

○奥山総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第107回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、御出席を賜りまして誠にありがとうございます。

本日は、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。本日は御欠席ですが、日本商工会議所社会保障専門委員会委員の幸本智彦委員、公益社団法人日本看護協会副会長の山本則子委員に新たに委員に御就任いただいております。

次に、事務局に異動がありましたので、御紹介させていただきます。老健局長の間隆一郎です。

○間老健局長 このたび、老健局長を拝命いたしました、間でございます。

今後、地域共生の考え方に立ちながら、制度の持続可能性、それからケアの質の向上、また、人材確保や認知症施策の推進といった現下の諸課題に対しまして、委員の皆様のお意見もいただきながら、しっかり取組を進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 続いて、総務課長の山口高志です。

○山口総務課長 総務課長の山口高志と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 高齢者支援課長の峰村浩司です。

○峰村高齢者支援課長 峰村でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 認知症施策・地域介護推進課長の和田幸典です。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 企画官から上がりました。よろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 認知症総合戦略企画官の尾崎美弥子です。

○尾崎認知症総合戦略企画官 尾崎です。よろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 介護保険指導室長の奥出吉規です。

○奥出介護保険指導室長 奥出でございます。よろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 総括調整官の私、奥山晃正でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

また、本日の議題に関連しまして、社会・援護局から今泉福祉人材確保対策室長、職業安定局から村野需給調整事業課労働市場基盤整備室長が出席しております。

報道関係の方に御連絡します。冒頭のカメラ撮影はここまで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)

○奥山総括調整官 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 皆様、おはようございます。お久しぶりでございます。大変お忙しい中、

本日も朝からお集まりいただきましてどうもありがとうございます。

それでは、最初に本日の出欠につきまして御案内申し上げますが、大石委員、大西委員、幸本委員、橋本委員、山本委員が御欠席でいらっしゃいます。大石委員の代理として、長崎県福祉保健部長の寺原朋裕参考人、大西委員の代理として、高松市介護保険課長の川野祥靖参考人、幸本委員の代理として、日本商工会議所企画調査部課長の森挙一参考人、橋本委員の代理として、日本慢性期医療協会副会長の井川誠一郎参考人、山本委員の代理として、日本看護協会常任理事の田母神裕美参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただければと思います。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

なお、佐藤委員につきましては、本日は遅れて御出席いただく旨、御連絡をいただいております。

それでは、早速議事に入ります。初めに、本日の資料と会議の運営方法について御確認を事務局からお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局です。

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。

資料について、会場にお越しの委員におかれては、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、適宜事務局がサポートいたしますので、お申しつけください。オンラインにて出席の委員におかれては、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と思います。会議の進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただき、御発言される際に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」をクリックいただき、併せて再度マイクをミュートにさせていただきますよう、お願いいたします。

なお、時間が限られておりますので、発言時間はお一人3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。

まず、議題1「基本指針等について」、資料1は3つに分かれておりますが、事務局よりそれぞれ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。私から資料1-1、1-2について御説明をしたいと思います。

まず、資料の1-1でございます。基本指針の関係になります。こちらは2月の介護保

険部会におきまして、資料1-1の概要に基づきまして御議論いただいたところでございます。2月の議論を踏まえまして、この資料1-1は修正をさせていただいております。また、その際の議論を踏まえまして、資料1-2として基本指針の文章そのものを新旧という形でお示しさせていただいております。

あと、参考資料1-1といたしまして、基本指針の概要であったり、スケジュールといったところをお示しさせていただいております。参考資料1-2といたしまして、基本指針に関する資料を集めた資料集ということでお示しさせていただいているところがございます。

私からは、資料1-1に基づきまして御説明をさせていただきたいと思います。あと、今後のスケジュールでございますけれども、本日御議論いただきまして、その上で、案の段階ではございますが、7月末から8月上旬ぐらいに開催される予定の全国の課長会議におきまして、案として示させていただきたいと思っております。最終的には年内に大臣の告示という形で進めたいと考えております。

それでは、資料1-1を御覧いただければと思います。1枚おめくりいただきますと、第9期計画の基本指針のポイントという資料がございます。まず、ここに基本的な考え方が書いてあります。おさらひ的に申し上げますと、これまで地域包括ケアは2025年をターゲットに取組を進めてきました。そのターゲットイヤーが第9期のときに来ることになります。

2つ目の丸ですけれども、まずマクロ的に申し上げますと、高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増してくる。そうなってくると、医療・介護双方のニーズを必要とする要介護高齢者が増加する一方で、生産年齢人口が急減するということになります。

また、ミクロで見えていきますと、都市部と地方で高齢化の進み具合が大きく異なってくるということになります。こういう中で、中長期的な地域の人口動向、介護ニーズの見込み等を踏まえて基盤整備をしていく、地域包括ケアシステムの深化・推進を果たしていく、介護人材の確保、生産性向上の取組をやっていくということが重要になってまいります。

見直しのポイントが大きく3点ございます。

まず1つ目、「介護サービス基盤の計画的な整備」ということで、地域の人口動向、ニーズを踏まえて、既存施設・事業所の在り方も含めて検討していくことが必要になってきますということ。

2つ目、②として「在宅サービスの充実」とございますけれども、定期巡回、小規模多機能、看護小規模多機能など、地域密着型サービスのさらなる普及、その次のポツですけれども、複合的な在宅サービスの整備等々が必要になってくると書かせていただいております。

2つ目、「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、①として「地域共生社会の実現」と書かせていただいております。制度の分野の枠や「支える側」

「支えられる側」という関係を越えて、地域住民、多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点からの総合事業の充実。2つ目のポツですけれども、地域包括支援センターの体制整備、重層的支援体制整備事業において属性、世代を問わない包括的な相談支援と認知症の関係の充実。②として、医療・介護情報基盤の整備といったところを書かせていただいております。

3つ目、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保、生産性の向上ということでございますが、1つ目のポツとして、介護人材の確保のための処遇改善、人材育成への支援、離職防止、外国人材の受入れ環境整備など、こうした取組を総合的に実施していくこと、都道府県主導で生産性向上に関する取組を総合的に進めていくこと等々を書かせていただいております。

続きまして、ちょっと飛びまして3ページを御覧いただければと思います。こちらは基本指針の構成につきまして、左側に基本的事項の項目、右側に見直しの方針を示しております。こちらにつきまして、前回の2月の会議でも御議論いただいたところでございますが、そこから修正したところにつきましては赤字で書かせていただいているところでございます。

あと、右側のそれぞれの項目につきまして、ページ番号が書かれておりますけれども、こちらは資料1-2の新旧のところの何ページに該当するかということを示させていただいております。適宜御参照いただければと思います。

まず、修正したポイントを申し上げますと、4ページを御覧いただければと思います。医療計画との整合性の確保のところでは地域医療構想調整会議の結果を共有するということが重要という趣旨の記載を本文に追記させていただいております。

2つ目、その2つ下の赤字のところでございます。地域包括支援センターの体制整備のところに「また」ということでございますが、重層的支援体制整備事業等により、他分野との連携促進を図っていくことが重要ということに記載させていただいております。

続きまして、5ページを御覧いただきますと、上から3つ目の赤字の部分でございます。先般、議員立法で認知症基本法が成立いたしました。それに関する記載ということで、今後の施行に向けて国が今後策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて施策を推進していくことが必要ということを書かせていただいております。

続きまして、7ページ以降でございます。こちらは基本指針につきまして、市町村の介護保険事業計画に書くべき事項と都道府県の介護保険事業支援計画に書くべき事項を整理して書かせていただいております。それぞれの項目につきまして、一番右に見直しの方針を書かせていただいているところでございます。こちらもお時間の関係で修正ポイントのみ御説明いたします。

8ページを御覧いただきますと、先ほども本文のほうでも出てきましたが、地域医療構想調整会議の結果を共有することが重要ということを県の指針のほうに書かせていただいております。

9 ページは、認知症の基本法の関係でございます。こちらにつきましては、市町村の計画、都道府県の計画の双方に書かせていただいております。

10 ページの真ん中ぐらいに赤字が 4 つございます。まず、一番上の地域密着型サービスの指定の事前同意等による広域利用を推進していくということを市町村の計画に書かせていただいております。

その 2 つ下ですけれども、訪問リハビリテーションのさらなる普及、老健施設による在宅療養支援機能の充実といったところを市と県の両方に書かせていただいております。

その 2 つ下、小規模特養の在り方について議論をするなど、地域における介護サービス提供が継続されるよう必要な取組を進めていくということを市と県の両方に書かせていただいております。

その 2 つ下、療養病床から介護施設への転換に係る総量規制の適用除外に関する記載を削除と書かせていただいております。こちらについては介護療養病床と医療療養の経過措置分につきまして、今年度末が設置の期限とされております。こちらにつきまして、来期以降はなくなるということでございますので、今は総量規制の適用除外の部分を書かせていただいておりますが、そちらについて記載を削除するということになってまいります。

それと、またちょっと飛びまして 14 ページに行ってくださいますと、地域包括ケアを支える人材確保、業務の効率化、質の向上に関するところがございます。こちらにつきまして、ちょうど真ん中ぐらいの赤字の丸がございますけれども、地域の実情に応じた介護サービスの提供体制の整備、人材確保の観点からの共生型サービスの活用の重要性について、市町村・都道府県の指針に書かせていただいております。

修正点については以上でございます。

私の説明は以上になります。

○村野労働市場基盤整備室長 続いて、職業安定局の需給調整事業課の村野と申します。資料 1 - 3 について御説明をさせていただきます。

経緯ですが、前回 2 月のこの場において介護事業者の方が利用される有料職業紹介の紹介手数料、あるいは労働者派遣の派遣料金について幾つか御指摘をいただいたと聞いております。こうしたこともありましたので、部会長の菊池先生から一度担当部局にこの場で説明をしてもらってもいいのではないかというお話があったと伺っておりますので、我々職業安定局で労働者派遣や職業紹介を所管しておりますので、概略を御説明させていただきます。

資料の 1 ページを御覧いただきたいと思いますが、こちらは職業紹介事業の概要です。職業紹介事業は、雇用主となる求人者と求職者の間に入って雇用関係の成立のあっせんをするという事業になります。事業を行うためには原則厚生労働大臣の許可が必要になります。また、職業紹介をした職業紹介事業者は手数料を頂くことになりますので、この手数料については手数料の種類や額を定めた手数料表といったものを厚生労働大臣に届けて、これは求人者等にも明示する必要がございます。後ほど御説明する労働者派遣との一番の

大きな違いは、職業紹介事業者自身は雇用関係にはタッチしませんので、求人の申込みと求職の申込みを受けて、あっせんをして、結果的には介護の事業者の方とそこで働きたいという方の条件が合えば、その間で雇用関係を締結していただくということになります。

2 ページ目を御覧いただきたいと思いますが、介護サービス分野の有料職業紹介の実績についてです。一番右、令和3年度は約5万7000件が常用就職しております。これは全体の約8%を占めています。

