

○奥山総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第109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。

本日は対面を基本としつつ、オンラインも組み合わせ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させていただきます。

一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長、小林広美委員です。

○小林（広）委員 よろしくお願いいいたします。

○奥山総括調整官 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、御退出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いたします。

○菊池部会長 皆様、おはようございます。

本日も師走の大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。どうぞよろしくお願いいいたします。

まず、本日の委員の出席状況ですが、大石委員、大西委員、中島委員、東委員、山本委員より御欠席の御連絡をいただいております。

また、御欠席の大石委員の代理として、長崎県福祉保健部長、新田惇一参考人、大西委員の代理として、高松市健康福祉局介護保険課長、川野祥靖参考人、東委員の代理として、全国老人保健施設協会副会長、平川博之参考人、山本委員の代理として、日本看護協会常任理事、田母神裕美参考人、以上の皆様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存じます。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。よろしくお願いいいたします。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

初めに、本日の資料と会議の運営方法について事務局からお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局でございます。

それでは、お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

まず、資料の確認ですが、事務局提出資料と併せまして、本日、石田委員から資料が提出されております。

資料について、会場にお越しの委員におかれましては、机上に用意しております。オンラインにて御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存じます。同様の資料をホームページに掲載しております。

資料の不足などがございましたら、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方には、画面の下にマイクのアイコンが出ています。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、御発言される際にはZoomツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言ください。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 ありがとうございます。

今、ちょっと気づいたのですが、座席の配置が何か見方によっては委員の皆様の方が私から遠いというか、上座、下座ではないのですが、ちょっとどうかなというように感じまして、以後、事務局と相談させていただきたいと思いますので、今日のところはお認めいただければと思います。大変失礼いたしました。

それでは、議事に入らせていただきます。

議題の1、給付と負担につきまして、事務局から資料説明をお願いいたします。

○蓑原介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

私のほうから資料1に基づきまして御説明をさせていただきます。

資料1のほうをおめくりいただければと思います。

まず1ページ目のスライドは前回もお示しをしておりますが、各種介護保険料・利用者負担に関する取りまとめでございます。

さらにおめくりをいただきましてスライド3、4辺りは前回もお示しをしておりますが、現行制度の利用者負担に係る制度に関しまして、また、その経緯に関しましての資料でございます。

スライドの5が前回もお示しをしておりますが、1号保険者の所得区分につきまして、2割負担、3割負担の水準が分かりやすいような資料を御提示させていただいているところでございます。

スライドの6、7が今回追加をさせていただいている資料でございます。前回、伊藤委員のほうから年金のモデル年収のところまで詳しい年収別のモデルをお示しすべきという御指摘がございましたので、前回240万、260万というところのモデルだけでございましたけれども、さらに10万円ずつに機械的に刻ませていただきましてそれぞれの年収別のモデルを御提示させていただいております。前回と同じように一番下のところに年収というように書かせていただいております。その各箱の一番上のところに例えば280万であれば258という数字を書かせていただいておりますけれども、これが支出の合計ということでございまして、この差がある意味でいうと隙間というような形になっているところでございます。

今のスライド6が単身世帯でございますが、スライド7が夫婦世帯という状況になってございます。

スライドの8が今の現行の一人当たりの介護保険の中の利用者の負担額の分布についてサービス別にお示しをしたものでございます。少し小さくて恐縮ですが、左上のところは全体像でございます。青が在宅系サービス、赤が居住系、特定施設と認知症のグループホームでございますが、あとは薄い水色が施設系サービスというようになってございます。現行、高額介護サービス費14万円が最高の額でございますので、それを前提といたしますと、利用者の負担額の分布といたしましては、左上のように14万円までつながっていくというような状況になってございますが、大方は4万4000円以下、高額介護サービス費の4万4400円以下のところに多くの方がおられるというところでございますので、そこを拡大したものが中ほどの図になってございます。

在宅系統のサービスの色については先ほど申し上げたものと一緒でございます。在宅系サービスについては、負担額の割合としては左側、比較的低いところに山があるというような状況でございます。施設系サービスは右のほう、また、居住系のサービスのほうも右のほうに少し山が寄っている。ここは基本報酬等の差があるかと思っております。

その上で、2万2000円のところに点線を引かせていただいておりますが、仮に2割負担を導入した場合ということではございますけれども、先ほどの高額介護サービス費を前提といたしますと、2万2000円より左側の層の方々に関しましては、4万4000円までに当たらないということございまして、単純に2割負担によって負担が倍になるという方々の層ということでございます。

一方で、2万2000円から右側の層の方々に関しましては、4万4400円の高額介護サービス費の天井がございますので、単純に倍にはならない。当然負担は増えるわけですが、4万4000円との差額分について負担が増加をするという方々の層という状況になってございます。

スライドの9がまた新たに追加をさせていただいているところでございます。先ほどの年収別モデルにつきまして、10万円刻みのモデルを御提示させていただきました。また、前回、伊藤委員等から、それぞれの見直した場合の影響額についてどういったものになるのか資料を提示してほしいという御指摘がございました。その御指摘を踏まえまして影響の試算をさせていただきました。これはかなり粗い試算という前提でございます。

試算の前提が左側に書かせていただいております。まず利用者の割合でございますけれども、1割負担者の中で被保険者の中に占める利用者の割合というのが現状16%ほどというようになってございます。また、2割負担となる割合でございますけれども、2割負担の判定基準に関しましては、まず所得の要件がございます。さらに手取り年収が実際に、例えば給与収入等がありまして実際の手取り年収が一定の基準までいかないような場合もございまして、所得の基準を設けた上で、さらに年収の要件を設けるというような形で判定を今、現状、させていただいております。その上で、所得の基準をクリアして該当し、

かつ年収の基準にも該当するという方々の割合が現状、8割ぐらいということの前提、状況になってございますので、これを前提に置いてございます。

また、負担増額というところで一番下に書かせていただいておりますが、ここに関しましては、先ほどの利用者の負担額の分布に関しましては、所得別のデータというのは今、現状ございませんので、どの所得階層においても同様の利用者の負担額の分布があるという大前提、仮定を置かせていただくということでございます。

今、申し上げた一定の仮定を置かせていただいた形で影響額について粗い試算をさせていただいたのが右側の表になってございます。270万円から190万円までそれぞれ仮に2割負担という形になった場合についての影響でございます。それぞれマル1ということで被保険者数と書いてございますが、例えば270万円の水準でございましたら62万人の方々がその該当し得る方々の被保険者の母数になるということでございます。

一方で、先ほど申し上げたとおり、利用者の方々に関しましては、被保険者数のうち約16%ほどというところがございます。さらに、2割を満たす方々はそのうちさらに8割ということがございますので、マル2の影響者数というように書かせていただいているところにマル1掛ける16%掛ける8割と書かせていただいておりますが、実際に2割負担を御負担いただく方々に関しましては、恐らく現状の一定の仮定を置けば8万人程度になるのではないかと推計、粗い試算をさせていただいております。

それを前提といたしますと、給付の影響額はマイナス90億円とあくまで給付の影響額全体でございますが、マイナス90億円というような粗い試算をさせていただいております。それぞれ階層別に同じような試算をさせていただいておりますので、その数字については御覧をいただければと思っております。

