えており、また、高齢者がピークを迎える2040年も見据えた中で、考え方や方向性をしっかりと指針の中に書き込んでいただきたいと考えてございます。

このほか、幾つか各項目について意見を申し上げたいと思います。まず、介護サービスの計画的な基盤整備についてです。今回、資料の11ページにサービス需要の傾向についてグラフを例示していただきました。この中で、特に傾向3にあるようなサービス需要が現状も、そして今後も減少し続けていくことが見込まれるような、過疎地域になろうかと思えますけれども、こういった場所での介護サービス基盤の整備が難しくなっていくのではないかと考えられると思います。

そういったことを踏まえて、既存施設の部分や事業所の在り方、あるいはそういったものの有効活用など、既存の枠組みにとらわれずに、新しい観点も含めてしっかりと検討・計画できるようにする必要があるのではないかとと思われるということでございます。

総合事業の充実化につきましては、介護保険制度における限りある資源で増大していく介護ニーズに対応していくために、総合事業のさらなる推進が必要だと考えております。

昨年取りまとめていただきました意見の中でも、第9期の期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくとされておりますけれども、こういった喫緊の課題であるということを加味いたしますと、今から進められることもあろうかと考えてございますので、ぜひとも効果的・効率的なサービス提供の推進のためにも、第9期の期間を待たずして、取り組めるものにつきましては早急に取り組んでいただくべきと考えているところでございます。

また、後ほど出てきます議題4にあります総合事業の充実に向けた検討会の設置については、課題の整理、あるいは具体的な方策の検討、中間整理についても、可能な限り早急に進めていただきたいと考えてございます。

もう一つ、給付の適正化事業の推進についてでございます。効果的・効率的な事業となるように、費用対効果の検証などを行って、事業項目、内容の見直しや効果的な事業への重点化など、さらなる事業の改善、新たな事業の取組の検討などが図られるように、しっかりと考え方を指針に記載していただきたいと考えてございます。

私からは以上であります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

清家参考人、お願いします。

○清家参考人 ありがとうございます。

私からは、基本指針並びに介護保険被保険者証について、意見を申し上げたいと思いま

す。

まず、基本指針について、1点目は、見直しのポイント案にもございますように、介護サービス基盤の計画的な整備を地域の実情に応じて進めていく方向性はよろしいかと思えます。とりわけ、今回、新たに御説明のありました資料1-1の11ページにイメージ図を示していただいておりますが、これまでにない傾向2や傾向3について、対応方針の例示もいただいておりますので、ぜひ進めていただきたいと思います。

2点目、生産性の向上について、参考資料1-4の法律案の概要にも、都道府県を中心に一層取組を進めていくということになっておりますので、この辺りも指針上にしっかり書いていただきたいと思います。とりわけ、様々な地域で好事例が恐らくあるかと思えます。こうした好事例の横展開が全体の底上げにも有効ではないかと認識しております。

以上が議題1でございます。

次に、議題2については、資料2の1ページの方向性に賛同する方向で意見を申し上げたいと思えます。既に委員からも御指摘がありますとおり、医療分野で健康保険証のマイナンバーカード一体化の取り組みが進んでおりますが、システム導入に当たって課題が様々出ているところでございます。

介護分野でも同じように課題等が恐らく出てくるかと思えますので、調査研究も進めていただく中で、実際にサービス利用者、事業者、市町村、それぞれの関係者の方々にとって、利便性が高まり、より質の高い介護事業、サービスが展開できるような方向を目指していただきたいと思います。これがまさに介護分野のDXではないかと認識しております。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

高尾参考人、お願いします。

○高尾参考人 ありがとうございます。

全国市長会からは、3点意見を申し上げます。

まず1点目は、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組のうち、情報基盤の整備について申し上げます。

介護情報基盤の整備につきましては地域支援事業に位置づけるとして、今国会提出の改正法案に盛り込まれているところでございます。

今後におきましては、既に発足している介護情報利活用ワーキンググループでの議論をはじめ、資料2の4ページでも触れられております調査研究事業でも扱われるとのことですが、全ての主体にとって有益で実効性のあるシステムを構築するためにも、引き続き自治体を含む関係者との間で丁寧な議論をお願いいたします。

2点目は、介護認定審査会の簡素化について申し上げます。認定審査の簡素化につきましては、保険者によって実施の有無、程度や、簡素化に対する考え方に差があるのが現状でございます。昨年末の本部会の意見では、具体的にどのように審査を簡素化しているの

かの事例を収集、周知することが適当とされていることを踏まえまして、検討に当たりましては実態の把握を詳細に行うことが重要であると考えております。

3点目は、総合事業について申し上げます。総合事業の充実につきましては、資料4の3ページ、〈中間整理に向けた主な検討事項〉の記載にありますとおり、住民主体のサービスの実施は特に課題点であると認識をしております。総合事業におきましては、それぞれの地域特性に応じて実施することが重要ではございますが、好事例の横展開、情報提供を求める声も多くの保険者から挙がっておりますことから、検討に当たりましてはこの点も留意した議論をお願い申し上げます。

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。

私のほうからは、議題1の基本指針について御意見を申し述べたいと思います。

まず、1-2の12ページに書いてございます「見直しの方針案」の○の3つ目、外国人材の定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備についてということで追記がございます。日本の在留する外国人介護人材に長く介護現場にとどまっていたくのであれば、在留資格の要件というものもありますが、質の高い介護を担っていただくためにも資格取得を目指していただきたいと考えております。極めて重要な項目だと考えております。