これにかかる手数料についてですが、令和3年度は黄色のところがございますが、合計で約240億円となっておりますので、これは一件当たりということで、単純に平均を取りますと、常用就職者一人当たりの手数料は平均42万円となっております。

おめくりいただきまして、3 ページに移りたいと思います。こちらは、労働者派遣制度の概要になります。労働者派遣は派遣会社である派遣元が労働者を雇用し、派遣元と派遣先が派遣契約を締結して、派遣先に労働者を送って、その派遣先、今回の場合は介護事業者の方が多いと思いますが、介護事業者で指揮命令をしながら業務に従事するという形になっております。病院等の医療関連業務など派遣禁止業務が定められておりまして、労働者派遣事業を行うためには、先ほどの職業紹介と同じですが、基本的には厚生労働大臣の許可が必要ということになります。

4 ページ目を御覧いただきたいと思いますが、介護サービス職業従事者の一日当たりの派遣料金、これは大体8時間ぐらい働くということを目安に考えていただければいいと思いますが、令和2年度平均でいきますと、約1万5000円。これは事業者から派遣会社が受け取る派遣料金です。派遣労働者の賃金は、約1万円となっております。派遣労働者数は、一番下の欄になりますが、令和元年以降増えておりまして、令和3年6月1日時点では約3万5000人の方が働いていらっしゃるということになります。

おめくりいただきまして、5 ページになります。今までの制度の紹介と実績ということになりますが、これまでこの分野において職業紹介手数料が高い等の課題が指摘されているのは、医療分野、あるいは介護分野、保育分野の3分野ということになりますので、ここについて、今日御出席の先生方も問題意識持たれていると思いますが、我々としても以前からそういった指摘を受けておりましたので、これまで対策をしてきたというものがございますので、まずはそれを紹介させていただきたいと思います。

1 つ目になりますが、手数料等の情報開示義務化や、すぐに退職しまった場合には手数料を返戻することの推奨、あるいは自社が紹介した方が就職してから2年間はその方に転職勧奨することを禁止し、また、転職の勧奨につながるいわゆる「就職祝い金」といったものを禁止しました。適正な職業紹介事業者に見える化するとともに、職業紹介事業者の選択に資するよう適正な紹介事業者を認定する制度を関係団体の方にも御協力いただいて創設しました。これは優良団体制度といいますが、これまでに49社を認定して、介護分野については21社を認定しております。数十ですので数はちょっと少ないかなと思われるかもしれませんが、基本的には大手の会社が多いということもありますので、カバー率と

しては4割程度をカバーしているということになっております。こちらは6ページに詳しい資料がありますので、後ほど御覧いただければと思います。

次に、職業紹介の条件等についてトラブルが発生しているといった御指摘もありますので、今年2月に、47都道府県に労働局というのがございますので、そこに介護事業を運営されている求人者向けの特別相談窓口を設置しました。職業紹介事業者が守るべき事項に違反等があった場合は、我々のほうで指導監督につなげるようなことも考えているところでございます。

次に、「経緯・これまでの対応」の最後のポツですが、先ほどの47都道府県の労働局の話ですが、今度はハローワークに介護事業者等の人材確保を支援する人材確保対策コーナーというものを設置しておりまして、これを拡充していきたい。令和4年度で113か所、令和5年度で115か所まで増やしていきたいと考えています。

これがこれまでの対応でございますが、さらにもっと踏み込んだ対応も必要ではないかということが政府内でもいろいろ議論になっておりまして、最終的には6月に政府の方針として閣議決定しました骨太の方針でありますとか、あるいはこのポンチ絵に書いてあります今後の対応の規制改革実施計画といったところでも方針として決定したものがございまして、ここを今後の対応として最後に御説明したいと思っております。

悪質な職業紹介事業者を排除するためとして、先ほどの労働局に設けた特別相談窓口を一層広く周知するというのと、医療・介護・保育の3分野の職業紹介を取り扱う有料職業紹介事業者に対して集中的監督指導を実施する。これは当然我々が所管しておりますのでいろいろ監督指導をやっているのですが、さらにこの3分野についてはいろいろ御指摘を受けてもございまして、集中的監督指導を年度内に行いたいと考えております。

あとは、介護事業者の求人者が適切な職業紹介事業者を選択できるような、契約するときには留意すべき点をまとめたリーフレットを作成するとしています。

さらに、有料職業紹介事業のさらなる透明化として、介護等の分野の紹介料の手数料の平均値、分布、離職率について地域ごとかつ職種ごとに公表する、あるいは離職状況の公表が不十分な有料職業紹介事業者に離職に係る追跡調査を徹底する、あるいは離職者数の公表期間を現在の2年分から5年分に延長するといったこともしていきたいと考えています。

また、先ほど紹介した優良な職業紹介事業者の選択を円滑化するため、適正な職業紹介事業者認定制度の認定基準について、就職してから6か月以内に離職してしまった場合には紹介手数料を返してもらうといったことも認定基準の中に入れることを検討していきたいと考えています。

また、今のは有料職業紹介事業者のことが中心ですが、無料職業紹介をやっていますハローワークの機能強化も必要と考えておりまして、労働者が定着しない理由に着目した求人者への支援を関係機関と協力して実施し、オンラインでの求人・求職者の利用の促進等をする、あるいはこれらのさらなる取組を実施することを通じて介護事業者の人材の定着

確保、あるいは職業紹介事業者を利用しやすい環境をつくっていくといったことも、今年6月に政府の方針として取りまとめられましたので、我々として一つ一つ進めていき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。

とりわけ村野室長におかれましては、労働部局から直接御説明いただきたいということでお願い申し上げたところ、直接御足労いただきましてどうもありがとうございます。

それでは、各委員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。最初にありましたように、本日は3つのパートに分かれておりますが、その中で時間制限を設けさせていただきまして、大変申し訳ないのですが、御協力いただければ幸いです。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お願いいたします。

まず、会場から御発言がおありの方は、全員ですね。

それでは、森参考人からお願いします。

○森参考人 ありがとうございます。代理にて恐縮ですが、発言をさせていただきます。

基本指針について、2点でございます。

1点目は、介護人材の確保に関してです。介護分野の人手不足は、どの業種にも増して深刻であると認識をしております。現場で介護に携わる方々本人の処遇改善が重要であることは、言うまでもございません。

あわせて、外国人材の確保の取組強化も必要であると考えております。今般、資料1-2の12ページや55ページなどには、外国人の受入環境整備についての記載を盛り込んでいただきましたが、大事な点として、「確保」という文言には、現地での採用活動を含んでいただければと考えております。海外の人材が来てくれるのを待つだけではなく、政府自らが掘り起こすといった、攻めの姿勢での取組を期待させていただきたいと思っております。

2点目は、介護予防の促進についてです。共助、公助としての介護保険は、国民にとって必要不可欠なセーフティネットであります。その持続可能性を確保しつつ、真に支援が必要な人に対するサポートへの重点化を行うことが望ましいと考えております。そのため、個々人による健康増進、介護予防という自助的な取組を広げることが重要であろうと思っております。

その点、予防に関する事業や支援策が随所に盛り込まれている点を心強く思っております。ぜひ国、都道府県、市町村の連携の下、強力に取り組んでいただきますよう、お願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 基本指針の内容全般につきましては、当部会で議論されてきた多くのことが盛り込まれておまして、今日の社会状況に即したものになっているのではないかと思っているのですが、1点だけ、第8期の基本指針の記述がそのまま踏襲されている部分で、今後改めて検討していかなくてはいけないと思われる点を発言させていただきたいと思えます。

資料1-2の43ページの市町村介護保険事業計画の基本的記載事項の4の被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止の取組及び目標設定に関する記述なのですが、この冒頭に「高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえて」という記載がございます。これは都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項に関して80~81ページに書いていることなのですが、この記述が、市町村がこれから地域支援事業総合事業を考えていくときに混乱を招かないかなと以前から気にしていたことなのですが、つまり介護保険法の中で使用されている「自立」という言葉がイコール要介護状態等にならないことという誤解、あるいは要介護状態等にならないことへの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止が介護保険制度の理念として理解されないかという不安が以前からございます。

介護保険制度の理念は、介護保険法の第1条に記載されているように、要介護状態になった者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように、給付を受けて保健・医療・福祉サービスを利用できるようにすることであって、要介護状態にならないことでもないし、ましてや要介護認定を受けないようにすることでもない。むしろ要介護状態になった者が要介護認定を受け、必要な保健・医療・福祉サービスを利用しながら自立した日常生活を送れるようにすることがこの制度の理念でございます。高齢者が要介護状態にならないように健康づくりを進めることが非常に重要なことであり、介護保険制度の持続可能性という観点からも介護予防が重要であることは確かですが、それを介護保険制度の理念として位置づけてしまうことには大変疑問がございます。

このことは、これからの総合事業や地域支援事業が目指す方向性、目的、在り方、指標を市町村の中で明確化して合意形成をしていくときの重要な観点であると思っておりますので、あえて意見を述べさせていただきました。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

まず、見直しのポイント案の1ページ、「1.介護サービス基盤の計画的な整備」があり、②に「在宅サービスの充実」として「居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応でき

るよう、複合的なサービスの整備を推進することが重要」とあります。複合的な在宅サービスについては訪問介護と通所介護を組み合わせるプランが出ていましたが、具体的な内容は今後の検討になると伺っています。具体的なプランの内容がどうなるのか、提案がまとまる時期も含めて、可能な範囲で教えていただきたいと思っております。

それから、訪問介護のホームヘルパーの確保が危機的な状況にあることを何度も申し上げていますが、基本指針には訪問介護の充実の重要性が盛り込まれていないことが大変残念です。7月4日に公表された2022年国民生活基礎調査の概況では、要介護者のいる世帯は一人暮らしが31%、夫婦のみが25%と報告されています。

また、要介護者等と同居する主な介護者は、60歳同士が77%、75歳同士が36%となっています。さらに、経済産業省の試算では、働きながら介護をするビジネスケアラーの生産性の低下や介護離職に伴う経済損失が、2030年には9.2兆円に上ると報告されてもいます。仕事と介護の両立、在宅介護の限界点を上げる意味においても、基本指針には盛り込まれないとしても、一人暮らしや老老介護の認定者が増えていく中、自宅を訪ねてくださる専門的な人材の拡充に取り組んでいただくことを切に希望いたします。

もう一点、総合事業に関連してですが、加齢や認知機能の低下を招く疾患に罹患し、治療薬の開発が道半ばの今、軽度者と称される方々もいずれは時間の経過とともに間違いなく中重度者になるということを申し添え、私からの意見とさせていただきます。

以上となります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

最初に確認がございましたので、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問いただきました、推進課長でございます。