スライドの10ページ目が負担額の分布に関しまして、こちらにも粗い推計ということでございますけれども、先ほどの負担額の分布を前提として、例えば高額介護サービス費4万4400円を前提といたしますと、負担が単純に倍になる層と4万4000円の天井に当たってくる方々の層がおられるわけですが、それを前提といたしまして、それぞれどの程度負担が増えるのか、人数ベースでどれぐらい増えるのかというところをそれぞれの2割負担の見直しをした場合について的人数ベースでの状況についてお示しをしております。

左側から、例えば一番左側で単身270万円以上という形の要件にした場合でございますけれども、0から2,000円の方々が1万7000人ぐらいということで全体の占める割合としては21%ほど、それが同じようにずっと行きまして2万2000円から2万4000円、いわゆる倍になってくる方々については0.5%とか、もしくはそれより少し低いところがございますが、4.7%ぐらいが単純、倍になってくるような方々がおられるというような状況になってございます。

以上がスライド10でございます。

スライド11は、こういった2割負担の検討をするときには貯蓄、資産の状況を勘案すべきというような御指摘もございましたので、スライド11は前回、参考資料でお示しをした

資料をおつけしております。

スライドの12でございますけれども、こちらは12月5日の経済財政諮問会議のほうで全世代型社会保障構築を目指す改革の工程の素案というのが示されております。そのうちの2024年度に実施する取組の中で介護保険制度改革の関係が触れられておりますので、それについての抜粋した資料でございます。

具体的にはここに書かせていただいているように団塊の世代が75歳以上となる2025年、その後、高齢者人口がピークを迎える2040年頃にかけての介護給付費の増加を見据え、財政、サービス提供の両面から安定性・持続可能性を高めていく必要がある。また、生産年齢人口が急激に減少する中、今後、ますます介護人材の確保が厳しい状況となっていくことが見込まれ、足元では経済情勢の変化に伴い、介護分野からの人材流出も見られる中で、人材不足の課題に対応していくことが喫緊の課題ということになってございます。

その次のポツのところは、この部会でも御議論いただきまして、この前、基本的方向性について了承いただきました1号保険料の所得再分配機能の強化に関して、また、それに伴います社会保障の充実として行わせていただいております低所得者の負担軽減の公費の一部について、処遇改善等をはじめとした報酬改定の中での議論に活用するというところについての記述がされているところでございます。

次は「また」でございますが、2割負担の関係でございますけれども、こちらに関しましては負担能力に応じた給付と負担の不断の見直しの観点から検討を行うものであり、現場の従事者の処遇改善をはじめ、地域におけるサービス提供体制の確保に係る介護報酬改定での対応と合わせて、本年末の予算編成過程において検討すべきである。その際、介護サービスは医療サービスと利用実態が異なること等を考慮しつつ、当該判断基準につき、現下の経済情勢等も踏まえ、検討すべきであるというような形にされているということでございます。素案として諮問会議に提示されたものでございます。

次のポツは室料負担の関係でございますので割愛をさせていただきます。

続きまして、今後の対応についてというところでございますけれども、団塊の世代が75歳以上となる2025年、その後、高齢者人口はピークを迎える。すみません、スライドの13でございますが、2040年頃にかけての介護給付費の増加を見据え、財政、サービス提供の両面から、安定性・持続可能性を高めていく必要がある。

また、生産年齢人口が急激に減少する中、今後ますます介護人材の確保が厳しい状況となっていくことが見込まれまして、経済情勢の変化に伴いまして介護分野からの人材流出も見られる中で、人材不足の課題に対応していくことが喫緊の課題ということで、今まで御議論いただいた内容でございます。

次の○のところは、1つ目のポツのところは先ほど申し上げた1号保険料の見直しのことについて記載をさせていただきます。

「一方で」というところでございますが、人材確保策を含む地域におけるサービス提供体制の確保については、介護給付費分科会のほうで別途御議論いただいておりますが、介

介護報酬改定を審議中ということでございます。当該財源の確保策の在り方に加えまして、当然ながら、改定をいたしますと1号保険料、2号保険料の伸び、影響してくる部分があるというところがございますので、そういった抑制にも配慮をしていく必要があるということでございます。

したがって、2割負担の一定所得以上の判断基準の在り方については、負担能力に応じた給付と負担の不断の見直しの観点から、現場の従事者の処遇改善をはじめ、地域におけるサービス提供体制の確保に係る介護報酬改定での対応と合わせて、予算編成過程で検討することとしてはどうかということをお示しさせていただきたいと思っております。

その際、以下の点に留意しつつ検討することとしてはどうかということでございますが、1ポツのところは、介護サービスは、医療サービスと利用実態が異なるため、単純な比較は困難であること。これは前回の部会でも御議論させていただきましたが、医療のほうは被保険者のほとんどが医療サービスを使うということでございます。一方で、介護保険の場合は被保険者3600万人中520万人ぐらいが利用者ということ、20%ぐらいが利用者ということで集中をしているということ、さらに介護に関しましては、医療と同じような疾患の治療という性質のものではないので、1回サービスの利用が始まると、そこからずっと継続的なサービスの利用が続いていくというところで、両者の質が違うということをお示しさせていただいております。両者の制度について単純な比較は困難であるということをお示しさせていただきます。

次のポツが判断基準の見直しの検討に当たってはということでございますが、前回もいろいろと御指摘をいただいておりますが、見直しをした場合に関しましてサービスの利用控えがなくてはならないというような御指摘もいただいております。その点に関しましてサービスの利用への影響について留意をすることということについて記載をさせていただいております。

3ポツのところは実務的なところでございますが、仮に見直しを行う場合ということでございますが、実際に施行までに関しましては実務への影響、また、利用者への周知期間等に十分配慮する。具体的には実務のところに関しましてはシステム改修等といったところも生じてくることを想定をされます。そういったところに配慮するという観点から、十分な準備期間を設けることということ、今後の対応についての案をお示しさせていただきます。

少し参考資料1-1だけ触れさせていただきたい部分がございますので、恐縮でございますが、少し御説明をさせていただきます。

前回、伊藤委員のほうから、高齢者の方々の全体の支出の状況について、モデルの年別モデルだけではなくて全体のもの、実態を示してほしいということで、7ページ目でございますが、家計における支出に関しまして、消費支出、非消費支出等に関する実態についてお配り、お示しをさせていただきます。

8ページ目が消費支出のうち、保健医療支出でありますとか介護の支出が含まれており

ますその他支出に関しましての経年の変化についてお示しをさせていただいているところでございます。

また、続きまして14ページ目以降でございますが、前回、橋本委員のほうから、今回の制度見直しではないけれどもという前提ではございましたが、今後、介護給付費が増大していく中で介護予防といった取組にはしっかりと取り組まなければいけないのではないかとというところの御指摘もございました。そういったことを踏まえまして、14ページ以下のスライドでございますが、現状の要介護認定の状況に関しまして、過去からの比較についてお示しをさせていただいております。

14ページ目のスライドの一番下の表でございますが、マル2引くマル1というように書かせていただいているところが2014年と2022年の比較になってございますけれども、各年齢階層ごとに一定程度、要介護認定率の改善が見られるというような状況になっているかと考えております。