私ども日本介護福祉士会としましても、これまで厚生労働省の補助事業において、外国人介護人材の皆様やその指導者を対象とした学習コンテンツ等を開発し、無料で提供させていただいております。さらに、外国人介護人材の国家資格の取得支援の取組を推進する予定としておりますので、この取組を進める際にはぜひ協力をさせていただきたいと考えております。

ただ、ほかの委員の皆様からも御意見がありましたが、国内人材について、人材確保がなかなか難しい中で、ここについての言及がないのは違和感がございます。今後は介護助手をはじめとする多様な人材の確保とともに、介護職チームのリーダーの役割が求められている介護福祉士の育成・確保についての項目の追加を御検討いただきたいと考えます。

それから、資料1-1の23ページにあります「介護事故報告に対する市町村の対応」で、市区町村に報告された介護事故の集計や分析を行っていただいておりますが、行っていないというものが46.7%、情報を活用していないが30.7%とあります。本基本指針に反映するかどうかは別といたしましても、この状況の改善について何らかの対応を御検討いただきたいと思っております。

最後に、お願いとなりますが、資料1-1の14ページ、看護小規模多機能の普及の図に「介護士」という記載がございます。これまでも度々お伝えしておりますが、「介護士」の表現は改めていただきたいと思っております。有資格者は「介護福祉士」、それ以外の介護従

事者は「介護職員」、いずれかの名称で統一をいただくようお願いいたします。

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。

最後の点は検討していただきたいと思います。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。よろしくをお願いいたします。

私は、基本指針について、まず1-1の7ページ、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組を第9期において充実するという事に賛同するものでございますが、特に総合事業については今回の議論の中でも、まだ地域の受皿づくりができていない、地域格差が大きいなど、多くの課題が挙げられました。これについて充実が必要だと思うのです。その際に、地域包括ケアシステムの構築状況を点検する点検ツールが提供されるということで、私も令和4年3月版のこのツールを拝見させていただいております。その中で、総合事業についての記載や点検があまり含まれていないのかなというふうにも思いました。

質問としては、この点検ツールについては9期に向けて適宜更新されるのか、また、それについて市町村が使いたければ使ってくださいという感じなのか、ある程度使っていて、そのデータを収集・分析して、課題とか全国的にはこういうような状況なのだとことを示されるのでしょうか。そうすることで、より自己点検の質も上がってくるのではないかと思いますので、この点検ツールの位置づけ、活用、更新についても、どのような方向性かということをお伺いしたいと思いました。

2点目です。地域リハビリテーションの支援体制は非常に重要なことだと思います。特に脳卒中とか骨折などの急性期の場合は、地域リハビリテーションは広く行われるようになりました。一方では、がんとかで入院・治療の後のフレイルの急速な進行に対するリハビリテーションも重要だと思うのですけれども、施設または入院中のリハビリはしっかり行われるのですけれども、在宅になるとなかなか継続が難しいという課題があります。

また、その問題の中に、本人のモチベーションというのが非常に大きいのではないかと考えております。何のためにリハビリをするのか、高齢者自身がややもすると鬱状態になったりするので、前向きな気持ちでリハビリが継続できるよう、周りが支え、応援していくことが重要ではないかと思います。こういう体制とともに高齢者のメンタルを支えるような家族、地域のつながり、かかりつけ医の声かけ、こういうサポートがあるなかで、本人が自分のしたいことを思い出していただいて、リハビリの効果的な実施につながっていくといいのかなと思います。

また、このような地域、家族、かかりつけ医の目、様々な方が高齢者を取り巻いていることが高齢者の虐待の防止にもつながっていくのではないかなと思います。施設だけに負担をかけるということではなく、地域全体で高齢者を支える中で、虐待防止についても早期発見、また早期の支えができるような仕組みづくりをお願いしたいと考えております。

それから、保険証についてマイナンバーカードで行われるということで、介護保険証を

いただいでしばらく使わないために分からなくなってしまうということもありますので、非常に有効だと思います。ただ、通知で来る、郵送で送られてくると介護保険に対して情報を得ることができますが、マイナンバーカードですと、自ら情報を見に行く必要があるのではと思います。何かしないと情報が見られないということになってきます。

プッシュ通信など、本人に何か届くような仕組みを合わせないと、介護保険に対する住民の認知が下がってしまうのではないかなと思います。マイナンバーカードで合理化する部分と、そういう機会に高齢者や住民に対して知らせてきた情報について、それが低下しないように御配慮をお願いしたいと考えております。

以上、4点をよろしくお願ひいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問があったと思いますので、お願ひします。

○和田認知症総合戦略企画官 まず、1点目の点検ツールについて、認知症企画官でございますが、地域づくり室長としてお答えさせていただきます。

昨年度来、モデル事業を自治体を通じましてつくってまいりました自治体点検ツールにつきまして、各種御指摘をいただきましてありがとうございます。

これまでの委員からも御指摘がありましたように、総合事業の評価をするだけでなく、各種事業をそろえまして、介護保険計画の策定に向かって位置づけられるように各種の様式をつくり、それをまず第一の活用場面としては介護保険計画の策定に向かって一度点検をしていただくという形で活用していただくことを考えてございますが、このツール自体は、介護保険計画のみならず、まさに御指摘いただいたとおり総合事業の達成状況とか、その他地域づくりの状況について点検できるようなものとしてつくっておりますので、介護保険計画の策定に当たって活用していただいた後、このツールをどのように活用していただくか、引き続きこの研究を進めまして、点検状況等を収集したり、点検させていただくという形で、我々のほうとしてもこのツールを引き続き活用していきたいと考え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 津下委員、よろしいでしょうか。