昨年の介護保険部会の意見書におきまして、複数の在宅サービスを組み合わせ提供する複合型サービスの類型の新設を検討するということとおまとめいただいております。この具体的な設計等につきましては、本日午後もございますけれども、介護給付費分科会において詳細を検討いただくこととしておりまして、年末までの間で検討を進めていくこととしてございます。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいですか。

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。

1番の基本指針につきまして、資料1-1の4ページ、14ページ、また、資料1-2の89ページにケアマネジメントの質の向上及び介護支援専門員の人材確保に取り組む旨の重要性を明記いただきまして、ありがとうございます。この点は、地域包括支援センターにおける人材確保とも共通する課題でありますので、主任介護支援専門員、介護支援専門員とも有資格者の増加を図るとともに、処遇や業務負担の改善の具体的な方策などを通じて働く環境の改善が図られるとともに、各種公的機関による職業紹介や研修実施機関、職能

団体等も含めてマッチング機能を高めるなどの方法も各地域で検討いただければ幸いかと存じます。

また、資料1-1の15ページ、資料1-2の58ページに介護予防支援事業の指定対象拡大とともに、地域包括支援センターによる一定の関与に関して記載がございますが、ケアマネジメントの質を担保した上で介護予防支援に関する業務負担や投入時間数の減少を図る必要性があると考えられますので、双方の負担軽減のため、ICT活用など、デジタル化を通じた効率的な運用方法の検討を引き続き推進していただければと存じます。

資料1-1の5ページ、15ページ及び資料1-2の17ページに高齢者虐待防止対策の推進や対応力強化を記載いただき、また、セルフネグレクト等の権利侵害防止にも言及いただきまして、感謝申し上げます。対応力強化につきましては、事例検討や共有化が有効ですが、必ずしも本人同意が得られるわけではないため、一定の匿名化を図られた研修教材の普及促進なども有効かと存じます。

また、養介護施設従事者等による対応力強化では、施設勤務経験のある介護福祉士等が指導場面に立ち会うことで、日常でどのような介護が行われているかなどの確認を通じておられる自治体もあると聞いております。会計などでは会計士協会などの職能団体より派遣されている例も見られますが、例えば技術職として直接雇用や職能団体からの派遣協力を要請する方法など、様々な実務を通じて利用者がより安心して生活できるように資する取組を期待いたします。

同じく資料1-2の30ページにおける介護サービスやケアプランの指導も同様で、既にケアプランチェックなどでは実施されておりますが、介護支援専門員をはじめ、技術職として直接採用や職能団体からの派遣協力を要請するなど、様々な方法を推進されればと感じます。

また、介護人材確保・定着では、保育士のように借り上げ制度などの住宅の確保を通じて確保や定着が促進される場合もございますが、都道府県や市町村によっては公営住宅などの良好な生活住環境を確保することで外国人介護職員の定着に資する取組があると聞いております。このような施設や介護事業者にもメリットが大きいと考えられますので、そうした方法も御検討いただければと存じます。

資料1-3の職業紹介・労働者派遣についてでございますが、紹介派遣の場合、手数料について、理論年収に対して一定割合で積算されることが一般でございますが、需要の高まりを受けてか、以前と異なり、先ほど返戻の件ですが、早期の退職の場合でも1か月、あるいは2か月を経過すれば返戻されない契約形態が多くなっていると伺っております。特に居宅介護支援事業者など、小規模事業者の場合は当初の紹介手数料の金額というものが非常に採用に関してのネックとなっております。

例えばマッチングがうまくいなくて、6か月未満で退職するような場合では半額を返戻するなど、以前はそのような契約形態が多かったと感じておりますが、そういう形であれば少なくともその期間は双方とも離職防止に取り組むインセンティブが働くなど、うま

くお互いのマッチングが図れるのではないかと考えます。また、外国人介護人材確保を含め公的な職業紹介の強化推進も期待したいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様からお願いします。

まず、佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 御説明ありがとうございます。

私から、資料1-3の職業紹介・労働者派遣についてなのですが、本件は規制改革推進会議でも問題視されております。単に悪質な事業者を排除するというだけではなく、制度的な対応が求められるのではないかとということ。例えば小規模事業者の方々が、共同で人材を募集する、あるいは育成するという機能があってもいいのではないのでしょうか。

例えば、今、既に社会福祉連携推進法人というものがあるわけですから、こういったものを活用しながら、ある意味みんなで一緒に人材を確保するという制度設計というのはあってしかるべきだろうということと、それから、介護報酬に関して、これは介護報酬制度になりますけれども、ある程度配置基準がありますね。その配置基準を満たしていない、必要人数を満たしていないと介護報酬が減額される、あるいはもらえないということになれば、みんな急いで人をかき集めるということになってしまいます。そうなってしまうと、そこにつけ込まれる余地が出てくるということもありますので、慢性的な人材不足というのはどこにでもあることですので、介護報酬制度の中でもその辺に柔軟な配慮をいただくといった制度対応が必要なのかなというのが1-3に関する私からのコメントです。

あと、簡単に、基本指針に直接関わるわけではないのかもしれませんが、タスクシェアについてです。これも規制改革推進会議でも議論があったところでもありますけれども、確かに医療・介護の連携というのはあっていいのですけれども、ある程度お互いの仕事をシェアし合うという視点があってもいいだろう。例えば在宅医療に関して言うと、介護事業者は薬の交換などといったことができるのではないかとあるとか、介護施設においてももう少し医療行為というのがある程度できるのではないかとといったところも含めて、やはりどこも人材不足ですから、そういったところで人材の有効活用というのがあっていいのではないかとこの視点もあってよいのではないかと思います。

取りあえず以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

基本指針については、前回述べた介護現場の安全性確保や地域包括支援センターの職員配置、処遇改善と人材確保に関する意見をそれぞれ受け止めていただき、感謝いたします。

資料1-2に記載されている介護保険事業計画では、例えば54ページの人材確保のところでは都道府県と市町村の役割について補強いただいています。今回の見直しの趣旨がきち

んと理解され、各事業計画への反映につながるよう、今後の基本指針の展開においても工夫いただきたいと思えます。

この間も連合の労働相談には、他産業での賃上げが進んでいて、介護現場での処遇改善の遅れを懸念する声が届いています。介護分野が取り残されることのないよう、労働条件や処遇のさらなる改善により人材確保が推進されるような意識づけをぜひお願いします。

次に、資料1-3についてです。紹介料等の原資は結果的に保険料と公費で構成されているわけです。例えば労働者にとって何らかの問題を抱えているとか、よりよい賃金や処遇を求めるといった理由で転職するのならともかく、職業紹介事業者がお祝い金などを使って紹介事業者の利益のために転職をあおることは問題です。お祝い金を禁止する指針の改正を受けた集中的指導監督の実施はもとより、求人者・求職者の双方が納得できるよう、ハローワークの機能と体制をより充実させ、その周知・広報にも御尽力いただくようお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

基本方針については、資料1-1の基本的な考え方のところで全て現下の問題意識は尽くされていると思えます。特に重要と思うところだけ2点申し上げます。

資料1-2の9ページ目に、「限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくため、既存施設や事業所の今後の在り方を含めて検討する」と明記されています。今後の高齢化のスピードや、介護需要のピークが地域によって全く異なることを踏まえると、事業の協働化や大規模化が重要になってくると思えます。さらには、自治体を越えた連携に関しては、市町村のみならず、県、あるいは国レベルでも積極的に関与することが必要と思えます。

また、2点目として、12ページに生産性の向上が明記されています。生産年齢人口が減少していきますので、言葉のよしあしは別として、提供されるサービスの価値を極大化していくことがどうしても不可欠になってきますので、この生産性の向上は不可欠です。発信力のあるモデル、あるいは施設、事業所といった好事例を周辺に紹介していくことが非常に重要になってきます。今後、好事例を特定の施設、事業所だけに留めておくのではなくて、ユニバーサルに国全体へ広げていくことにもぜひ注力していただきたいと思えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

まず、基本指針の構成についてでありますけれども、資料1-1、スライド3の3であります。在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制整備についてござ

いますが、令和7年4月1日にかかりつけ医機能の確保に関する法改正が行われます。既に一部の市町村では、在宅医療のためのネットワーク等の構築がなされております。これらの既存のネットワークに加えて、将来を見据えた連携体制を構築するための準備が必要と考えます。

計画策定におきましては、準備期間も含めて十分な考慮が必要と思われれます。将来的にはかかりつけ医機能を中心に医療と介護の連携を推進すべきと考えます。この計画の策定には、関係する市町村や医療機関、介護施設、保健所、地域住民などの利害関係者が協力することが重要です。連携体制の構築には、情報共有のためのデジタルシステムやコミュニケーションネットワークの整備、専門的な訓練や教育プログラムの提供、地域社会との関係の構築などが含まれると思います。このような取組により、在宅医療と介護の連携が強化され、地域の高齢者や慢性疾患を抱える患者さんの生活の質が向上することが期待されます。

したがって、計画には準備期間も含めて具体的な取組を盛り込むべきと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

基本指針についてでございます。医療と介護の連携強化について各所で触れられていますが、医療機関と介護施設の患者を通じた連携だけでなく、医療保険者と介護保険者の連携強化というのも非常に重要と思います。医療費、介護給付費の全体像で適正化を図っていかなければいけないという観点から言うと、医療保険者と介護保険者の連携強化というおとをもう少し強調されてもいいのかなと感じたところです。

また、保健事業としても、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施ということが資料1-2の25ページ、46ページ、67ページ、85ページと各所に触れられています。ただ、これは令和6年度からはほぼ全ての市町村で行うということになっておりますけれども、介護分野の方々にこの一体的実施とは何かはまだよく理解されていないようにも思います。健診や医療のデータ、介護のデータを一体的に見ることによって高齢者の全体像を把握して、必要なサービスにつなげるということで、特に慢性疾患とフレイルが合併した方については、2年後の要介護認定率が2.5倍に高まるということが分かっておりますし、糖尿病等の重症化でも要介護認定率が高まる、また、複数の医療機関にかかっている多剤の方の医療の全体像を把握する上では、この一体的実施というのが不可欠になってきます。介護の分野の方にどういう事業なのかを分かりやすく説明するような機会、または説明資料が必要なのかなと思っています。

参考資料のほうでは、72ページにポンチ絵があるのですがけれども、例えば医療・介護・健診の全てを受けていない方を発見して、その人の状況にあわせて健診や医療、介護につなげることをしています。セルフネグレクトで医療を中断している方、介護保険の使い方

を知らない方々を発見し、サービスにつなげていることが報告されております。

それから、次のことなのですけれども、都道府県による市町村支援ということになりますが、医療と介護の連携の中で、医療計画は都道府県単位でございますし、適正化計画も都道府県単位ということになります。実際に事業を担当する市町村への支援について、69ページに記載があるのですけれども、都道府県の直接的な支援だけでなく、医療圏単位、保健所単位で支援するということも必要だと思います。その辺りの記載が書き込まれるといいのかなと感じました。