スライドの15でございますが、それを各年ごとに見たものでございます。第7期、第8期のところについて赤枠をつけさせていただいておりますが、それぞれ7期、8期については継続的に介護認定率については各年齢階層ごと、特に75、80歳以降に関しまして低下をしていっている傾向が見られるかと考えているところでございます。これについては介護予防事業等、やらせていただいているところ、保険者の皆様方に御協力いただきながらやっているというところに加えて、16ページのスライドでございますけれども、個々人の意識の変化といたしまして、健康寿命の推移ということでお示しをしておりますが、右側のところに数字を書かせていただいておりますが、御覧のとおり平均寿命の伸びよりも健康寿命のほうが伸びているという実態がございますので、介護予防もしくは健康の意識ということの高まりに応じまして、先ほどのような要介護認定率の状況が生じているのではないかとこのように考えているところでございます。

先ほどの諮問会議に配られました全世代型社会保障構築を目指す改革の工程の素案に関しまして、参考資料1-2に全体版はおつけをしておりますので、適宜御参照いただければと考えてございます。

御説明、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をお願いいたします。

事務局から御案内のとおり、予定終了時間内に多くの委員の皆様にご発言いただきたいと考えておりますので、御発言時間について各委員におかれましても御協力を賜りますようお願いいたします。

いつものように、まず会場、そして、オンラインという順で御発言をお願いできればと存じます。まず会場の皆様、御発言がおありの方は、恐縮ですが、挙手でお知らせいただけますと幸いです。いかがでしょうか。

それでは、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

全国健康保険協会の鳥潟です。よろしくお願いします。

2割負担、3割負担の水準については、介護保険制度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行う必要があると考えております。うち2割負担の一定所得以上の判断基準の在り方について、医療サービスと利用実態が異なるため単純な比較は困難という観点ではありますが、理解はいたしますけれども、一方で、医療と介護の連携が深まる中で、両サービス間の平仄は可能な限り合わせていただきたいと考えており、医療制度における判断基準の在り方をよく踏まえた上で議論していただくようお願いしたいと思います。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

花俣委員からお手が挙がっていらしたと思います。どうぞ、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

まず資料1なのですが、一定以上所得の判断基準ですが、今回は75歳以上の世帯の収入と支出の状況、年収別モデルが10段階で示されています。しかし、この資料では要支援、要介護の認定を受けた方々の収入と支出の状況を把握できません。また、その他消費支出に介護サービスの自己負担分が含まれるそうですが、身の回りの品や理美容代など諸雑費や交際費、仕送り金なども合計した額ではとても介護保険の自己負担額のエビデンスにはならない。つまり、認定を受けた皆さんの収入と支出の状況が示されない限り、2割負担の方を増やせるかどうかを判断することはできない、納得して受け入れることはできないことをまず申し上げます。

資料1のP12にありますように、政府の財政諮問会議で介護保険制度改革の素案が出され、この中で13ページにもありますように利用者負担の範囲の見直しとして本年末の予算編成過程において検討するとあります。介護を必要とする人や介護する家族にとって、利用料が2倍になるのかどうかという不安は大変大きなストレスになっています。また、介護保険サービスを必要とする人は医療のニーズも抱えています。少子化対策のため、医療保険の引上げのほか、患者負担も増やすことが予定されています。来年度の第1号保険料は人口比率の計算だけでも自然増があります。年金収入がほとんど増えず物価高騰の中で保険料と患者負担も上がるという中、さらに介護保険で利用者負担が2割になる人を本当に増やせるのでしょうか。

加えて、多くの皆さんを不安に陥れる見直しの審議が長期化するという異例の展開、これ以上、無理やりの議論を続けていただきたくはないのです。介護を必要とする皆さんが負担増によりサービスを減らす、あるいは諦める事態は絶対に回避していただきたいと繰り返し強く要望いたします。

以上になります。



○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。

日本慢性期医療協会の橋本でございます。

先ほどの参考資料の14から16ページ、介護予防の効果についてお示しいただきましてありがとうございます。この結果で見させていただきますと、平均寿命よりも健康寿命のほうが上がっている、要介護度も重度のところ下がっているということで、各予防サービスの一定の効果が認められるのではないかと思います。ありがとうございました。

私たちは医療、介護の従事者として、さらにこういった介護度を下げていくとかという努力をしていきたいと思っております。確かに今、予防の効果は出ていますが、更に、それに加えて、治療もしていく。介護度4、5の寝たきりの人を介護度3、2にしていくというリハビリも医療ですし、ケアも医療の一つですので、予防だけでなく治療も今後、私たちはしていかなければいけないと思っております。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

笹尾委員、お願いします。

○笹尾委員 これまでの議論の中で、7月段階ではやはり慎重な意見ということ、それが大勢を占めていたというように思っておりますけれども、今回、資料として予算編成過程で検討ということについてはなかなか納得し難い部分があると思えます。

予算編成過程というところで、誰がこのことを検討するのか。まさに国会の別の会議体なのか、それから、厚労省や財務省のことなのか、政治の場なのか。やはりそういう不透明なままの検討を予算過程の中ですということについてはなかなか理解し難いなというように思っております。

それから、今回の資料の13ページの最後に医療と介護の異なるということを付記していただいたことと、見直しによるサービスの利用への影響という部分を書きいただきました。これはやはりさらに掘り下げた形で生活実態や課題を分析しないとなかなかこれだけの判断では難しいなというように思っております。

特に介護保険が導入された2000年から2023年ぐらいい経過する中で、この間、やはり消費税については二度にわたってアップをしているわけでありまして、また、光熱費の関係であるとか、それから、年金についてもそれほど上がっている状態ではない。この間のことを踏まえて、なおかつ3,000円弱から6,000円を超える額になってきているということを見ると、高齢者の生活実態そのものが厳しくなっているのだろうというように思わざるを得ないと思えます。

一方で、働かざるを得ない、補填をしなければいけないということで働いている高齢者の割合が増えている。主要国の中でも非常に高い割合になっているということが現状だというように思いますれば、これからの議論というのをやはり慎重に検討していただくことが大事であろうというように思いますれば、この13ページのところにあります予算編成過

程で検討するということについては認め難いというように思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林広美委員、お願いします。

○小林（広）委員 ありがとうございます。

今もお話もありましたけれども、13ページに記載されている留意事項について幾つか意見を申し上げさせていただきたいと思えます。

今般の2割負担の一定以上の判断基準の見直しということによって、負担割合が増える利用者さんはこれまで記載は留意するとは書かれていますが、やはりこれまで利用していた介護保険サービスの利用を控えるですとか、あるいはそれに合わせて代替となるものの調整が必要になるですとか、プランの見直しというものであったりとか変更が必要になる可能性があります。そのためにこれをやっていくということであるとすれば、保険者を通じてできるだけ被保険者に向けても早い段階で周知をお願いしたいなと思えます。

また、高齢者の生活におきましては、利用者負担割合以外にも居住費ですとか、それから、基準費、費用額の見直しですとか、ほかには物価高騰の影響もあります。特に先ほど説明もありましたけれども、境界層に当たる利用者さんの場合には、補足給付による負担限度の変更とかもありまして、それに加えて負担割合が上昇する利用者さんにつきましては費用負担がありますので、費用負担が急増する場合がありますので、説明いただきましたが、ここにも記載されていますが、こういった高齢者の事情に十分配慮していただきたいと思いますというように考えております。