○津下委員 はい。その方向でお願いしたいのですけれども、現行のものを見ると、総合事業という文言自体が非常に少なく、介護保険計画をつくる上でも、そこに目が向くようにもう少し記載が増えてくるといいのかなと感じました。今後改定の機会等がございましたら、よろしくお願ひしたいと思います。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、お願ひします。

○濱田委員 どうぞよろしくお願ひします。

私は、資料1-1の基本指針並びに資料1-2の構成について、関連して御意見を申し上げます。



資料1-1の17ページにあります地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備に関連しまして、業務負担の軽減の制度改正関連で、介護予防支援事業所の指定を居宅介護支援事業所が受ける場合、現在の介護予防支援の委託を受ける場合と同じく、介護支援専門員が両方の事業を兼務して実施することも想定されておりますので、こうした想定の下に対応をお願いできればということでございます。

また、この際に、継続性の観点から、安定的な体制を有する居宅介護支援事業所において指定が進められることで、日常生活圏域における量的な考慮も含め、地域包括支援センターの業務負担軽減や適切な関与が図られることにつながると考えられます。これらも想定した計画となるように御配慮いただければと存じます。

また、主任介護支援専門員の人材確保の観点からも、介護支援専門員が必置とされている事業所や施設の実務経験を有する人についても、主任介護支援専門員研修を受講できるようにするなど、都道府県による受講要件の整合性を図っていただいて、要件のある対象者が受講できるように御配慮いただければ幸いです。

地域包括支援センターの主任介護支援専門員は、居宅介護支援事業所を支援、指導する立場でありますけれども、主任介護支援専門員に準ずる者については、少なくとも介護支援専門員、あるいは法定研修受講済みでなければ、現在の要項はこれらの状況を勘案した内容であると考えられますので、その範囲内で、できれば現在のまま検討いただくことが望ましいのではないかと考えております。

また、現状の主任介護支援専門員の雇用環境を一部伺いますと、委託契約等の関係もあるのだとは思いますが、1年契約等の会計年度任用職員など有期契約がある場合、またそれに従いまして給与条件等が他の職種と異なる場合もございますので、安定した採用条件を図っていただくなど、これは介護支援専門員も含めてでございますが、処遇の改善を図り、採用及び定着を図っていく必要があると考えております。

32ページにありますケアマネジメントに求められる役割、ICTやデータの利活用に係る環境変化についてですが、データ連携について、要介護認定情報がケアマネジメントに活用できるようにすることを進めていただければと存じます。

また、入退院時をはじめ、各種の情報連携を行うに当たって、加算要件や各種会議関係などに関しても、ICTやデータ利活用ができる環境を踏まえたものにしていく必要があると考えております。

33ページから34ページのハラスメント対策についてでございますが、いわゆるカスタマーハラスメントの場合、職種や事業所の類型によって複数の職員が複数の利用者や御家族に対応する場合と比べまして、1人の職種が1人の利用者、御家族に対応を求められる場合では、負担度がより大きくなる場合がございます。居宅介護支援など相談援助職や訪問系サービスで特に個別に担当者が決められる場合で、事業所や施設において解決が困難な場合、地域包括支援センターや保険者など、外部の相談できる窓口があると大変ありがたいと感じております。

と申しますのは、指定基準で、正当な理由なくサービス提供を拒否することが禁じられておりますので、苦情とハラスメントの境界が難しいような場合では逃げ場がなくなる環境に迫いやられることもございます。そうなる前に、経過が相談でき、いよいよやむを得ない場合は正当な理由に該当することもあるということを知っていただけるようにするためにも、そういう支援窓口の整備か、あるいはこういった相談も対象に含めていただければ幸いです。

以上でございます。

○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 御丁寧な御説明をありがとうございます。

私からは2点ほど、資料1-2についてです。12ページのところで、事業者の文書負担の軽減に向けて標準様式の普及というところが言及されていると思いますけれども、各種届出、報告書の標準化に向けた、例えば具体的工程表、いつまでやるのかということも提示していく必要があるのかなと思います。もしまだなければです。

あと、デジタル化の基本はワンスオンリーでありますので、内容が同じような届出や報告書が複数求められていないか、例えば届出・報告の具体的な業務フローを見える化させて問題点を洗い出していく作業も必要かなと思います。

あと、複数自治体で事業を行っている方々もいらっしゃいますので、その場合、どこか一括して出せば、その届出・報告がほかのいろいろな自治体にできるという、自治体間をまたがったワンストップ的な取組もあっていいのかなと思いました。

それから、もう一つ同じ資料の1ページで、これは質問なのですが、高齢者の住まいの安定的確保に向けて住まいと生活の一体的な支援という記載があるのですが、住まいは公営住宅の利活用を含めて自治体の住宅政策に関わると思うので、介護の分野と住宅政策と具体的にどんな連携があり得るのかということについて、もし何か知見があれば、既に何か取組があれば教えていただければと思います。

最後にもう一点だけですが、先ほどからもありましたように、最近、介護事業所は人材不足というのが大きな問題で、人材紹介事業者なんかを介して人を集めるということがあるみたいなのですが、人材紹介料がすごく高いという問題があるらしくて、この辺りの実態はどうなっているのかということ把握しておく必要があるのかなと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お尋ねは住まいの問題と、それから工程表はあるのか、そこも確認があったかと思うので、お願いします。

○須藤高齢者支援課長 支援課長のほうからお答えさせていただきます。

まず、標準様式の活用とか、先ほどお話のありました複数の都道府県にわたって申請等

を行う場合に電子申請・届出システムの活用で行っていくということは、この前までの規制改革推進会議等での御議論も踏まえて進めているところでございますが、こちらを含めまして、令和7年度のところで、各自治体さんにもしっかりと電子申請・届出システム等を活用していただけるように進めてまいりたいと考えてございます。