すみません、長くなりました。

○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。

基本指針の構成について、2点ほど意見を述べさせていただきます。

まず、資料1ページの2の②について、前回、介護分野でもデジタル化を推進し、医療分野との情報連携を図っていく旨の明記を要望いたしましたところ、今回、デジタル技術を活用し、介護事業者間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備と明示的に記載いただきました。ありがとうございます。ここでICTの利活用における医療・介護の連携を情報を含めて強化していくという大方針が明確になったと考えています。

次に、夏の観光シーズンを迎え、全国的にコロナ感染者が微増傾向にあり、第9波が始まったという意見もある中で、6ページ、十四の感染症対策に係る体制整備に異論がないか、ウィズコロナについて改めて確認しておく必要があるのではないのでしょうか。1-2の23ページ、16に一部触れていただいておりますけれども、事務局におかれては医療関係部局とも連携し、事前の備えや初期対応等についてウィズコロナについての必要な記載が盛り込まれるよう、引き続き調整を進めていただければと考えております。

以上2点です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井川参考人、お願いします。

○井川参考人 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の井川でございます。

まず、資料1-1のページ2の第9期計画において、記載の充実事項があるのは、1番の最後の丸に、前回、当協会の橋本が言及いたしました介護施設、福祉施設へのリハビリテーションというものを推進しようということに関する項目を組み込んでいただきました。誠にありがとうございます。

私は、医療現場、介護現場での高齢化の重要な問題の一つに、マルチモビリティを有する高齢者においてフレイルやサルコペニアが極めて進行・悪化しやすいということがあると思っております。

今回の基本指針では、フレイルという言葉が資料1-2の5ページ、上の四角の上から

11行目に出てまいります。ここでは、「介護予防を進めるに当たっては、高齢者の心身の状態が自立、フレイル、要支援、要介護のいずれに該当するかを把握するというだけではなく」と記載されていますけれども、フレイル、特にソーシャルフレイルやオーラルフレイルと言われる時期は、ADL的には自立しており、自立、要支援、要介護といった要介護認定制度の言葉とは直列的に組み込まれる言葉ではないと考えます。

例えば介護予防を進めるに当たっては、高齢者の心身の状態が自立、要支援、要介護のいずれに該当するかを把握するだけではなく、その状態が可変であるフレイルを早期に捉えて支援するという考えに立つことも重要であるという形で訂正してもよいかと考えますけれども、いかがでございましょうか。

一方で、この行の8行後に存在する「高齢者のフレイル状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることによって、介護予防・重度化防止や疾病予防・重症化予防の促進を目指すことも重要である」という文章は、極めて適切で重要な文章であります。

さらに、75ページの左側の改正案において、8の「(八) 都道府県医療費適正化計画との調和」にフレイルに関する記述が加えられた点は、高齢者において看過できない問題を明示しており、すばらしい追記だと思います。

ただし、これは都道府県のみならず、市町村レベルでも考える必要があつて、35ページの「(七) 市町村健康増進計画の調和」の中にも入るべき項目ではないかと考えております。

また、高齢者の特徴を表す「フレイル」という言葉がより具体的な介護計画をイメージするものでありますから、今回の案には記載されていませんけれども、前述したサルコペニアやマルチモビリティという単語も自立支援、介護予防、重度化防止を考える際にキーとなるワードであり、追加記載することにより、より具体的な対策につなが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。御提案という形でございましたが、御意見として承らせていただきます。

座小田委員、お願いします。

○座小田委員 座小田です。よろしく願いいたします。

私からは2点でございます。

基本指針の構成について、資料1の2ページの第9期の記載を充実する事項のところに、一番上には記載を充実してはどうかということとずっと丸が並んでいるのですけれども、その中の一番下の3の部分で、「地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上」の部分でございます。

1つ目は、先週の水曜日に全国誌の新聞でも取り上げられていたのですけれども、介護の現場で生産性向上がなかなか進んでいないという記事でございました。先ほども吉森委員から発言がございましたが、ぜひともICT導入などに対する補助や伴走型の支援などを

進めさせていただきたいと思っております。

また、2点目もすぐ下の場所ですけれども、文書負担削減につきまして、特にローカルルールの改善をぜひとも進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上の2点でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

資料1-2、基本指針案の第3の項目、都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項なのですが、その中の87ページから始まる「3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等」に関する事項ですが、ここには入門的研修や介護ロボット、ICT導入支援については「地域医療介護総合確保基金に基づき」との記載が丁寧になされているのですが、89ページの「ケアマネジメントの質の向上及び介護支援専門員の人材確保に取り組むことが重要である」との項目の中で、「法定研修カリキュラムの見直しを踏まえた適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着を図るとともに、オンライン化の推進や受講費用の負担軽減を含め、研修を受講しやすい環境を整備していくことが重要である」と記載されています。この中には、地域医療介護総合確保基金が受講料の負担軽減などに活用可能であるとの記載が全くありません。

現在、地域医療介護総合確保基金をケアマネジャーの法定研修の受講料の負担軽減に活用している都道府県は非常に少なく、実務研修についてはおよそ8万円から2万円、更新研修についてもおよそ7万円から2万円ということで、基金を活用している都道府県とそうではない都道府県によって法定研修の費用額に大きなばらつきが出ています。強い負担感を訴えているケアマネジャーが多い現状を踏まえると、地域医療介護総合確保基金の活用が可能であることを具体的に記載することで、基金活用による法定研修受講の際の経済的負担軽減につながるようにしていただきたいと思います。

以上、意見です。

○菊池部会長 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、提示されました基本指針の構成等の見直しにつきましては、これまでの議論が反映されたものとなっていると考えてございます。

介護給付費につきましては、今後も医療費の伸び率を上回る勢いで大幅に増加することが見込まれております。一方で、現役世代の負担につきましては、既に限界に達しているということに加えまして、今後、さらに現役世代が急激に減少するという状況の中で、制度の安定性・持続性の確保、また、現役世代の負担軽減に向けた見直しというものを進めていくことが重要だと思っております。

このため、効率的・効果的な介護給付を推進するとともに、介護給付の適正化は不可欠

という観点から、3点の意見を申し上げたいと思います。

資料1の3ページでございますけれども、4番目に「日常生活を支援する体制の整備」という項目がございます。この中で、第9期介護保険事業計画期間中に集中的に取り組むことが重要であるという旨を追記となつてございますけれども、これは非常に大切なポイントだと考えてございまして、資料1-2の7ページを拝見いたしますと、こういった表現の修正がなされてございません。この4の2つ目の段落に総合事業の記載があるわけでございますけれども、ぜひともこの中に総合事業についてはより充実化を図るため、市町村、都道府県において第9期介護保険事業計画期間中に集中的に取り組むことが重要であるということの追記をお願いしたいと思います。

また、資料1-1の4ページの五でございますけれども、「介護現場の生産性の向上の推進」と項目を変更していただきまして、生産性向上に向けた取組等を追記していただいたということについては非常に評価をしておるところでございます。

資料1-2の13ページの下から6行目を拝見いたしますと、「介護ロボットやICTの活用」という記載がございます。こういった活用を進めていくということは非常に重要だと思つてございますので、例えば具体的な例示として、移動、入浴等の支援や見守りセンサー、インカムなどといった事例を追記されたらいかかと思つてございます。

最後に、適正化に当たりましては、費用対効果の検証をしっかりと行って、新たな取組を含めた事業の重点化、内容の充実、見える化に向けまして、定量的な目標を記載し、PDCAがしっかりと回せる計画の作成ができるよう、国におきましては、計画策定に当たつての重要なポイントや技術的なノウハウ等の指導も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。

田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。基本指針案について意見を申し述べます。

今回、介護保険事業計画の基本的記載事項としまして、資料1-2の38ページに「地域密着型サービスについて、都道府県と連携を図りつつ、広域利用に関する事前同意等の調整を行うことが重要」との記載をいただき、感謝申し上げます。

地域密着型サービスの中でも、特に看護小規模多機能型居宅介護におきましては、医療ニーズを有する中重度の要介護の方の在宅療養を支えるサービスとしまして、今後、大幅なニーズの増加が見込まれる一方、小規模自治体をはじめとして、設置数が少ないため、住民の方が看多機を利用できない状況がございます。

昨年12月の介護保険制度の見直しに関する意見において、「地域密着型サービスとして、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するような方策」の検討を盛り込んでいただきました。今後、市町村間での協議や調整が進み、より多くの利用者の選択を支えることにつながることを期待しております。

資料1-2の5ページから6ページについてでございます。下のほうの「2 介護給付

等対象サービスの充実・強化」についてでございますが、昨年12月の本部会の取りまとめ及び市町村の介護保険事業計画のサービス料の見込みを踏まえまして、資料1-2の6ページ4行目の「更なる普及を図るに当たっては」の箇所につきましては、「更なる普及を図るため」としていただき、地域における継続的な療養を支援する体制としまして、看多機等のさらなる普及の方向を明確に記載いただきたいと考えております。

2点目としまして、訪問看護等の訪問系サービスは、居宅等での単独でのサービス提供になる場合が多くございます。訪問時の職員へのハラスメントを未然に防ぐ対策の一つとしまして、複数名での訪問が考えられますが、報酬上の評価はあるものの、複数名訪問には利用者の同意を得る必要があるため、算定に至らないケースがあるとの事業者の声も聞かれております。自治体によっては、基金を活用して複数名訪問に対する助成を行っているところもございます。介護領域の従事者が安全に就業し、また、離職防止を図るための環境整備に向け、基金を活用した取組を自治体で検討し、対処する必要性について、基本指針に記載を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。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

最初の資料1-1ですけれども、2番目の「地域包括ケアシステムの深化・推進」というところです。事務局の説明にもありましたけれど、もともと地域包括ケアシステムは2025年を目途にとなっておりますが、今やもう2040年を見通した上での形でなければいけない。2025と2040では大きな発想の転換が必要であって、私たちの考え方も大きな変革を求められていると思っております。

この中で「総合事業の充実を推進」という文言がありまして、これについては3ページの基本指針の構成の中で、第9期介護保険事業計画期間中に集中的に取り組むことが重要である旨を追記されたということでございます。この9期というのは時間が限られておりますが、そうした中で新しい将来に向けての発想の転換というのを図った上で、総合事業もこれまでの形にとらわれない新しい仕組みというのを考えていく必要があるのではないかなと思っております。

それから、3番目の「地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び現場の生産性向上」のポツの3つ目ですけれども、「介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用」という文言があります。これについても、4ページの指針の構成のところに「介護の経営の大規模化・協働化により、介護サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用することも有効な手段の一つである旨を記載」しているとあります。協働化や大規模化というのは非常に大事なことの一つではありますが、これが全てというわけではなく、できれば中小規模の介護事業所の経営継続を支援しつつ、この大規模化・協働化の方向性も考えていくというふうに並立して示されたほうがいいのではないかなと