○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。

昨日になりまして、2割負担の判断基準を見直した場合の給付影響額等に加えまして、経済財政諮問会議の考え方や、参考資料として全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋等について資料に追加をされましたが、最も重視すべきは、介護を必要とする高齢者が必要な介護サービスを適切に受けることができるかという点だと思います。経済的な事情で必要な介護保険サービスを利用できないというケースが出るようであれば、高齢者は生活をする事ができません。そして、そういう事態になれば、介護離職の急増による働き手の減少や、それによる多額の経済損失が発生するなど社会全体への悪影響が及ぶことも懸念をされます。

今回は高齢者の収入と支出の状況や貯蓄の状況、現行の利用者負担分布、高額介護サービスを利用した場合の負担の増加に関するシミュレーションなどについて、より詳しく補足をさせていただきましたが、先ほどから数名の委員の方も言われていますし、前回、私のほうも申し上げましたとおり、要介護状態の方の支出には介護保険給付の対象とならない衛生用品や通所施設での食費負担、居住系、施設系サービスあるいはショートステイ等で

のホテルコストや食費、水光熱費負担が発生しています。これらについても併せて検討の材料とすることに加え、必要な介護を受けるために収支がマイナスとなる場合に預貯金の取崩しや親族からの金銭的援助に頼るケースがどの程度あるのかも踏まえて検討する必要があるため、こういったところまで深掘りして慎重に検討するためのエビデンスも整えていただくことを要望します。

事務局から、現場の介護従事者の処遇改善をはじめ、地域におけるサービス提供体制の確保に係る介護報酬改定での対応と合わせて、予算編成過程で検討することとしてはどうかとの提案についてですが、2022年に介護職員の離職者が入職者を上回って離職者が超過し、本来は介護職員を増加させなければならないにもかかわらず減少に転じていまして、人材確保に関しては介護保険制度の持続可能性の確保に関する一番の懸念材料となっています。

今後の対応案にも記載をさせていただいている人材不足の課題に対応していくことが喫緊の課題であるとの認識を踏まえて、国は介護職員確保のための処遇改善を必須として取り組むであろうことや、昨今の物価、光熱水費の高騰による事業者の収支差の悪化も考慮する必要があることを踏まえると、介護報酬は当然に大幅プラス改定されるものと考えており、そのことにより、利用者負担の増加が生まれてきますので、それを踏まえて判断をする必要があるという観点であれば、事務局提案については了承しますということでございます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

実際に利用していらっしゃる方の負担が2倍になる層があるということに関しては非常に慎重な議論が必要で、委員の皆様のお話、本当にごもっともだと思います。一方で、介護保険制度の維持というのは財政的にもこのまま続けていくことが可能かどうかを都度都度判断していかなければいけない、そういう時期にも差しかかっているということを感じています。諸外国に比べると本当に充実した介護保険制度であり、介護サービスのインフラが整ってきたということではあります。一方では、負担を増やし続けることは難しいし、高齢者が増えて若年者が減っているという現状の中で、もうこれは厳しい話になる。どこからかお金が出てくるわけではない中で、どこを効率化するか。

先ほどの話で、年齢区分別にみると介護認定率が下がったという報告がありました。確かに脳卒中の罹患率とか重症化率、または死亡率が減ってきています。国民全体が健康的に元気になってきている。こういう明るい話題があるし、そして、高齢者が増えてきただけあって民間サービスも高齢者に配慮した事業展開が図られ、社会環境としても整いつつある。そういうことで、介護保険制度は、経済的には日本が非常に強かった時代につくった制度であるだけに、現下の状況を考えてできることはないかを考える必要があります。

総合事業の充実とか、それから、共生社会などお互いに支え合えることをもう一度見直していく。全てを介護保険サービスに依存するのではなくて、個人として、または家族として、地域として、できることは何かということ介護保険制度の在り方としての議論の中でセットで話しあうことが大切だと思います。必要なサービスが受けられない人自体は減らさなければいけないのですけれども、もしかしたら、それはほかのことでもやれることもあるのではないかなという視点での検討ももう一度行う必要があります。、先ほどの介護サービスの見直しが必要ではないかというご意見がありましたが、私もそのように思っています。

そして、2割負担ということは、8割が保険によって賄われている、その事実をもう一度、利用者側もサービス提供側も考えたうえで、非常に貴重な財源をどう有効活用するか。そのような国民的な議論、いろいろな世代の意見も反映しながら、こういう制度を構築していくことが重要ではないかなと感じております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかには会場でいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、一旦ここでオンラインの皆様に移らせていただきます。

今日、中座される御予定と伺っています佐藤委員からお願いできますでしょうか。

○佐藤委員 よろしくお願いたします。

まず介護につきましては、自己負担2割、3割の対象を広げていくということは保険財政の持続可能性、それから、第2被保険者の負担を考えればやはり必要な措置だと、やむを得ない措置だというように考えます。その上で、資料1の6ページ以降について少しコメントさせてください。

これらの試算ですけれども、既に事務局からも指摘のあったとおり、年収のみで考えているところで資産が反映されていないということは注意が必要です。年収は低くても資産の多い高齢者もいることはやはり考慮するべきだと思いますし、また、勤労世帯とは違いまして、既に一定貯蓄がある場合、高齢者の収入の多くは遊興費を含めて消費に充てる余地があるということです。したがって、仮に自己負担が上がってもそのまま消費支出が増えるというわけではなく、ほかの支出を節約して対応するということはあり得べしですので、単純な判断、比較は困難かとは思っています。

また、自己負担を上げると介護サービスの消費が減るとの懸念があります。それはごもつともなのですけれども、他方、自己負担を抑えるという観点からも、ケアプランなどを通じてやはり今後とも介護サービスの受給の適正化というのを進めていく必要があると思います。

それから、今回は自己負担の話ではありますが、保険料を含めて、今後、給付と負担を考えるに当たりましては、高齢者を一律に扱うのではなくて、やはり貯蓄の乏しい、かつ収入の低い高齢者の方々には重点的に配慮する一方、そうではない高齢者については、

やはり能力に応じて応分の負担を求めていくということだと思います。そのためにも繰り返しになりますが、資産の保有状況を考慮した自己負担の在り方、保険料の設定というのも今後検討していく必要があるかなと思います。やはり保険財政、介護保険財政の持続可能性ということをいかに担保していくかというのが喫緊の課題だと思います。

すみません、途中で中座するものですから、この後の議論かもしれませんが、資料2と資料3について簡単にコメントさせてください。

資料2-1では、総合事業について言及されていますが、その普及促進に当たっては各自治体が各種申請、報告が自治体間で異なるという、手続が異なるといったローカルルールが指摘されておりますので、その辺については今後とも除いていくということ、廃止、排除していくということが必要だと思います。

それから、資料3-1で介護事業者の方々の経営状況の報告についての記載がありますが、けれども、その中で、細かくて申し訳ない、3ページで職種別の給与などについて報告の任意事項となっているのですが、介護職員の待遇改善など報酬に反映させるということを考えれば、報告を義務づけた上で介護報酬に反映させるのも一案かと思っております。