もう一点、住まいの関係で、住宅政策との連携でどういうことがあるのかということでございます。こちらは、全世代型社会保障構築会議等でも御議論いただいておりますし、前回の介護保険部会での意見の取りまとめのほうでも御紹介させていただいておりますが、住まい、特に高齢者単身の方や夫婦のみの世帯の方にとって、特に住まいの確保が重要でありますし、また住まいの確保の中で生活支援的な、家を借りるだけではなくて、住まいを確保した上でその地域でどう生活していくか、そういった観点で福祉的な、介護的な視点での連携がこれからますます重要になってくると考えてございます。

今、具体的に老健事業におきまして、そうした地域における高齢者の住まいの確保と生活支援をミックスさせてしっかりと連携して取り組んでいくモデル事業なども進めてございますので、そうした取組をまとめながら課題のあぶり出し、またその課題の方向性への対処、こうしたものをしっかりと議論していきたい、また検討していきたいと考えているという現状でございます。

回答は以上でございます。

○菊池部会長 いかがでしょうか。佐藤委員、よろしいでしょうか。

○佐藤委員 ありがとうございます。引き続きよろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

佐藤委員のお尋ねとの関係で言えば、住まい支援となると厚生労働省の管轄だけでは済まないで、セーフティーネットの施策とも当然関わってくる。それに対してどうしていくのかという視点が必要になってくるのではないかと思います。そういう議論を全世代型社会保障構築会議のほうでもやっているかと認識しています。ありがとうございます。

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2点でございます。

まず1点目ですけれども、資料1-1の35、36ページの外国人介護人材受入れ施設等環境整備事業でございます。先ほど岡委員や及川委員からも外国人の就労や定着に関する御意見がございましたが、外国人介護人材の受入れに当たっては介護・医療を含めた日本語教育の学習支援、生活支援などに当たって、事業所職員の努力のみならず、経費的にも負担が大きいことも実情ですので、資料にもオンライン研修等とありますが、ウェブやeラーニング等の教育なども含めて、環境整備や養成の機会を増やしていく事業など、早急に準備いただければと思います。

もう一点は、今のもお願いで、次もお願いですけれども、後で資料4の説明があると思いますが、総合事業についてでございます。検討会の設置を資料4で説明されると思いま

すが、一点お願い申し上げたいと思っております。

地域の実情としては、定年の延長や専業主婦の減少などによって60歳代の方の就労率が上がっておりまして、総務省の4年前の資料ですけれども、60～64歳では7割以上、65～69歳では48.4%と5割の就労率がある。加えて、高年齢者雇用安定法が令和3年に改定されておりまして、さらに就労率が上がると考えられます。それに伴いまして、地域のボランティア等の担い手の確保が厳しい状況が続いているのが実情ではないかと思えます。ただ、70代、80代、90代の方が担い手ができないかという、そうではないとは思いますが。

総合事業の創設の理念に立ち戻ったときに、地域の支え合いの担い手としては、従前の行政や社協等に加えまして、NPO、JA、生協さん、民間企業など、幅広く多様な主体の参画を確保していかなければなりませんし、介護予防やフレイル予防、生活支援の取組をより一層推進していく必要があると考えておりますので、今後の検討に当たって幅広の議論、運営をお願い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。

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。

資料1-1の6ページ「第9期介護保険事業（支援）計画の基本方針（大臣告示）のポイント（案）」をご覧ください。そこに「見直しのポイント（案）」の「1. 介護サービス基盤の計画的な整備」のマル2「在宅サービスの充実」とございます。その中に、定期巡回・随時対応等の地域密着型サービスの更なる普及とあり、これについては私も賛成ではございます。しかしながら、先ほど橋本委員や津下委員からもリハビリの重要性の御指摘がございました。私も、在宅サービス、居宅の要介護者の在宅生活を支える上で、やはりリハビリは非常に重要な要素ではないかと考えております。

私ども老健施設は、介護保険法におきまして、施設サービスのなかで唯一、在宅支援という役割が明記をされているわけでございます。そういう意味からも、在宅サービスの充実のところは、ポツが2つございますが、ぜひもう一つポツを加えていただいて、老健施設の在宅支援機能の強化とともに訪問リハビリ事業所の更なる普及というような、リハビリ機能の重要性もここで触れていただけないかとお願いを申し上げます。

それと共通するのですが、同じく12ページに「在宅医療・介護連携の推進」というスライドがございます。その最初のところに「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が」云々と書いてあり、その下に在宅療養を支える関係機関の例が示されています。それを見ますと、診療所、歯科医院、病院、在宅支援診療所、訪問看護事業所の下に介護サービス事業所とありまして、（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）で終わっているわけでございます。医療と介護の連携というときに、ここは医療の比重が大き過ぎて、介護サービスの事業所を（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）というひとくくりで示されているのは少し釈然としません。介護サービス事業所の中にも、老健施設のような、介護サービスで

あっても医療を提供し、リハビリを提供し、入浴、排泄、食事以外のサービスを提供している事業所もあるわけですから、ここは介護サービス事業所をもう少し詳しく書いていただきたいと思います。

その下のポンチ絵のところも、「介護サービス事業所」と右上に一文書いてあるだけでございます。このポンチ絵もだいぶ古いものをそのまま使っていると思われませんが、介護サービス事業所の中に、もちろんここには老健施設だけではなく特養やグループホームも入ってくるかもしれませんが、やはり医療・介護連携といったときに、介護サービス事業所はいろいろな機能を持ったサービスがございますので、ぜひ介護サービス事業所の中身ももう少し分かりやすいポンチ絵に直していただきたいとお願いを申し上げます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず最初に、介護サービスの基盤整備について申し上げたいと思います。