思います。

最後に、今日、労働者派遣のことが少し説明されましたけれども、人材不足が慢性的に問題になっている介護分野で、処遇改善など対策が講じられているにもかかわらず、実際に正規で雇用されて働くよりも派遣を選ぶ人が少なからずいるということの理由などももう少し精密に調査した上で、この形が果たしていいのかどうかというところをきちんと調査していく必要があるのではないかなと感じました。

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 日本介護福祉士会の及川でございます。私からは2点の意見を申し上げます。

まず1つ目ですが、介護人材確保の関係におきまして、介護人材の裾野を広げる事項が種々盛り込まれておりますが、介護人材の山を高くしていくことも必要であります。指針の中にはこの課題が触れられておりません。特に業務の効率化、質の向上を図るためには、多様な介護人材で構成されている介護職チームをリードできる介護福祉士は欠かせません。そのような人材の育成、活用の必要性に言及いただきたいと思っております。

なお、参考資料1-2の31ページの看多機のスライド資料でございますが、「介護士」という記載がございます。たびたび申し上げておりますが、介護士という資格、職種はございません。資格名称であれば「介護福祉士」、職種ならば「介護職」として記載してください。

2つ目です。職業紹介についてでございます。本来、介護の質の担保等で利用者さんに還元されなければいけないものの経費が人材確保のために投じられております。有料職業紹介に頼らざるを得ない現状は正していくことが必要でございます。

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。

川野参考人、お願いします。

○川野参考人 ありがとうございます。全国市長会からは、1点の意見を申し述べたいと思っております。

第9期介護保険事業計画における見直しのポイント案として、介護人材確保のための取組を総合的に実施するとされているところでございます。新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことで経済活動が活発化し、介護業界を問わず、人材不足になっております。

また、賃金が上昇傾向にある中で、介護業界から他職種への人材流出が見られることから、このままでは介護人材の確保が難しくなることが懸念されております。

喫緊の課題である介護人材の確保を図るため、次期介護報酬改定において処遇改善を行うなどの必要な措置を講じていただき、介護人材の不足によって都市、自治体が介護サービスの提供に支障を来すことのないよう、引き続き御支援を賜りたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東です。

資料1-3の職業紹介・労働者派遣について意見を申し上げます。まず、介護事業者は、ほかの委員からも多々御意見が出ておりましたが、公定価格により経営しているため、改定を待たなければ賃上げもできません。一般企業と同程度の賃上げができないことから、介護業界から他産業へ人材が流出し、人材不足に拍車がかかっている状況であります。人材を確保するためにはどうしても有料職業紹介事業者に頼らざるを得ない状況もございます。

5ページにございますように、これまでも手数料等の情報開示義務、就職祝い金の廃止等、様々な対応をさせていただいております。これはありがたいと思っております。

また、6ページには、私ども全老健も協力いたしまして、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業所認定制度というものも作って頂き、適正な認定業者を選定しているところではあります。

しかし、現状、この紹介手数料というものが高額なまま安くなっておりません。戻って5ページの下段に「今後の対応」の「2.有料職業紹介事業の更なる透明化」「3分野の紹介手数料の平均値・分布、離職率について」等の記載がございます。事業者がどのくらいまで増えていて、手数料の推移がどうなっているのか等、今後、さらに詳細に調査をしていただきたいと思っております。

いわゆる収益性の高い分野ということで、この紹介事業者が年々増えている状況があると思っております。しかし、紹介事業者が年々増えているところには、必ず競争原理が働くはずであります。そうしますと、手数料も本来は下がるのではないのでしょうか。しかし、紹介業者の手数は全く下がっていないと感じております。

さらに、社会保障以外の建築や配送等の他分野における手数料との比較があれば、教えていただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。資料に沿って幾つか意見を述べさせていただきます。

まず、資料1-1の4ページに医療計画との整合性の確保がございますが、ここに「地域医療構想調整会議の結果を共有」とありますけれども、結果を共有するのみならず、介護分野の行政担当者、あるいは介護の関係者が議論に積極的に参加すべきであると思っております。

また、医療計画は今、第8次医療計画が都道府県によって策定されていますけれども、5疾病6事業、在宅医療と幅広く医療計画の担当者と直接協議をするということが取りまとめのときにも意見があったと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

続きまして、資料1-2の12ページに生産性向上の記載がありますが、少ない人員で介護業務を遂行することと誤解されがちなので、生産性向上とは介護の価値観を向上し、間接業務を減らして直接業務を増やし、利用者とコミュニケーションを図るということをしつかりと打ち上げてほしいと思います。

それから、資料1-2の40ページと80ページにこれまでの記載が削除されているので、そちらについて申し上げます。これまで、医療療養病床が介護施設に移行する場合には、総量規制の対象外でありましたが、今回、削除される対象となる旨の記載となっておりますので、これは地域医療構想の議論とも矛盾を生じるものでありますから、これまで同様、医療療養病床が介護施設に移行するときは総量規制の対象外とすべきであると思ひますし、あわせて、転換老健が介護医療に移行する場合も総量規制の対象外とすべきと考えます。

それから、55ページに共生型サービスの活用も重要と書いてあって、「介護サービス提供体制の整備や人材確保の観点から」とありますが、障害者の高齢化をしつかりと受け止めるということがまず重要であると思ひます。

それから、81ページに地域リハビリテーションの記載があって、これはしつかりと都道府県と都道府県医師会、市町村と地区医師会が連携して地域支援事業全般を地域リハビリテーションが支える・牽引することが重要でありますので、都道府県リハビリテーション支援センターにおいての記載もありますが、しつかりと医師会等の関係団体と行政がリーダーシップを図ることが重要だと思ひます。

最後に、資料1-3の人材紹介・派遣について申し上げます。常用就職にかかる手数料が、医療・看護・介護サービスで、今回の統計では紹介手数料が約750億円にも上っておりまして、東委員からも御意見がございましたが、公定価格で賃金を賄っている職種においては、これは大変負担が重過ぎると思ひますし、また、その賃金の原資は公費であり、保険料でありますので、その辺りはしつかりと国のほうでいろいろな政策を練ってもらいたいと思ひます。

その中で、平成29年の改正によって職業紹介事業所の情報開示義務が規定されておりますが、これは必ずしも遵守されていない実態もありますので、今後、いろいろ改善を求めたいと思ひます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

先ほど野口部会長代理からお手が挙がってございましたけれども、最後にもしあれば、お願いできれば。

○野口部会長代理 すみません、次の議題のところで発言すべき内容だと思ひましたので、今回は取り下げます。

○菊池部会長 そうですか、分かりました。

ありがとうございます。一通り御意見をいただきまして、詳細にわたる御議論をありが

とうございました。

資料1-3につきましても様々な御意見をいただきまして、せっかくの機会ですので、東委員からお尋ねもあったかと思いますが、最後にまとめて村野室長からコメントなどをいただければと思います。

○村野労働市場基盤整備室長 需給調整事業課でございます。いろいろと御指摘いただきまして、どうもありがとうございます。

最初に御指摘いただきました紹介手数料の返戻については、先ほど資料でも御説明しましたが、今はまだこれからの対応なので、今後どうするかは検討中でございますが、先ほど御紹介があった3分野の適正事業者認定制度について、この中で6か月以内に離職した場合に返戻を行うことというのをこの認定基準の中に追加する方向で検討したいと思っていますので、一律禁止ということはないと思うのですが、うまくいかなかった場合の返戻ということは考えていきたいなと思っています。

あと、我々の中では一層の踏み込んだ対応としていますが、有料職業紹介事業者に対して集中的な指導監督を実施するというところは、どういうふうにするかというのは検討中ですが、しっかりやっていきたいと思っています。

また、先ほど申し上げればよかったのですが、今回は当然事業者に対する指導になるのですが、そこに求人企業の方からもお話を聞くということも組み込んでいきたいなと思っていますので、この場でお話をするならば、介護事業者の方からも実際にどういう問題を抱えているのかなどもお聞きするというのをやっていきたいと思っています。

あとは、ハローワークの機能強化も、どうしても有料職業紹介に頼らざるを得ないというお話も幾つかありましたが、ハローワークもしっかりと機能強化をして、ハローワークでうまく紹介してもらえればそれに越したことはないという方もいらっしゃるということかもしれませんので、そこはしっかり機能強化を進めていきたいと思ひますし、あわせて、ハローワークでちゃんとやっているのだということの周知についても進めていきたいなと思っています。

あと、先ほど紹介手数料の他分野との比較のお話が最後にございました。今、ちゃんとしたデータが手元にあるわけではないのですが、以前、令和3年度にこういった手数料を比較するような調査を行ったことがございまして、その中で、先ほど出てきました運転・輸送の職業との比較でいきますと、紹介手数料の分布で、年がたっていますのでちょっと状況は変わっているかもしれませんが、令和3年度に調査したときには、医療・福祉が一番のボリュームゾーンが30%未満に入っていることが多いというのがそのときの調査ではあったのですが、同じ調査の中で配送なども含む運転・輸送でいきますと、40%未満に入ることが多いということでしたので、一概に言えないとは思いますが、他分野ですと、30%を超えて40%程度になってくるという分野も幾つかあるということはあるのではないかなと思っています。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。持ち帰ってまた今日の議論を生かしていただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○村野労働市場基盤整備室長 引き続きよろしく願いします。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。

こちらの基本指針に関しましては、本日皆様からいただいた御意見等につきまして、事務局のほうで吟味していただき、できるだけ反映に向けた検討をお願いしたいと存じます。

その際、私からも2点発言をお許しいただきたいのですが、1点目は、この春、新しい人口推計が出されましたけれども、大幅な人口減少が続いていくという中で、改正案の3ページでも記載されておりますが、人口減少、そして高齢化の影響は当然地域によって非常に大きく異なるわけです。高齢化のスピードの違い、介護ニーズの違い、人材確保の容易性の違い、また、外国人の増加が今回の人口推計の特徴として指摘されているという部分もございしますが、そういった部分の多様性の違い、すなわち市町村・都道府県の計画策定に当たっての前提条件に非常に大きな差異がある中で、そうした点についての配慮が特に各論部分で十分と言えるかどうかという点について、事務局としてさらにお考えいただきたいというのが一つ。

もう一点は、私が言うともたかと言われそうですけれども、資料1-1で地域包括システムの深化・推進に向けた取組の中で地域共生社会の実現をうたっておりますが、この項目は全社会議の4つの柱の一つでもあります。以前、この部会でも介護保険内部の議論に終始しないためにも、介護保険法と地域共生社会の関係について御議論いただきました。

ただ、改正案では11ページに記載があるものの、家族介護者への支援の取組は今回かなり出てきているのですが、その後「また、地域包括支援センターは」という文章に述べられているのみかと思いました。15ページでまたヤングケアラーの記述が出てきていますが、それとのバランスでも、介護分野を基軸とした地域共生社会の構築に向けたメッセージが希薄過ぎないかと私は考えております。