ただ、もちろん介護職員の処遇改善はほかのところで報告しているというのは分かっているのですが、であれば、あれもこれもいろいろ報告を求めることは逆に事業者の負担になると思いますので、報告をこれから充実させるということであれば、ワンストップ、ワンスオンリーを徹底させるということを進めていくことが必要かと思っております。

すみません、私からは以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、小林司委員、お願いします。

○小林（司）委員 資料を様々お示しいただきましてありがとうございます。参考資料1-1で示されているとおり、公的年金収入だけで生活する高齢者は多く存在しますが、将来的にマクロ経済スライドによる所得代替率の低下が見込まれています。このことを踏まえれば、介護保険制度における給付と負担だけでなく、公的年金制度による高齢期の所得保障はどうあるべきかという点も含め、給付と負担について総合的に考えなければならぬと思います。その上で、資料1について、収入と支出の状況は2022年の家計調査であり、現下の物価上昇の動向や物価上昇に追いついていない年金額改定を考慮すると、様子は異なると思います。

また、10ページには粗い推計ということではありますが、負担増となる額を目にすると軽微とは言えない額ということが分かります。長期化して負担も積み重なる介護と医療との違い、対応案の留意点にも書かれているサービスへの影響について、くれぐれも留意して慎重に検討すべきと考えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

給付と負担の件で、2割負担の判断基準ということについてです。今回、高齢者の生活実態や生活への影響も把握しながらということで様々に影響試算であるとかデータをそろえていただきました。その状況を拝見して、この試算の意味するところは理解いたしますけれども、今までにも何人かの委員の皆さんがおっしゃったように、これだけで十分とはいえませんし、もっと様々な実態を把握しなければいけない数字があるかと思えます。今回お示しいただいたデータを踏まえ、さらなる状況の分析というのが必要ではないかと感じております。

また、11ページに75歳以上の高齢者の貯蓄状況ということが示されております。実はこうした数字の提示というのは非常に問題があることを感じております。例えば2022年の高齢者の平均貯蓄額が1500万少々というように出ておりますけれども、これはあくまで平均金額ということなので、多くの高齢者の実態そのものを表すものではないのですが、往々にして、この1500万という数字が独り歩きする可能性があります。正確には、同ページにありますような高齢者の貯蓄分布の実態を示すことが必要と考えます。これをみれば、貯蓄がない人も大勢いて、数百万の貯蓄しかないというような方々も少なくないということが分かります。本当はこういう実態が知らされなければいけないと思えます。

なぜかという、この1500万というような数字を例えば20代の若い世代が見れば、「やはり自分たちと違って高齢者はお金を持っているな」という印象を抱きかねないわけです。彼らに50年後、60年後の自分を想像しなさいと言ってもなかなか難しいことではあろうと思えますけれども、こうした数字はいたずらに世代間の対立を引き起こしてしまうのではないかと懸念しております。

そして、13ページに今後の対応として、「2割負担の一定所得ある人」という判断基準について予算編成過程で検討するとなっておりますけれども、今回、もう既に1号被保険者について保険料の増額見直しというのが決まっております。高齢世代にとって、サービス利用に関わるさらなる負担増ということについては、それに該当する可能性のある人たちには非常に不安が募っているところです。本日提出資料として出ささせていただきましたけれども、私どもNPO法人でも先月の22日に厚労大臣のほうに要望書を提出しております。内容は後でお目通しいただければと思いますが、2割負担対象者の拡大という件については、やはり拙速に結論を急ぐというのではなく、一旦ここでしっかり状況を見極めて判断しつつ、物価をはじめとする経済全体の動向も含め、高齢者の生活実態、さらなる詳細データ等を調査した上で、いわゆるサービスの利用控えというような状況が多く引き起こされることがないように、改めて検討していただきたいということをもう一度強く要望させていただきます。

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。

今後の高齢化に伴う介護ニーズの急増あるいは制度を支える現役世代の減少、また、介護人材の確保に向けた処遇の改善、こういったことを踏まえたと、やはり医療分野と同様に介護分野におきましても年齢にかかわらず負担能力のある方に御負担していただいて全世代で支えていくという形での制度の見直し必要だと考えております。

今回、2割負担の一定所得以上の判断基準の在り方につきまして、予算編成過程で検討するということにつきましてははやむを得ないというように考えますけれども、本来、この部会でもう少しデータを基に議論を尽くすべき課題ではないかなというように考えますので、本日出されました意見もこの今後の予算編成過程での検討に十分生かしていただきたいと思っております。

なお、これまでも申し上げてきましたし、また、先ほどほかの委員からも御指摘がありましたけれども、フローの収入だけではなくて、やはりストックのほうの状況も把握する必要があると思っております。とりわけ金融資産の把握というのが重要になってくると思っておりますので、これなどにつきましてはマイナンバーの活用等も含めてぜひ前に進めていただきたいと思っておりますし、今日の御議論を聞いていても、やはり判断基準、判断するためのデータがなかなかまだ不足しているのではないかと思います。事務局におかれましても、引き続き具体的なデータの収集をぜひお願いし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。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

今回示された対応案につきましては、介護報酬改定の対応と合わせて予算編成過程で検討することにしてはどうかとなっております。昨年から2回の先送りも含めて2割負担については介護保険部会で十分な検討がされない中で、もう部会では議論せずに予算編成に委ねるということはこの部会の存在意義が問われるものだと思います。極めて遺憾と言わざるを得ないと考えております。厚労省におかれましては、重く受け止めていただき、今後、このようなことがないようにしていただきたいと思っております。

その上で、2割負担の検討に当たって考慮すべき点について意見を申し上げたいと思っております。まず、年収モデルについて細分化したものを示していただいたことについてはありがとうございます。このモデルを見てみますと、年収に合わせてその範囲内で支出を調整して生活をされているという状況がうかがわれます。したがって、この収入と支出の差をもって直ちに負担できる範囲ということではないと考えております。高齢者は現役世代と比較して確かに収入が低いと思われましても、貯蓄は大きい傾向があります。世代間のバランスを考えると、本来はフローだけではなくてストックも考慮し、検討していくべきと考えております。

その上で、これまでも申し上げてまいりましたけれども、現状のままの状況が続けば介

護給付費は医療費の伸びを大きく上回る勢いで大幅に増加をしていくことが見込まれております。加えて、今後、さらに現役世代が急減していく中で制度の安定性・持続可能性を確保していくためには、既に限界に達している現役世代の負担軽減に向けた見直しを進めていくことが必要であると思っております。そのためには、ぜひともめり張りのある介護給付と負担能力に応じた負担について不断の見直しを行い、保険料の伸びを抑えていくという観点で検討いただき、低所得者に配慮をしながらも、利用者負担については原則2割負担とする踏み込んだ見直しを確実に実施していただきたいと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小泉委員、お願いいたします。

○小泉委員 ありがとうございます。

まず前回の11月6日の介護保険部会におきまして、1号保険料の負担の在り方について9段階以上の高額所得者の多段階化並びに標準所得率の引上げが決まりました。さらに、ここで一定以上の所得の判断基準の見直しによって2割負担の方の範囲が拡大されるということは、対象者の生活の現状等を鑑み、これ以上の負担を課してよいものかどうかと考えるところであります。