近未来の人口推計はほぼ確実に起こるファクトでございますので、今後の医療・介護需要はかなり明確に推計されています。したがって、地域の既存の社会資源の把握であったり、それらの稼働状況を踏まえて、介護サービス基盤の整備を精緻に計画して、過不足のない最適化を図っていただきたいと思います。

最近では、介護施設の稼働率が低下傾向にあります。すなわち空床があるということです。一方で、高齢者住宅の入居者につきまして、介護付きの4割、住宅型の5割、サ高住の3割が要介護の3～5であります。したがって、かなり介護施設の代替機能を果たしているというのが実態であります。

また、居宅サービスにおきましても、例えば通所リハビリテーションは、定員と稼働状況の乖離が大きい、すなわち定員に対して利用者数の数が少ないというのが実態でありますので、潜在的にまだまだ受皿としてはキャパシティーがあり、そういった詳細な地域の実情に基づいた介護サービス基盤の整備が必要だと思えます。

また、在宅医療におきましては、介護施設や居住系施設以外の自宅とか高齢者住宅では、訪問介護あるいは定期巡回・随時対応型訪問介護看護、いわゆる定巡のサービスで日常生活を支援していかない限り在宅医療は継続できません。したがって、介護人材不足の中で最も深刻であるホームヘルパーの確保が喫緊の課題であって、そこは在宅医療の継続性と密接にリンクしているということは十分踏まえておく必要があると思えます。

したがって、今後、各地域において外来や在宅医療の議論が深まる地域医療構想調整会議の協議の内容の共有を踏まえて、医療計画との整合性も図っていく必要があると思えます。

また、実態といたしまして、在宅や介護施設の虚弱な高齢者とか、要支援・要介護者においては、相当な高い割合で低栄養、貧血、糖尿病に関連する耐糖能異常、あるいは慢性

心不全、不整脈、これらを潜在的に有している方が多いのが実態であります。

これらの方々には、感染症とか脱水等のイベントで容易に急激に悪化する率が高い方々でありますので、医療との連携によって、必要とされる医学的管理を充実することによって防げる合併症、防げる重症化、急変というものもまだまだあるのだらうなと思いますので、今後そういった辺りも課題だと思います。

次に、地域リハビリテーションを介護保険事業計画にしっかりと位置づけて、資料1-1の16ページにありますように、医師会等の関係団体がバックアップする連携体制の下、地域支援事業の総合事業や一般介護予防事業を支える仕組みにつなげていくことが重要だと考えます。

次は、介護人材確保につきまして、これまでいろいろな取組がなされておりますけれども、本丸と考えますのは、当たり前のことですが、人間関係のよい働きやすい職場、次に働きやすさに配慮された労務管理体制、そして、何よりも職員のやりがいを実現する職場、こういったことが重要でありますので、こういったことへの取組は欠かせないと思っております。

生産性向上につきましても、例えば人を物扱いするような仕組みであったり、あるいは個別ケアでなくて集団ケア的なものであれば、人材確保においては逆効果になると考えます。

最後に、資料2の介護保険被保険者証の電子化につきまして、これは当然進めるべきだと考えておりますが、まずは要介護高齢者の御本人や御家族をはじめとする地域住民への理解を深める支援も必要だと考えます。

医療分野のオンライン資格確認でも、様々な課題が噴出したところでございます。介護分野は小規模事業所が多く、高齢の職員もたくさんいらっしゃいますので、少し丁寧に進める必要があります。

また、電子システム導入に当たりましては、医療分野と同様に助成金の支援等は必須だと考えております。

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。

これで一わたり御発言いただけただかと思えます。追加で何かおありの方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいですか。オンラインの方もよろしいですか。

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。いただいた御意見については、基本指針への反映も含めて御検討いただきたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、議題3と4は報告事項になってございます。まず、議題3「令和5年度 介護納付金の算定について」、御報告をお願いいたします。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

資料3を御覧いただければと思います。「令和5年度 介護納付金の算定について」と

いう議題でございます。報告事項でございます。

1枚おめぐりいただきまして、昨年12月におまとめいただいた部会の意見書でございます。こちらに、「現役層が負担する2号保険料について」、「その透明性を確保する観点から、毎年、納付金額決定の後の介護保険部会等で厚生労働省から報告することが適当である」といった御指摘をいただいております、それに基づきまして御報告をさせていただきます。

2ページを御覧いただければと思います。介護納付金でございますけれども、介護保険制度は公費が50%、保険料が50%で成り立っております。そのうちの保険料でございますが、65歳以上の1号被保険者と40～64歳の2号被保険者で人口割をして御負担をいただくといった仕組みになっております。その結果、令和5年度の予算ベースで申し上げますと、第2号の被保険者に御負担していただく介護納付金額は3兆5700億円余りになります。

こちらにつきまして、右側に行っていたしまして、第2号被保険者一人当たりの負担金額を計算して、そのうち被用者保険、協会けんぽ、健保組合、共済組合につきましては総報酬割で御負担をいただく。それを医療保険者が医療保険料と一体的に徴収していただいて、支払基金に納付し、支払基金から各市町村に給付費の27%分が支払われる、こういった構造になっております。

3ページに行っていたいただきまして、今回定まりましたのが、3ページから4ページにかけて諸係数というものがございます。1から7まで7種類ございますけれども、こちらを令和5年の予算案が固まりましたので、それをベースにして、今年の1月、先月に告示をさせていただいたところでございます。