本日の最初の間局長の御挨拶からも地域共生の考え方に立ちながらという力強いお言葉がございました。自治体によれば、地域包括を軸とした包括的支援体制整備を進めている自治体も少なくありませんし、行政や地域の資源が少ない中では有力な選択肢だと思えます。全体としての追記的な記述というか、もう少しこの点に対応していただけないか。2020年の介護保険法5条4項が入ったという趣旨を踏まえて、御対応いただけないかと思っております。

以上、述べさせていただいた点も含め、皆様からいただいた御意見の反映につきましては、差し支えなければ私に御一任いただければと存じますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。特段御意見はないようでございますので、私のほうで責任を持って事務局と調整させていただきたく存じます。

また、反映の仕方、され方につきましては、委員の皆様にお伝え申し上げるという形に

させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、議題の2つ目「給付と負担について」、事務局からお願いいたします。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。私から、給付と負担について御説明をいたします。資料2と参考資料2がございます。資料2を中心に御説明をさせていただければと思います。

1枚おめくりいただきますと、昨年12月におまとめいただきました介護保険部会の意見書がございます。この中で、1つ目のカテゴリーでございます利用者負担の判断基準でございます。「一定以上所得」（2割負担）の判断基準について、後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等も踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得ることが適当であると書かれております。

2つ目のカテゴリーは、1号保険料の在り方でございます。1つ目の丸の後半ですけれども、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行うことが適当である、とされています。

次の丸、具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担等について、次期計画に向けて早急に結論を得ることが適当である。こちらにつきまして、遅くとも来年の夏、昨年時点の来年の夏ですので今年の夏までに結論を得るべく、引き続き議論というふうにされていたところでございます。

こちらにつきまして、一番下、先月、閣議決定をされました骨太の方針2023におきまして、こちらの記述が「介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る」と。米印にありますとおり、昨年12月の意見書を引く形で、「利用者負担の一定以上所得の判断基準のほか、1号保険料の在り方や多床室の室料負担について、2024年度から始まる次期介護保険事業計画に向けて結論を得ることとされた」という形になりまして、年末までに結論を得るということで状況が変わったという御報告でございます。こちらが1点目でございます。

2点目でございますけれども、利用者負担と1号保険料の関係で御報告をさせていただければと思います。2ページ以降に利用者負担の関係資料がついております。2ページ目は既存の資料でございます。利用者負担がどこに当たるのかというものが書かれております。

3ページを御覧いただきますと、こちらも既存の資料でございますが、これまでの介護保険の利用者負担がどのように推移してきたか。制度発足時は1割負担でございましたが、2015年に被保険者の上位20%の方々につきまして2割負担を導入し、2018年につきましては、特に所得の高い現役並み所得の方々につきまして、3割負担を導入したということになっております。

一方で、参考までに下に医療保険の患者負担の推移がございますが、2022年10月に被保険者の上位所得30%の方々を対象に2割負担が導入されたということになっております。

4ページは、昨年の秋にお示しさせていただいた被保険者の所得分布と収入の状況をプロットした図となっております。

続きまして、5～6ページでございます。こちらが今回新しくお示しする資料になりますが、2022年の家計調査を基に老健局で特別集計をした結果をお示しさせていただいております。

まず、5ページでございますが、75歳以上の単身世帯の方のデータということになります。こちらの見方といたしましては、まず右側を見ていただきますと、75歳以上の単身世帯で年収280万円の方、これは利用者負担が今の上位所得20%という現行の基準になりますが、この方々のモデル支出をつくったということになります。

つくり方でございますが、年収280万円の方を中心にプラスマイナス50万円以内のサンプルを使いまして、家計支出の平均増を計算する。それに非消費支出、税、社会保険料をこちらのほうで推計して、モデル的な支出構造をつくるという作業をしております。これでいきますと、年収280万円の方につきましては、モデル的な年間支出が258万円ということになりまして、プラスマイナスで言いますとプラス22万円ということになってまいります。

今度は左側でございます。これは一例ということになりますが、後期高齢者医療制度、上位所得30%と設定しています。これと同じような形で介護保険で計算をすると、年収220万ということになります。先ほど申し上げたモデル的な支出を計算いたしますと、211万ということで、収支はプラス9万円ということになってまいります。

続きまして、6ページを御覧いただければと思います。こちらは5ページと同じような資料になりますが、5ページは高齢者の75歳以上の単身世帯でございましたが、こちらの6ページは夫婦2人世帯で見たものでございます。右側、上位所得20%が年収346万円、支出が328万円ということで、収支はプラス18万円になっております。左側、上位所得30%でいきますと、年収は286万円ということになります。支出は265万円ということで、収支がプラス21万円ということになっております。

こういった形で特別集計した結果、家計調査の最新のデータが出てまいりましたので、御報告をさせていただきます。

次に、7ページを御覧いただければと思います。1号保険料の関係でございます。こちらの資料はこれまでもお出ししている資料ですが、ざっと概略を御説明いたしますと、今、1号保険料は介護給付費の23%を御負担いただいております。この保険料自体は保険者ごとに設定することになっていまして、今、第8期は全国平均で6,014円となっております。

この保険者が定める保険料は、階段状・段階別に設定されておりまして、国のほうでは現在、乗率は第1段階は0.3から、第9段階は1.7というふうに9段階の仕組みになっているということになります。

こちらにつきまして、8ページを御覧いただければと思います。昨年おまとめいただいた意見書につきましては、既に多くの保険者で9段階を超える多段階の保険料設定がなされていることも踏まえ、標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げについて検討を行うことが適当とされております。こちらにつきまして、こちらのほうで見直しイメージの資料を作らせていただきました。こちらは9段階よりも上のほうを細分化し、低所得者の1から3段階の方々の乗率の軽減に充当していくといった形で、保険料の仕組みの中で所得再分配機能を強化していくといったイメージをしているところがございます。こうしたところを踏まえて御議論いただければと思います。

私の御説明は以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま報告のありました事項につきまして、何かございましたら、御発言をお願いいたします。

まず、井上委員が途中退室を御予定されておられるということで、お手が挙がっておりますので、オンラインの井上委員からお願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

先ほどの基本指針とも全く同じですが、生産年齢人口はどんどん減っていく状況で、現役世代がどこまで支え切れるかという議論になっていくと思います。その中で、制度の持続可能性の観点から議論していかなくてはならないのですが、今回、利用者負担について、モデル世帯の支出の状況をお示しいただいて、これはこれで非常に貴重な資料なのですが、次回以降で結構ですが、例えば上位25%や、30%にした場合に、保険財政にどういった影響が出てくるのかというマクロ的な試算が可能であれば、ぜひお示しいただきたいと思います。

また、長い課題ですが、高齢者の方々の負担能力を考えた場合には、金融資産等々についてもしっかりと把握をして、適切な負担能力を判断していくべきだと考えております。

それと、第1号被保険者の保険料については、既に多くの自治体で多段階方式が取られていますので、この方向性でぜひ御検討いただきたいと思います。

また、その際、低所得者の負担軽減で公費が充当されている場合がありますが、これについては、公費の役割はそのまま維持していくべきと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、一旦会場の皆様にお戻しさせていただきますが、いかがですか。

森参考人、お願いします。

○森参考人 ありがとうございます。

給付と負担を議論するに当たり、私どもといたしましては、現役世代や企業にかかる負担を抑制するためにも、応能負担を基本に据えることが重要と考えております。その観点で3点、申し述べます。

1点目は、利用者負担についてであります。現在、2割負担となっている対象者の拡大に向けた検討が必要と考えております。低所得、生活困窮者の方々への過度な負担増への配慮、介護離職増加といった副作用が生じる可能性などもございますので、そういったことも念頭に置きながら、社会全体として納得のいく負担の在り方の検討というものを進めていくべきと考えております。

2点目は、資料2の8ページの1号保険料負担のさらなる多段階化等についてでございます。各保険者における保険料設定の実態を踏まえて、段階の区切りや乗率の見直しを検討することは、意味のあるものと考えていることを申し述べます。

最後の3点目、利用者負担における資産の勘案という点についてでございます。資産の捕捉など、実務・技術的な課題などのハードルは低くないと考えておりますが、中長期的な検討課題として、議論を進めていただければと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、またオンラインに戻ります。川野参考人、お願いします。

○川野参考人 ありがとうございます。全国市長会から1点の意見を申し上げます。

資料2の8ページで介護保険料の見直しのイメージが示されたところでございますが、このイメージでは具体的な段階数や乗率が示されていないため、保険者である我々市町村は、保険料設定の検討を始めることができません。

介護保険につきましては、骨太の方針において年末までに結論を得るとされているところでございますが、来年度から始まる第9期介護保険事業計画に向けて保険料を設定しなければならない保険者にとっては、年末を待たず、早い段階での情報提供が求められているものでございます。そのため、保険者が円滑に介護保険制度を運営するためにも、国においては、現段階において想定している保険料設定の段階数や乗率について、速やかな情報提供を市町村に対して行っていただきたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今のは確かに市町村の皆さんにとっては切実な御要請かと思っておりますので、その点は当然御留意されていると思っておりますが、私からもよろしく申し上げます。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

基本的に応能負担という考え方については賛同するものではありませんが、介護の場合は医療と異なり支出が恒常的となることを前提に検討することが重要であり、後期高齢者医療制度との関係を重視するべきではないと考えます。

また、応能負担を強化することで必要な介護サービスを経済的事情により受けられない高齢者が出てくることはあってはならないため、慎重に検討するべきだと考えています。

そういった意味では、今回の資料2の5～6ページで、75歳以上の単身世帯及び夫婦2

人世帯の収入と支出の状況についてお示しいただきましたが、いずれも平均値であり、様々な個別の事情による支出の振れ幅について考慮することなく、この平均値のみをもって一律に判断するのは困難だと考えています。

例えば今回の支出の状況を見ると、住居に関する支出は持ち家なのか、賃貸住宅なのか、また、持ち家が集合住宅なのか、一戸建てなのか、賃貸住宅が公営なのか、民営なのか、あるいは地域によっても住居にかかる費用というのは個別に相当なばらつきがあると考えられますが、平均を取ることで低めの支出となっていることがうかがえます。

また、介護サービスの利用が必要になった場合の支出の状況をしっかりと予測した上で判断をすることが重要であり、介護サービスを利用していない高齢者を含めた収入と支出の状況の平均値のみをもって給付と負担の在り方を検討するのは困難であり、もっときめ細かな様々なエビデンスに基づいて、実際に介護サービスを利用することによる支出の変化もシミュレーションした上で検討する必要があるのではないかと考えています。

1号被保険者の保険料負担を多段階に見直すことにつきましては、おおむね賛成ではありますが、特に引上げの水準を判断するに当たっては、負担増となる高齢者への影響を十分に考慮した上で慎重に検討を進めていただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