物価高騰等による生活への影響もあり、一定以上の所得だからといってその対象者ばかりに負担を強いるのはそれなりの理由と根拠を持って進める必要があるかと思えます。対象者に対して最大限の配慮とともに慎重に協議が必要と考えます。また、対応案のとおり、見直しによるサービスの利用への影響も考慮が必要と考えますので、安易にこのままあっさり決めてしまうというのはいかがなものかと思えますので、しっかりと御議論を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。

それでは、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。

全国市長会のほうから1点、意見を申し上げたいと存じます。

今回の資料、今後の対応におきまして2割負担の一定所得以上の判断基準の在り方につきましては、今後、利用者負担の増加によって、多くの委員の方がおっしゃっておりますが、サービスの利用控え等が懸念されるところでございます。このようなことから、介護を必要とする全ての人がサービスを利用できるよう、また、利用者の負担が過重にならないよう、十分に配慮した上で慎重な検討をお願いしたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

新田参考人、お願いします。

○新田参考人 本日は大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新



田が参考人として出席させていただいております。

資料1、13ページに記載の今後の対応案につきまして、1点御意見を申し上げます。

地方におきましては、現役世代の減少による担い手不足が深刻になっており、就労する高齢者の増加や高齢者のみの世帯の増加など、社会環境は大きく変化しております。このような中、将来にわたって介護保険制度を持続可能なものにするためには、これまでの介護給付費分科会において審議が行われてきましたとおり、介護現場の生産性の向上を図りながら、人材の確保や安定的な経営につながるような介護報酬の仕組みをつくっていくことが重要であると考えております。その上で議論の透明性を高め、介護現場の厳しい状況について国民の皆様方の御理解を得た上で、本日の資料のように高齢者の家計状況等の詳細な分析を踏まえ、サービスの質に見合った自己負担の在り方を検討することも必要であると考えております。

このようなことから、国におかれましては、対応案にございますとおり、当部会でも出された意見にも十分御留意いただきました上で、総合的な観点から予算編成上の過程において御検討を進めていただきますよう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。

幸本委員、お願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。

商工会議所の幸本でございます。

高齢者の消費支出、これらをはじめとする生活費のモデルなど、細かい資料の御提示、ありがとうございました。

また、資料1の13ページに記載されている今後の対応についてですが、人材不足、人手確保の観点を踏まえた現場従事者の処遇改善、サービス利用者の負担能力に応じた負担の拡大などの課題は商工会議所としても問題認識を共有しており、ぜひその方向で進めていただきたいと思っております。

今後も介護保険給付は増加する見込みではありますが、これを成り行き任せにはならないということだけは申し上げておきたいと思っております。その意味も含め、判断基準の見直しにより、利用者負担を2割とする対象の拡大などを検討すべきと思っております。なお、これについては、予算編成過程で検討するとされておりますので、提示いただいている事務局案のとおり、進めていただければと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

私どもの意見としましては、介護保険制度の持続可能性を確保するための方策としては、

介護保険制度の持続可能性を確保するための方策として理解はいたしますが、介護保険法の趣旨を踏まえれば、要介護状態にある被保険者の方々に対し、必要なサービスを過不足なく適切に提供できることが何よりも重要だと考えております。

今後の対応策の案の一番下のところの○の3つ目のポツにありますように、サービスの利用者への影響について留意することと記載がありますので、くれぐれもサービスの利用控えにつながるような整理をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

座小田委員、お願いします。

○座小田委員 よろしく申し上げます。

給付の負担につきましてでございますけれども、資料1の6ページから7ページにかけてまして、75歳以上の単身夫婦、高齢者世帯の収支状況が示されているわけですが、依然として物価高騰が長期化する中、所得階層が低くなるほど食費、住居費、光熱水費、保健医療費、影響が大きくなることが明らかであります。

また、資料1の12ページや参考資料1-2の全世代型社会保障構築会議の資料の9ページから10ページにかけてまして、利用者負担の範囲、第1号保険料の負担の在り方、施設の多床室の室料負担について、今年度の予算編成過程において検討すべきであることとあります。現下の経済情勢等も踏まえ検討すべきとされておりますので、前回も申し上げましたとおり、他の委員からも発言がありましたが、高齢者の生活実態や運用後の影響につきましてしっかりと検証いただくようお願いいたします。

もう一つですけれども、これも前回申し上げましたが、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、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なく、中長期的な視点に立ちましてしっかり議論していく最終的な議論の時期に来ているのではないかなと感じておりますので、これについ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6ページ、7ページの年収モデルを拝見いたしますと、2割負担はかなり厳しい状況にあるのではないかと察します。応能負担は当然進めるべきものでありますが、例えば9ページの影響者数について単身270万円以上の8万人の中に負担できない人が1人もいないのかどうか、個別ケースの検討も含めて極めて慎重な姿勢が求められるのではないかなと思っております。

6ページの270万円のモデルでは、年間の収支差は18万円ですから、キャッシュフローの観点から見ると月1万5000円の負担で均衡します。それを10ページの左上のグラフと照ら

し合わせますと、約4分の1、4人に1人の利用者が年間の収支だけでいくとキャッシュアウトします。それをちなみに同様に190万円のモデルで置き換えると、約2分の1、2人に1人がキャッシュアウトするような試算になっています。したがって、介護保険のみならず、医療保険の2割負担の議論もありますし、それから、物価高騰、あらゆる負担を考慮した上で慎重に本当に負担できない方がいないのかどうかも検討していくべきだと思います。

あわせて、11ページに貯蓄の状況も見ていますが、これは平均値で見るとミスリードするのではないかと考えています。この下のグラフを見ると、最頻値、最も多いものは3000万円以上と「貯蓄がない」が拮抗しております。したがって、平均値よりは中央値を参考にすべきでありますので、これは質問ですけれども、もし中央値がお分かりであれば教えていただきたいと思います。

また、当部会も社会保障審議会ですけれども、したがって、厚労省へ諮問する会議となっておりますが、近年、医療や介護の分野においてこれらの会議の形骸化が指摘されております。先ほどから予算編成過程においていろいろな意見がございますけれども、その過程において当部会の議論がどの程度反映されるのか、これも質問させていただきます。

最後に、医療・介護は国、国民にとって重要なインフラであるので、十分にこれはもう国家予算の中でどのような財源を確保するのかという大きな議論をしていかないと、なかなか介護保険の仕組みの中だけでこういった財源の話をして立ち行かないことは明白でありますので、これらもぜひ今後、そういった検討をいろいろな場で、それなりの場でお願ひしたいと思います。

以上、質問が2点でございます。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。

2点ございますが、1点目はここで答えいただいて、2点目は審議会の在り方、意見の反映のさせ方ということなので最後にまとめてお願ひしたいと思いますので、1点目、お願ひします。

○蓑原介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

国民生活基礎調査のデータ、11ページ目のスライドにございますが、現状中央値というデータがこの調査上は出ておりませんので、現状中央値というデータがないという状況になってございます。恐らく全体の状況からすると500万とか700万ぐらいの水準かとは思いますが、正式には中央値というデータはないという状況でございます。

○江澤委員 ありがとうございます。

そういった中央値のところも見ていかないと、平均値だけ見るとミスリードするので、またよろしくお願ひしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 2点目は後で答えいただきますので、少しお待ちいただければと思います。