詳細については細かいので説明は割愛させていただきますが、3ページの上に納付金の算定式がございます。令和5年度の納付金額は、年間一人当たり7万4594円になっております。こちらの金額は、令和5年度の概算納付金額から、2年前の令和3年度の概算納付金額から確定納付金額を差し引いた精算額、それに調整金額、これは利子等になりますけれども、これを控除した額ということになってまいります。令和5年度は7万4594円ということで、一月当たり6,000円強になっております。

5ページを御覧いただければと思います。1号保険料と2号保険料の推移をお示しさせていただきます。ふだん1号保険料のほうが注目されますけれども、2号保険料のほうは3年1期ではなくて毎年毎年の金額ということで、このような感じになっております。直近でいいますと、先ほどの7万4594円を12か月で割った6,216円ぐらいが御負担いただく額になります。被用者保険につきましては、事業主と本人で折半しますので、負担としてはその半分ぐらいになるというのが実際の負担額となります。

以上、介護納付金の算定についての御報告でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今回から御報告いただくことになったということでございます。

何か御質問等がございましたらお願いいたします。会場はよろしいですか。

それでは、オンライン参加の伊藤委員からお願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

今回こういった形で部会のほうに御報告いただきまして、大変ありがとうございます。感謝を申し上げたいと思います。

以前から申し上げておりますけれども、2号保険料の負担の仕組みにつきましては、2号被保険者の保険料、それから各医療保険者が納付する介護納付金という形になっておりますけれども、給付と負担の関係性が、特に2号被保険者につきましては希薄ということでもございます。ある意味、税金的な見方に近い性格のものになっているのではないかと感じているところでございます。

今回、介護納付金につきましてこのように御報告をいただいたわけですが、最後の表にございますように、現役世代の負担が大きく増加しているという状況になってございますので、保険料を負担している第2号被保険者、あるいは各医療保険者と議会、こういったものの納得感を得ていくことが極めて大事なのだらうと思っております。

ぜひともそういったことを踏まえて、第2号被保険者の保険料につきまして、例えば国の審議会というような開かれた場で検討するとか、あるいは全国一律の保険料率を設定するといったことにつきまして、今後とも御検討いただけたらありがたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

橋本委員、どうぞ。

○橋本委員 ありがとうございます。

ちょっと違う話なのかもしれませんが、納付金というか、給付と負担という財政的などのお話だったのでちょっとお聞きしたいのですが、先ほど佐藤委員が御指摘になった人材派遣料のことについてお伺いしたいです。人材派遣料に対してのディスカッションというか、いろいろな協議は、介護保険部会だったり、こういう会議で、皆さんで議論している場なのかどうかということをお聞きしたいです。

私どもは病院と施設の両方を運営しておりますけれども、今、病院は人材派遣料がどんどん高額になってきまして、ただ、基準があったり、現実のところ、スタッフが少なくなってくるとどうしても入っていただかなければいけない。そうでなかったら、患者さんとか入居者の人に迷惑をかけてしまうということもありますので、どうしても急遽入ってもらうということになると、人材派遣に頼らざるを得なくなっているのが現状で、その率がどんどん高くなってきていると思います。

医療の現場ではそういったことがあるので、今後、人材不足の介護の分野でもどんどん人材派遣に頼ってしまうところが増えてくるのではないかと思います、そうすると施設の財務的などところを圧迫してくる。それで、本当に立ち行かなくなるのではないかとこの高額の額です。

先ほど佐藤委員がおっしゃっていましたが、そういったことを議論する場が、必



要ではないかということをお伺いしたいと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ただいまの点はいかがでしょう。

○日野介護保険計画課長 人材派遣の関係は老健局が主担当ということではないのですけれども、基本的には労働者の派遣の事業というのは基本原則として駄目なのだけれども、一部、労働者派遣事業だけはオーケーという仕組みになっていて、それは労働者派遣法というのがあって、そこで御議論していただいていた記憶がございます。それで、昔、紹介料につきまして上限を入れる、入れないという議論もたしかそこでやっていて、結局はそういう規制は入れないという結論が出ていた記憶がございますので、一義的にはまずそちらのほうで議論していただくというのが筋なのではないかと思っております。

○菊池部会長 今の答弁は多分正論なのだと思いますけれども、橋本委員をはじめ、現場で携わっておられる方の切実な状況というのは、それを労働部局と共有していただくというところから始める必要があるのではないかと。つまり、労働部局は派遣法制全体をどうするかという視点で見ているので、そうではなくて、医療・介護分野におけるこの逼迫した状況はどうにかしないといけない。その場合は、老健局、あるいは厚生関係部局とタッグを組んでやっていかないとけない。

そういう意味では、数年前から障害分野では雇用と福祉の連携ということで、検討会を立ち上げて、相乗りで相当成果が上がって、去年の法律改正につながっていますので、そういった道筋を描いていかないと、老健局として派遣法をいじるわけにはいかないの、その辺りはまず切実な問題としてこの部会から、橋本委員以外の皆様、現場の皆様も同様の感覚をお持ちだと当然思いますので、その辺りを事務局からやっていただくという、その辺りも含めていかがですか。

○林総務課長 総務課長でございます。

御指摘のとおり、問題意識を労働部局にも伝えていきたいと思っております。

福祉分野の人材派遣についてはいろいろ課題がございます、私が承知している限りでは、労働部局のほうもいわゆるマル適マークではないのですけれども、そういった取組なども進めているかと思いますが、今日御意見があったことも含めて、人材派遣の在り方については御意見があったことをお伝えしたいと思っております。

なお、人材派遣料は、広い意味では経営の話もございましたけれども、それをどのように評価していくのかということなどにつきましては、介護報酬の議論にも関わる問題でございます。これは介護給付費分科会でもちょうど先日同様な問題提起があったところでございます。どこまで我々のほうも把握できるかというところはございますけれども、広い意味ではその議論にも関わってくる問題だということで、どちらかという給付費分科会で、どこまでできるかは別ですけれども、議論になっていく事項の一つだと認識をしております。