資料で示されている75歳以上の世帯別の収支の状況につきましては、2022年の家計調査をもとにしたということで、その後、2023年に入ってから物価動向や、公的年金が目減りしていることも考慮すれば、応能負担という考え方は必要ですが、利用者負担割合における一定以上所得の判断基準については相当慎重に検討すべきと考えます。

また、1号保険料の多段階化につきましては、社会連帯を強めること自体は必要なことだと思いますが、負担増となる層がどういった経済状況なのかを見極めながら、各保険者で丁寧な検討が進められればと思っております。

最後に、政府の「こども未来戦略方針」では、財源確保のための社会保障における制度改革や歳出の見直しを掲げられていまして、こうしたことが介護保険制度をはじめとする既存の社会保障の機能劣化を招いてはならないと考えます。もし財源が捻出できるのであれば、それは介護労働者のさらなる処遇改善に充てるというまさに求められている対応がありますので、その点、くれぐれもよろしく願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

先ほども申し上げましたけれども、介護保険制度の持続性・安定性といったものが非常

に大事だと考えてございます。一定所得以上の判断基準でありましたり、1号保険料の見直しなど、給付と負担の見直しにつきましては、本来であれば昨年に議論をし、結論を得るはずだったと思いますけれども、昨年12月の介護保険部会の意見書、あるいは全世代型社会保障検討会議の報告書におきましては、来年夏までに結論となっておりました。

その後、この部会の中でこういった議論がなされないまま、骨太2023におきまして、さらに年末までに結論を得るようになったわけでございます。このことにつきましては、遺憾に感じているところでございます。もしもこのような事情になった理由が分かりましたら、御説明いただけるとありがたいと思っております。

昨年も申し上げてございますけれども、議論が終わらないままにまた先送りということはあってはならないと感じております。審議時間の確保を含めまして、十分に議論を行った上で見直しの確実な実施を改めて強く要望したいと思います。

また、資料に関してでございますけれども、5～6ページに年収別のモデルが示されております。今後、議論を深めていくという場合におきましては、単身高齢者全体の平均的な収入と支出のデータでありましたり、後期高齢者の2割負担の年金水準である年収200万世帯の支出、あるいは非課税世帯の支出といったものもお示しいただきまして、幅広い選択肢につきましてしっかりとした議論ができるよう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。

お尋ねがあったかと思いますが、いかがでしょうか。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

昨年の年末、今年の夏までにという話をしたときには、物価高の影響等々があったからということでございます。引き続き物価が高いという状況が続いておりますが、さらに今年の春、春闘を含めて賃上げの動きが出てきているといった状況でございます。そうなりますと、来年4月の報酬改定をどうするかという議論が出てきますので、そういった状況になりますと、今の段階で利用者負担や保険料といった負担面の結論を先に出すことはなかなか難しく、報酬とセットで議論しなくてはいけないだろうという判断がございまして、骨太の方針のような結論になったということでございます。

○菊池部会長 ということでございます。

続きまして、座小田委員、お願いします。

○座小田委員 よろしくお願いたします。

今し方、課長からもお答えがあったのですが、資料2の給付と負担につきましては、低所得者の保険料の上昇を抑制する目的ですから、内容については特に異論はございませんけれども、2点ほどお願いを申し上げたいと思います。

先ほどから小林委員やその他委員の発言がございましたが、資料2の5～6ページにかかけまして、高齢者世帯の収支状況のモデルが示されているわけですが、ベースとなっておりますのは2022年の家計調査でございます。直近といえば直近なのですが、

本年度に入りましても依然として物価高騰が続いておりまして、長期化することも懸念されておりますので、こうした状況も踏まえつつ、高齢者の生活実態や運用後の影響についてしっかりと検証していただくことをお願いしたいと思います。

続きまして、介護保険制度の持続可能性を強固なものとして維持していくためには、当然負担のみならず、給付の在り方についても短期的かつ、対症療法的な対策ではございませんで、中長期の視点に立ってしっかり議論していく時期に来ているのではないかと感じております。これにつきましても意見として申し上げておきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

寺原参考人、お願いします。

○寺原参考人 ありがとうございます。

今回示されました見直しイメージ、資料2の最後のページであります。所得再分配機能を働かせるという御説明もありました。前回、本県からも意見を申し上げていた低所得者の保険料の抑制についても引き続き御配慮いただいております。感謝を申し上げます。

給付と負担は、持続可能な介護保険制度とするためには避けて通れない喫緊の課題であると認識しております。今回御説明いただいた内容は、昨年度当部会でまとめられた意見書に沿ったものであり、新たな資料も追加していただいておりますが、今後さらに議論を深めていくためには、具体的な標準乗率の変更幅や対象人口を示していただき、試算していただいた上で、全体として介護保険財政にどの程度の影響があるのか、また、この見直しによって将来にわたって持続可能な制度になるのかについて検討を行う必要があると考えております。

並行して、所得階層別に個々の被保険者にとって保険料にどの程度の影響があるのか、サービスの利用にどのような影響があるのかについても検証していただく必要があると考えます。

このような観点から、次回の部会では、本日各委員から出された意見等も踏まえて、より具体的な検討を進めていただければと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

続きまして、津下委員。

○津下委員 ありがとうございます。

第1号保険者料は、市町村格差が非常に大きくて、全国平均で6,014円なのですけれども、一番安いところで3,300円、高いところで9,800円とそもそも基準額が3倍ぐらい違う。その中で、それぞれ自治体によって傾斜をかけるということで、自治体の皆様も御苦労されていると思います。この多段階化ということは理解できるのですけれども、多段階にできる地域とできない地域がある。収入において既に格差があり、このような対応ができない地域にどうするのかということは、依然課題として残るような気がします。

また、低所得者の対応などを今後も介護保険料で賄えるのか、税の負担割合を増やすなどして賄っていく部分も必要なのではないかとも考えます。今回の制度ではこの多段階化ということでもいいと思うのですけれども、長期的にはどうしていくのかということについて、もう少し踏み込んだ議論が必要なように思いました。

以上です。

○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。

まず、1号保険料の負担についてですけれども、見直しのイメージの1～3段階を下げて9段階をさらに上位のものを設定するという考え方については賛成でございます。基本的には賛成なのですけれども、負担能力があるからといって税金や介護保険料を上限なく上げていくというのは賛成しかねます。9段階で収入があるとはいえ、夫婦で320万ですので、さほど余裕のある生活とも言えません。上限を設けるなど、負担感に対する配慮が必要ではないかと考えます。

利用者負担割合については、3割負担の範囲の拡大という方向性については賛成しかねます。その理由として、高額所得者の方にとっては1号保険料の負担増大とさらなる負担割合の増加によりまして、ダブルで負担が増えることが挙げられます。また、介護保険のサービスは医療保険と異なり、一時的な支出ではなく、生活の維持に必要不可欠なものです。

さらに、デイサービスの例を見ると、1日の負担額が、食費を合わせると一般的な負担額は1割負担で1,500円、2割負担で2,500円、3割負担で3,500円となります。収入があるとはいえ、3,500円の負担は非常に厳しいものとなり、利用をためらうこともあるかもしれません。このような負担がかかると、保険料を支払い、保険に加入してきた目的が分からなくなってしまう可能性があります。しっかりと協議を行う必要があると考えます。

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 ありがとうございます。

今までも多くの委員の皆さんが御発言されていますので、それと同じになるのですけれども、基本的に応能負担であったり、第1号保険料の多段階導入という件については、そういう方向に向かうのであらうと思います。けれども、2割負担の方々への拡大というところの問題については、今回、このモデルで示されましたけれども、これはあくまでもモデルであって、ひとつの参考であるとはいえ、この例を取り上げて早速に議論を展開するというわけにはなかなかいかないと思います。もう少し生活の実態に沿った現実を精査すべきですし、年金生活者の生活の実態ということがどのぐらいまで把握されているかというのは重視したいと思っています。

これも他の委員がおっしゃっておいりましたけれども、今は引き続き物価も上がっております。公共料金のみならず、食費であったり、直接的に生活に関わる物品が全て値上がりしているというこの状況の中で、さらにこういった介護保険の負担増というのがどれだけ生活に追い打ちをかけるかということも含めて、この問題は非常に重要ですので、慎重の上にも慎重な形でしっかり議論をしていかなければいけないなと思っております。

今回、こうやって例示されましたけれども、これはあくまでも例ということで、もう少し細かく細分化した形での内容検討というのが必要であると思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

資料2について、現役世代の社会保険料負担の水準は、特に私どもの協会けんぽの加入者の大半を占めております中小・零細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、介護保険の規模は膨らみ、一方で財源にはおのずと限界が出てくることは明白でございます。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について早急に丁寧に議論を深めていく必要があるということも皆さん御案内のとおりでございます。

そういう観点で今回の個別の論点について意見を述べさせていただきますと、まず4ページの2割、3割負担の水準については、介護保険の持続可能性を高めるために、限られた財源の中で、応能負担の観点から現役並み所得、一定以上所得の双方についてそれぞれ判断基準の見直しを丁寧かつ迅速に議論を行う必要があると考えます。

また、8ページの1号保険料負担について、高齢化が進展する中で、限られた財源の下、持続可能性を確保し運営するためには、まず年々増加する1号保険料の現行水準をしっかりと担保する、抑えるということが重要ではないかと考えております。低所得者などに配慮しながら、被保険者の負担能力に応じた多段階化で保険料の設定を丁寧に行っていく議論をしっかりと進めるべき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。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

2割負担の範囲や1号保険料の負担の見直しについて、応能負担は当然進めるべきと考えております。一方で、平均的なモデル事例が示されていますけれども、個々の需要も異なりますし、後期高齢者医療の2割負担、あるいは物価高騰などの影響も含め、様々なケースの詳細な検討をお願いしたいと思います。特に負担が増える範囲の中で、低所得に相

当する方々への慎重な検討が必要だと思えます。

また、前回の見直しでは、第1段階から第3段階の低所得者の方々のサービス利用における負担増を図っておりますので、その影響も把握すべきだと思えます。

いずれにしましても、尊厳の保持と自立支援を目的とした強制加入の介護保険制度の共助の仕組みとしてどういった負担の在り方がふさわしいのか、しっかりと議論していく必要があると思えます。

その上で、介護保険の健全な持続について、今後、公費の投入、保険料の負担、いろいろな議論が避けられないと思えますので、幅広く忌憚のない議論が必要だと思えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

兼子委員、お願いします。

○兼子委員 私もこれまでしばしば申し上げてきましたけれども、現役世代ということの考え方なのですけれども、まず就労によって収入を得ている人ということが一般的に言われていると思うのですけれども、例えば資産を運用して収入を得ている人も私は現役世代ということだと思えるのです。そういう意味で、恐らく私の聞き方が悪いみたいなのですが、現役世代と強調されますと、一般的には就労している世代とリタイアした高齢者という分け方がされますけれども、そこには私は無理があるように思えますので、所得のある層と所得のない層としていただきたいと思えます。