○江澤委員 了解です。

○菊池部会長 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。

サービス提供を持続可能なものとするための人材確保という現下の課題への対応が避けられないものとなっております。一方で、負担増による必要なサービスの利用抑制につながらないよう、また、物価高騰による影響も十分に詳細に配慮した上で慎重な検討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。

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。

内容のことではないのですが、データのことについてです。皆さんが先ほどからおっしゃっているように、これはまだまだ要するに現状把握としては不十分だという御意見があって、支出に関しては家計調査、貯蓄に関しては国民生活基礎調査から取ってきているということです。

両方をつなぐ、要するにどういう所得の人がどういう貯蓄をしていてどういう支出をしているかということは、国民生活基礎調査でも把握可能です。国民生活基礎調査は個々の世帯について所得と貯蓄と支出を全て調査していますので把握することは可能です。ただし、問題は、国民生活基礎調査の中で所得票と介護票、介護票というところにどのぐらいのサービスを使っているかというのがあるのですが、残念ながら有効回答数のことを心配されて、介護票と所得票というのを同時に同じ世帯に調査してないのですね。一つ私の提案は、やはり今後はこういった問題が起きてきたときにこういったサービスを使っている人がどういう所得でどういう貯蓄でどういった支出をしているのかということ把握することが非常に重要になってきますので、やはり所得票、所得貯蓄票と介護票というのを同じ世帯に聞くという、これが一つの調査の観点からの提案です。

今現在、国民生活基礎調査で把握可能なことは、全ての人に聞いている世帯票から介護状態というのが分かりますので、どのような介護サービスを使っているかというのは分からないのですが、介護状態というのは分かりますので、そのところで介護状態と貯蓄、所得、支出というところでデータを出されると何人かの委員の先生方おっしゃっていたような状況がより詳しく把握できると思いますので、もし可能であればそういったデータを示していただければと思います。よろしくをお願いします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

専門家のお立場からの非常に貴重な御意見を賜りまして、今後に向けてということになるとは思いますが、調査の手法について、エビデンスに基づく政策展開というのを求められているのでぜひ進めていただきたいと思いますが、といっても、老健局がやるものではないので、ぜひこれをお伝えいただきたいのですが、この点、お願いしてよろしいですか。

○簗原介護保険計画課長 今回の御指摘の点、関係部局とちよつとうまく調整して、今後の話になろうかと思ひますけれども、しつかり検討させていただきたいと思ひます。

○菊池部会長 よろしくお願ひします。

これで一当たり皆様に御意見いただけたかと思ひます。追加で何かおありの方、いらっしやいますか。今の論点に関してですね。特によろしいですか。ありがとうございます。

○江澤委員 よろしいですか。すみません、江澤です。

○菊池部会長 どうぞ。

○江澤委員 一言だけ。前回の介護報酬の改定におきましても、1段階、2段階、3段階の低所得者の方に負担をお願いしたという経緯もございますので、2割負担の議論とはまた別ですけれども、そういった方々が本当にお困りでないのかどうか、そういったことも今後、念頭に置いて検討していただければと思ひます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかにはよろしいですか。

様々な観点から様々な御意見をいただきました。ありがとうございます。その中で、いわゆる積極的なお考えの皆様、一方で、慎重論といひますか、慎重にとひいうお考えの皆様もいらっしやいました。また、そもそも予算編成過程の検討に委ねることへの御疑問を呈された委員もおられました。といふことで、全面的にもろ手を挙げて異論なしといふことでここでまとめるわけにはいかないと思ひております。

そこで、今日の御議論を踏まえて、事務局としての受け止めあるいはお答えできる部分があればお願ひしたいと思ひますが、まず簗原課長からお願ひします。

○簗原介護保険計画課長 ありがとうございます。

介護保険計画課長でございます。

先ほど、様々な御指摘をいただきまして、2022年の家計の支出・収入モデル等も御提出をさせていただきました。一方で、現下の物価の状況でございますとか、また、後期高齢者医療制度の見直しに伴う負担増、介護報酬改定の影響などにつきまして、これだけでは十分負担について、負担可能かどうかについては、さらに負担が増える部分であるのではないかといふようなところがございます。その点については、我々としても非常に重く受け止めておりますし、そういった各制度の見直し、また、分科会のほうで御議論いただいております報酬改定の内容いかによりましては利用料のほうにも当然影響があるわけでございますので、そういったことを踏まえて予算編成過程でしつかりと検討させていただきたいと思ひております。

当然ながら、今、ペーパーでお配りをした留意点以外にも、本日、また、今まで継続をして御議論いただいております本部会でいただいた御意見といふのは、厚生労働省として責任を持ってしつかりと反映といひますか考慮をさせていただいた上で予算編成過程で検討させていただきたいと思ひているところでございます。

また、予算編成過程のプロセスの主体、誰が主体なのだということ、笹尾委員からも御指摘もございました。それについては当然、予算編成過程においては与党等との御相談というところが途中の過程では出てまいるわけですが、最終的には政府、厚生労働省として決めていく、判断していくということでございますので、本部会で出た御意見についてはしっかりと考慮させていただき、留意をさせていただきながら、また、現状のデータでは把握できてない部分の負担の実態についてもしっかりと考慮させていただきながら、予算編成過程で検討させていただきたいと思っております。

先ほどもありました2割負担、こういった給付と負担の議論が長期化をしているという異例の事態という御指摘もございました。これについては事務局として大変申し訳なく思っておりますけれども、そういったことによりまして、介護報酬改定の時期とこの給付と負担の見直しの判断の時期が重なったということについては大変申し訳なく思っておりますが、まさにそういった全体の負担の状況につきまして、影響値に関しまして総合的に判断をさせていただきたいと考えておりますので、そういった形で御理解をいただきたいと思っております。

加えまして、山口総務課長のほうから回答させていただきたいと思っております。

○菊池部会長 今の箕原課長のお答えが江澤委員の先ほどの意見の反映のさせ方という御質問に対する回答にもなっているかとは思いましたが、加えて、山口総務課長からも御発言をいただければと思います。

○山口総務課長 ありがとうございます。

今回、かなり異例な形になっておりますけれども、先ほど資料の中でも御説明させていただきました改革工程表の素案の中にもあるとおりでございまして、介護報酬改定での対応と合わせて検討という必要がございます。介護報酬改定の議論につきましても並行して進められている中で、この場で具体的な案をお示しすることはできないというような形になってしまったことは大変申し訳なく思っております。

先ほど箕原課長からも御説明したとおり、予算編成過程で検討という際には当然本日もいただいた御意見というのはしっかりと重く受け止めて、これを調整させていただきたいと思っております。当然結論につきましては後日、また介護保険部会で御報告させていただきますし、その際には、また今後の在り方などについて御指導、御指摘いただければと考えておりますので、ぜひよろしくお願いたします。ありがとうございました。

○菊池部会長 ということでございます。なかなかすっきりしない部分もございましてけれども、もともと今日の対応案にございました予算編成過程において検討するという、これは全世代型社会保障構築会議の改革工程素案ですが、その中でこのように書かれているということで、私もこの会議のメンバーですので、このような形でまとめられようとしているということについては、私自身の力不足でございます。その点は申し訳なく感じております。