以上です。

○菊池部会長 佐藤委員からも先ほど実態がどうなっているのかという辺り、データも含めてそういうところをお示しいただく、そういう作業から地道に積み上げていくことも必要だと思いますし、老健局としてできることもあると思いますし、労働部局との連携に努めていただくこともあると思うので、その辺りを真剣に御検討いただいて、特に労働部局の感触というか、どう考えておられるのか、介護保険部会なのか、給付費分科会なのかということはあると思いますけれども、場合によっては状況の御説明においでいただくとか、それも含めて御検討いただければと思います。

○林総務課長 分かりました。検討してみます。

○菊池部会長 委員から直接状況をこの場で聞いていただくというのもインパクトがあるというか、意味があることかもしれないなと思うので、そういったことも含めて御検討いただければということでもよろしいですか。橋本委員もよろしいですか。

○橋本委員 ありがとうございます。よろしくお願いします。

○菊池部会長 では、そういうことで、よろしく願いいたします。

小林委員、どうぞ。

○小林委員 ありがとうございます。

第2号保険料が年々上がっていく中で、介護給付費等適正化事業そのものは必須化して、地道な取組を進めるべきと考えております。

加えて、何よりこの先将来も、必要なときには介護サービスを利用できるという安心感と納得感を得られるようにしていくことが重要と思います。

その意味で、人材面での持続可能性の確保とか、給付範囲の普遍化といった課題への検討を続けていくことが必要と思っておりますことを申し添えておきます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

この件に関しましてはここまでとさせていただきます。ありがとうございます。

それでは、最後の議題4「総合事業の充実に向けた検討会（仮称）の設置について」、御報告をお願いいたします。

○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。

資料4に基づきまして御報告申し上げます。

1ページ目、2ページ目は、昨年12月20日に当部会においておまとめいただいた意見の抜粋でございます。

1ページ目でありますけれども、地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得ると。とりわけ総合事業の位置づけをしっかりとっていくというようなおまとめをいただいています。また、先ほど花俣委員からも御指摘があったところがありますが、支援の客体として介護保険の被保険者を位置づけるだけでなく、地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体としても観念することが重要であり、こういったことをより明確に法令上及び運用上、位置づけるよう検討することが適当であると、

最後におまとめをいただいているところでございます。

具体的には、2ページ目に様々書いてございますけれども、総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始する。先ほども御指摘がございましたけれども、できることからやるということかなと思っています。自治体とも当然連携しながら、第9期計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当であるとおまとめいただいたところでございます。

それを踏まえまして3ページ目でございます。検討会を設置したいと考えてございます。左の上からございますように、充実していくための制度的・実務的な論点を包括的に整理した上で、工程表に沿って、具体的な方策を講じるため検討していくということでありませう。

自治体・総合事業の実施主体の実務者などを中心に構成いたしまして、先ほど御指摘もございましたけれども、NPO等々、多様な主体がいらっしゃいますので、テーマに応じて多様な実務者あるいは主体のヒアリングも併せて実施したいと考えてございます。

2つ目のポツにございますように、第9期計画期間を通じた集中的な取組を促すために令和5年度、早期に中間整理を行う予定ということでございます。下のほうにく当面のスケジュールとございますけれども、3月中に第1回検討会を開催いたしまして、夏頃には検討会の中間整理につきまして部会に御報告、議論をいただきまして、以降、検討をさらに加速化、必要な対応を実施してまいりたいということでございます。

真ん中に、<中間整理に向けた主な検討事項>がございます。工程表に盛り込むべき内容、多様な主体の参入促進のための具体的な方策、さらに中長期的な視点に立った取組の方向性ということでございます。

先ほど、地域包括ケアシステムの構築状況の振り返りの視点で、自治体の点検ツールのお話もございました。点検ツールは、地域包括ケアシステムの様々なコンテンツについて、有機的にチェックするためというものでございます。

総合事業につきましては、この検討会などにおいても、より詳細な評価軸というものも検討していただく必要があろうかと思っておりますので、そういった関係性も含めて検討を進めてまいりたいと思っております。

右側に構成員がでございます。栗田先生、石田先生、江澤先生に本部会からも御参画いただくということで調整しているところでございます。

私の報告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、この議題につきまして、皆様から何かございましたら御発言をお願いいたします。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員

私からは、今の笹子課長からの話の追加でございますけれども、資料4の冒頭にありま

すこの言葉は、この部会の議論を踏まえた抜粋でございますが、ここには地域包括ケアシステムは包摂的な社会を目指す地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤であるということが書かれていて、その推進の中核にあるものが地域支援事業であると。そして、総合事業は、その理念を体現する事業であるという趣旨のことを書いておりますので、これはとても重要なことでございますので、この視点を踏まえて検討会を進める必要があると考えております。

その際、改めて持続可能な地域共生社会とは一体何かというところからひもとく必要があるのではなかろうか。先ほど、石田委員、座小田委員からも指摘がありましたように、これまで住民主体ということが強調されてきましたが、住民の状況も大きく変化しているということもありまして、多様なステークホルダーの関与とか、あるいは当事者参画の原則といったことを踏まえた上で、今日の総合事業の実態はどうなっているのか、あるいはどのような効果をもたらしているのか、あるいは他の地域支援事業、例えば生活支援体制整備事業、在宅医療・介護の連携事業、認知症総合支援事業、そういったことと連動しながら地域共生社会の実現に向けて稼働できているかどうかという観点で検討しなくてはならないかなと思っています。