それから、応能負担が原則だと思えますけれども、これについては前にも申し上げましたけれども、要するに税の在り方の中で、非課税についてはなぜなのか。それはその人の生活に必要な収入について、税は踏み込まないということで非課税ということですので、私は公的な社会保険、医療保険も介護保険もその考え方がシンプルでいいのではないかと考えております。それぞれの制度で様々な基準を設けるということは、事務の効率化ということでもむしろ厚労省の方たちに大変な負担を強いることになると思えますので、私はシンプルにそういうふうに分けていただきたい。

それから、その考え方から導き出されるわけなのですが、非課税の場合についてはやはり免除。それから、その少し上の段階については保険料の軽減といったことをぜひ検討していただきたいと思っております。

時間が参りましたので、以上でございます

○菊池部会長 ありがとうございます。

杉浦委員が途中で代理出席の方に代わっておられると思うのですが、まず、御発言の前に参考人として皆さんの御了解を得る必要がありますので、すみませんが、お名前と御所属をお名乗りいただけますでしょうか。

○福島参考人 申し訳ありません、杉浦が公務により急遽途中で退席いたしました。私、瑞穂町福祉部部長の福島由子と申します。代理の発言をお願いしたく、会長にお願い申し上げます。

○菊池部会長 急遽の御退席ということで、まず皆様にお認めいただけますでしょうか。よろしいですか。

それでは、お願いいたします。

○福島参考人 ありがとうございます。

まず、資料2の8ページに関してでございます。こちらは川野参考人からも御意見、御発言がございましたが、介護保険料の高額所得階層の引上げと低所得階層の引下げの方向性についてイメージが示されていますが、こちらのイメージだけでは具体的な部分が分かりません。町村におきましても、介護保険料のほうを今後検討していかなければいけませんので、ある程度幅のある内容でも結構ですので、国が現段階で想定している具体的な内容を地方自治体に対してなるべく早く情報提供をお願いしたく、意見を申し上げます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。野口部会長代理、お願いします。

○野口部会長代理 どうもありがとうございます。私からは2点申し上げたいと思います。

一つは、地方自治体の皆さんから具体例を示してほしいというお声がありましたけれども、資料2の8ページと参考資料2の20ページのことについてです。保険料の見直しについてですけれども、具体的な段階の数であるとか、乗数の検討に当たっては、既に多くの自治体が多段階化しているということですので、例えば自治体によって保険料にも非常に差がある、要するにばらつきがあるということですので、いろいろなそういったばらつきのある自治体さん、例えば保険料が非常に低いところ、あるいは高いところ、あるいは中位のところという形で、そういう自治体さんからいわゆる情報提供をいただく。各段階にどのぐらいの人がいて、どれぐらいの保険料が集められているかといったことのデータを実際に上げていただいて、そうすれば、各自治体のパターンによってどのぐらいの実態なのかということのマクロ的な試算が可能になりますので、ぜひ早急に様々な多段階を取り入れている自治体からのデータを収集していただきたいというのがまず一点です。

2番目は、介護事業の経営実態調査などから、今年に入って全体的に賃上げの動きが明確になってきていますし、こういった介護事業の経営実態調査などからも、介護人材を確保するためにそれなりの報酬改定が必要になってきますし、今、賃上げがかなり進んでいるという実態も見えてきています。

介護保険料の見直しで、低所得者の方々に対する負担を軽減すると。そこに充当されている公費、あるいは保険料の役割分担が非常に検討事項となっているのですけれども、これはたしか昨年も申し上げたのですけれども、今、ずっと議論してきたみたいに、高所得者の保険料を引き上げた分について、低所得者の方々の保険料の軽減に充当するということが焦点になっていますけれども、それだけではなくて、そういった介護職の処遇改善などの次期の介護報酬改定の財源といったものにそういった高所得者の皆さんからの保険料を充当していく、それに活用するというのも考えられるのではないかと考えております。

以上2点です。どうもありがとうございます。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

この論点の2つ目につきましても、様々な御意見をいただきましてありがとうございます。いただいた御意見も踏まえて、さらなるエビデンスを示す分析がどこまでできるかといった様々な御要請もございました。

私は医療保険部会の委員でもございますが、昨年、後期高齢者医療制度の議論をした際には、今回お示しいただいた5～6ページの年収別モデルがかなり重みづけを持って議論がされたと記憶しております。これは事実としてそういう記憶をしております。

ただ、それに加えて様々な御意見もございましたので、どこまで対応できるかという部分もございますが、ここは事務局と確認し合っておりませんが、議論自体は秋以降になるかなと思いますので、それまでまた御準備を事務局にお願いできればと存じます。よろしくお願いたします。

それでは、12時を過ぎてしまいまして、御退出された委員もおられまして大変申し訳ございませんが、もう一つ、最後の議題「その他」がございますので、取り急ぎ事務局から御報告をお願いいたします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

資料3に基づきまして、匿名介護情報等の提供について、御説明を申し上げたいと思います。御報告でございます。

スライドの2ページを御覧ください。介護保険総合データベースについてでございます。1番が概要、2番がこれまでの経緯でございますが、平成30年より第三者提供を開始いたしました。令和2年及び令和4年でそれぞれ医療保険関連情報及びDPCデータベースとの連結解析も開始しているといったところでございます。

資料の3ページが、介護DBの収集経路をお示ししております。並びに4ページ目が、格納されているデータの件数及び容量などについて記載したものでございます。

5ページ目、第三者提供に係りましては、慎重な審査を行っております。その医療及び介護の審査の体系を記載したものでございます。

6ページ目は、1点御報告となります。第三者提供の承認件数でございます。左側の棒グラフ、令和4年度は8件といった状況でございます。これまでの提供申出者の区分は右の円グラフのとおりとなっております。大学・大学院が最も多いという状況でございます。

続いて、7ページ及び8ページについては、これまでの第三者提供の実績を記載したものでございます。

スライドの10ページ、最後でございます。こちらも御報告となります。これまで特別抽出、集計表情報、サンプリングデータセットといった3つの形式で提供を実施してまいりました。申出に合わせて提供データの準備をする必要があるため、提供までに時間を要していたということがございます。

このたび、この表で申し上げますと「②定型データセット」という赤く枠をしておると

ころでございますけれども、承認から提供までの日数を大幅に短縮するため、新たな提供形式である定型データセットを整備いたしました。この新たな形式による提供を本年8月を目途に開始を予定しております。こうした取組により、さらにこういった第三者提供の推進を進めてまいりたいと考えております。

なお、補足でございます。介護データベースと連結解析が可能な公的データベースであるNDBにつきましては、クラウド環境でデータベース解析等が可能となるHICの整備に向けた検討が行われております。これについては、介護DBも連結解析ということでございますので、必要な対応も併せて今後検討してまいりたいと思っております。

以上、現状について御報告申し上げます。よろしくお願いたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、資料4に基づきまして御報告させていただきます。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

去る前国会におきまして、超党派の議連において議論が進んでおりました、認知症に関する基本法に関しまして、成立いたしましたという御報告でございます。6月14日の参議院で成立いたしまして、6月16日に公布されました。共生社会の実現を推進するための認知症基本法でございます。

この法律の目的は、記載がございますとおり、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるように、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする法律でございます。

基本理念、国・地方公共団体等の責務、認知症施策推進基本計画に関する定めがございます。政府が計画を策定すること、都道府県及び市町村がそれぞれ都道府県計画、市町村計画を策定する努力義務ということが規定されてございます。これに関する基本指針上の記載につきましては、議題1で御確認いただいたとおりでございます。

その上で、基本法でございますので、基本的施策や本部の設置ということが規定されてございまして、この施行期日につきましては、公布の日、6月16日から起算をいたしまして1年を超えない範囲において施行され、施行後5年を目途とした検討規定がありますという御報告でございます。

以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 続きまして、高齢者支援課長の峰村でございます。資料5、検討会の設置につきまして、御報告させていただきます。

この検討会は、昨年末の全社会議の報告で、住まい政策を社会保障の重要な課題として位置づけ、そのために必要となる施策を本格的に展開すべきとされまして、本部会の意見におきましても、住まいと生活の一体的な支援の方策について引き続き検討することとされました。こうしたことを踏まえまして、3省合同で設置したものでございます。先週3日に第1回の検討会が開催されました。

資料の「設置の趣旨」の3段落目でございますように、単身高齢世帯の増加や居住が不安定な状況に陥りやすい方々が多いことがコロナ禍で顕在化したことなどを踏まえまして、

住宅確保要配慮者の円滑な住まいの確保や住宅政策と福祉政策が一体となった居住支援機能等の在り方を検討していくものでございます。

主な検討項目としては、御覧の4点が掲げられております。資料の3枚目に、本検討会における検討の方向性案が示されてございます。

1 ポツ目、空き家が増加しております、戸建ても含めたセーフティネット住宅等の拡大。

2 点目、地方公共団体の住宅部局・福祉部局等の連携強化。

3 点目、地方公共団体による生活支援や福祉サービスの充実。

4 点目、孤独死や残置物処理等の大家の不安軽減に資する、居住支援法人による関与の推進等が掲げられております。

4枚目が今後のスケジュールになりますけれども、この後、第2回、第3回が予定されておまして、第4回の9月にこれらの議論の論点提示、それから中間取りまとめの素案が議論される予定でございまして、今年の秋頃を予定としまして、中間取りまとめ案が議論される予定でございます。

簡単でございしますが、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ただいま御報告いただきました事項につきまして、御意見等がございましたら、お願いいたします。

まず、会場はいかがでしょうか。特によろしいですか。

オンラインからは佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 時間も過ぎていきますので手短に。

介護DBについての審査体制なのですが、慎重な審査が必要なのは分かりますけれども、審査期間の短縮化というのは鋭意努力いただければと思いますのと、それから、どうしてもこういうものは大学に偏るのですが、利用者の多様化というのに努めていく必要があるのかなと思います。必ずしも学術研究のためだけにデータを利用するわけではないからです。

最後にもう一つ、住宅についてですけれども、住宅は、前もどなたか委員の方がおっしゃっていましたが、公営住宅の利用というのは考えたほうがいいかなと思いますので、その辺も各部局と連携の上、検討いただければと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。オンラインの皆様、特によろしいですか。

ございませぬようですので、本日はここまでとさせていただきます。少し時間をオーバーしてしまって申し訳ございませんでした。

次回の日程につきまして、事務局からお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局でございませぬ。

次回の本部会の日程については、追って事務局より御連絡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たいと存じます。

他の社会保障審議会の各部会に出ておりました、オンラインと対面の在り方については少しずつ対面のほうにシフトしてきているなというのを感じております。こちらの部会についてどのような形で進められるかも事務局のほうで十分御検討していただけるようお願いしたいと思います。

それでは、本日も御多忙の中、御出席いただきましてどうもありがとうございました。