それに当たって、介護予防という観点は非常に重要なのですけれども、それだけでなく、日常生活支援という観点をこれまで以上に注目していかななくてはいけないだろう。特に今後は、独り暮らしの方、夫婦のみの方、そして認知機能が低下している高齢者が急速に増加していくということがございますので、こういった方の日常生活支援ニーズとは何かということを考えて、そのニーズが総合事業の中でどの程度充足しているのか、それによって尊厳ある自立生活が維持できているのかどうか、そういう観点がこれから非常に重要であろうと考えております。

それから、今更ながらですけれども、総合事業は非常に複雑で、実地要項をよくよく読めば理解はできますけれども、複雑さゆえに実態が見えにくくなっていることもあるのではないかと思いますので、多様性があるというのは悪いことではないのですけれども、果たしてこれだけ多様な活動が地域共生社会の実現という大目標に向かって稼働できているのかどうかということが大変大きな問題になりますので、いずれにいたしましても、先ほど私も意見を述べさせていただきましたが、これは地域支援事業全体のシステムインテグレーションとも関係してくるテーマでございますので、丁寧な検討を進めていければと考え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 ぜひよろしく願いいたします。

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。

総合事業充実に向けた検討会の委員のメンバーでいらっしゃる栗田先生のほうから、気になることを全て御指摘いただいて、私のほうからつけ加えることはもうないぐらいなの

ですけれども、もう一点、私、当事者といたしまして、要支援認定者が利用している生活支援・介護予防サービス事業を充実させるための検討会ということになるかと思うのですけれども、参考資料1-6の「介護保険制度の見直しに関する参考資料」では、45ページに「旧予防給付と地域支援事業（総合事業）の合計額の推移」とあります。介護予防・日常生活支援総合事業の事業費は75歳以上の高齢者の伸びを下回っていると報告されています。もちろん新型コロナウイルス感染症の流行により利用控えなどもあると思いますが、要支援認定者の皆さんに必要なサービス事業が十分に届いていないのではないかということもちょっと気になっております。

検討会では、ぜひ要支援認定者の在宅介護の実態についても検討していただけるように要望しますとともに、今、国では、チームオレンジの構成員として、あるいは介護助手、そういった担い手が前期高齢者をイメージされているかと思うのですけれども、いずれも重複しておりますので、この辺の人材というか、担い手の確保ということについても併せて御配慮いただければと考えております。

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、オンライン参加の染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組ということで、目的を総合事業の推進に絞って検討会を設置するとのことですが、地域支援事業の中の地域の実情に応じて任意で取り組むとされている事業についても実施率が低いのが現状です。中には、家族介護支援事業など、要介護者を介護する家族の支援のために必要不可欠と思われる事業も含まれています。

ぜひとも、地域支援事業の中で任意とされている各種の事業についての取組推進に向けた検討も併せて進めていただきたいと要望します。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

その点、いかがですか。質問ではないのですけれども、今回はあくまで総合事業に絞ってという理解でいいのですか。

○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。

今般は、介護保険部会において取りまとめられた御意見を踏まえて、総合事業に絞って行うものでございます。もちろん任意事業についても、私ども様々な事業、老健事業等を通じて実態を把握しながら、その活性化あるいは効率化、様々な観点から検討してまいりたいと考えております。今回のこの検討会につきましては、総合事業ということでお許しいただければと思います。

○菊池部会長 そういうことでございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

総合事業の充実に向けて集中的に議論がされることは、時宜に合った重要なことと思います。その中で、地域の受皿づくりで、住民主体とかいろいろな関係者なのですけれども、介護の専門的な知識を持つ地域の介護福祉士さんも施設の方々、医療機関の方々、そういう方々が総合事業を育てる、水をやり、見守り、肥料を提供するみたいな、地域の専門職の方々が一緒に支えていくような持続的な仕組みが非常に重要なことと思っております。

一時的に盛り上がりながらも、熱心にやっている人が辞めてしまったらこの活動が衰退してしまうみたいなことではなくて、総合事業を進める上で、地域の介護資源のバックアップを十分に受けられるようなことや、また、介護施設にとっても地域住民のふだんの姿を知る機会ともなりますので、切り離れた議論ではなく、総合的にどうしていくのかということについて、積極的な御提言をいただくのがいいのかなとも思っております。ぜひ充実した議論をよろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

○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。

当部会からは栗田委員、石田委員、江澤委員が参加されるということで、ぜひ充実した議論をお願ひしたいと思ひますし、栗田委員からお話があったように、大きな視点を踏まえつつおまとめいただければと私からもお願ひ申し上げたいと存じます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、予定の時間を少し早いのですが、予定した議題は全て終了いたしましたので、本日はここまでとさせていただきます。

次回の日程について、事務局からお願ひいたします。

○占部企画官 次回の部会の日程につきましては、追って事務局より御案内いたします。

○菊池部会長 新型コロナウイルス感染症の感染法上の位置づけが2類から5類に変わるということで、会議の持ち方などもどうなるか、これはどこでもそうだと思いますが、私の所属する大学でも会議の在り方がこの春大きく変わる予定で、授業の在り方も大分変わるかなと。マスク着用云々というのもなかなか悩ましい問題ではあるのですが、世の中全体がそういう状況になったところで会議の持ち方をどうするか。これはもう政府全体の方針とも関わりますし、大事な現場を持たれておられる委員も所属されておられますし、いろいろな考慮要素があると思ひますが、一つの考えるポイントの時期でもあるかなと思ひますので、事務局のほうでは御検討をいただければと思ひます。

それでは、本日の部会はこれで終了させていただきたいと思ひます。大変お忙しい中、どうもありがとうございます。失礼いたします。