ただ一方で、社会保障、まさに全世代型社会保障の取組をしているわけですが、その中

でまさに社会保障の持続可能性が問われている。その中で介護保険の持続可能性も問われているという強い社会的な要請もあるわけです。

他方、介護保険の在り方を議論する場というのは、まさにこの介護保険部会でありますので、ここに様々な御知見をお持ちの専門家あるいは専門職の皆様あるいは当事者関係の皆様が集われて専門的な議論をしていただいているわけですので、やはりここでの議論の中身というものはしっかりと反映していただく必要があるということだと思います。

政策決定過程を透明化していくというのは、これも大きな政府に対する要請でもあると思いますし、私、法学者、法律学者なので、例えばこれは裁判所に行きますと基本的なこれは政令事項ですので、基本的には行政裁量の範疇で扱われることになるかと思いますが、最近裁判所でも判断過程審査といって、どういうプロセスでそういう結論に至ったのかというプロセスをしっかりと見られるという状況になっていますので、そういった意味でも老健局におかれましては、これからの予算編成過程において先ほど箕原課長、山口課長から決意表明がございましたけれども、しっかりとここでの議論を踏まえて臨んでいただきたいと私からも強くお願いしておきたいと思います。よろしくお願いします。

そういった形でなかなかすっきりした結論には至らず、皆様に大変申し訳ないのですがけれども、そういった方向で年末に向けて厚生労働省には頑張ってくださいということで、今日のところはお認めいただけますとありがたいのですが、よろしいでしょうか。御異論ございませんでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、引き続き事務局におかれましては取り組んでいただきたいと思います。よろしくお願いします。皆様の御協力、ありがとうございます。

続きまして、まだ議題は2つございますので、そちらに移らせていただきます。

議題2が「「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理及び総合事業の充実に向けた工程表について」、そして、議題3「改正介護保険法の施行等について」でございます。

事務局からお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

私からまず議題2に関しまして資料2-1を中心に、資料2-2も少し触れますけれども、こちらについて御報告をさせていただきます。

まず総合事業の充実についてでございますが、昨年の介護保険部会の取りまとめにおきまして、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とともに、自治体と連携しながら第9期介護保険事業計画期間を通じて、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いうように御意見をいただいたところでございます。これに基づきまして、この検討会のほうを組織させていただきました。本介護保険部会から栗田先生に座長になっていただきまして、委員の方々及び総合事業の関係者の方々、有識者の方々に入らせていただいてこの検討を進めさせていただいたところでございます。このたび、中間まとめまで参りましたので、そちらについて御報告をさせていただきたいと

いうことをございます。委員の名簿はこの資料2-2の9ページのほうにつけさせていただいてございます。

それでは、内容をございます。

内容は概要に基づきまして資料2-1を中心に御説明させていただきたいと考えております。

ページをおめくりいただきまして、資料2-1の2ページをございます。

総合事業の充実に向けた基本的な考え方というところから整理をさせていただきました。この検討会におきまして総合事業の意味、日常生活支援の意味、また、この充実ということが何を意味するのか、非常に基本に立ち返った御議論をいただいたところをございます。

今の背景事情といたしましては、2025年以降の人口動態、地域資源を踏まえまして、この総合事業というのが創設されたという経緯があるわけをございますが、改めて総合事業の意味に立ち返りまして、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくための事業であること。このためには市町村が中心となって、医療・介護専門職の方々にも専門性をはっきりしていただきつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるといった視点に立ってデザインをしていくという考え方が必要であるというようにおまとめいただいたところをございます。

その具体的なビジョン、さらに3ページのほうをございます。実現、活性化の目指す方向性、意味についてこのような1ページにまとめをさせていただいております。

高齢者の地域での生活の意味について、地域の住民や産業との関わりの中で成立するものであり、高齢者自身も、また多様な主体の一員となって参画するものであるという考え方に至っております。

総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進する必要があること。専門職も関わり合いながら高齢者自身が適切に活動を選択できるようにしていくことが重要であるというようにおまとめをいただいております。そして、その目指す先が住民一人一人が自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく必要があるというようにおまとめをいただいております。

この絵についても元気～フレイル予防からフレイル～要支援、要介護や認知症の状態になっても一人一人が尊厳を維持し、生活を選択できるという考え方にとって整理をさせていただいておりますし、何よりもまず早期の段階、主体的な参加ができる段階からのつながり、早期発見、そして、それを地域として支えながら選択肢を拡大していくということが重要である。その目指す先は地域共生社会であるというようにおまとめいただいたところをございます。

その考え方に沿って、またさらに具体的に進めていくべきことをまとめさせていただきまして4ページをございます。

対応の方向性といたしまして、4つの考え方を出していただいております。



まず高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活を送るためのアクセス機会と選択肢の拡大が重要であること。その中で要介護や認知症となっても総合事業を選択できる枠組みを充実するということが必要であるということ。地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策を拡充していく必要があること。高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法をさらに展開していくことが必要であるということ。そして、総合事業、介護サービスを一連のものとして、地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくりが必要である。このような大きな柱にとって具体的な策を御提案いただいております。

ちょっと時間の関係がありまして、この具体策は5ページの大きな柱に沿って各論を提示させていただいておりますということの御紹介にとどめさせていただきたいと思っております。

先ほど介護保険部会の意見書で、まさにこれに基づいて工程表をさらに作成し、我々も計画的に進めていくべきという御指示をいただいておりますので、その工程表について7ページに御提示をさせていただいております。本日、この中間整理を御報告させていただきました。この工程表に沿って今後進めさせていただくということになりますれば、この第8期の年度内におきましてはそれぞれ必要な制度改正、省令改正、告示、ガイドラインの制定等を行わせていただきたいと思いますというように考えております。その上で、これらの省令改正等に基づきまして、第9期、集中的な取組期間、3年間を通じまして、この具体化に取り組んでまいりたいと考えているところでございます。

以上、こちら、検討会の中間整理について御報告をさせていただきました。

引き続きまして、資料3-1、改正介護保険法の施行等についても併せて御報告をさせていただきます。

こちらは先ほどの昨年末の意見書に続きまして令和5年に介護保険法の改正について、こちらはもう国会で成立をさせていただいております。その中の施行に関わる、特に省令として規定しなければならないことについての各種御報告でございます。

資料3-1の2ページを御覧くださいませ。

まず令和5年介護保険法におきまして、介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等を行う分析フレームの枠組みが法律上、規定いただいております。こちらは経営情報の見える化を進めるべき。特にこれは介護事業経営実態調査の補完の必要があるということ。まず一つの仕組みとして、介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備、こうした収集した情報を属性に応じてグルーピングして公表する制度を創設する。令和6年4月1日の施行ということになっております。

こちらについて省令で規定すべき事項について3ページを御覧いただきたいと思います。

こちらで、省令でこの制度の規定すべき事項としまして、まず報告対象になる介護サービス事業者の関係でございます。法律上、原則、全ての介護サービス事業者となっておりますけれども、省令における除外規定といたしまして、こちらは後で出てまいります介護

サービス情報公表制度と並びを取りまして、過去1年間で提供を行った介護サービスの対価、金額が100万円以下のもの、もしくはまた災害等による正当な理由があるものについて除外とさせていただきたいと思っております。

介護サービス事業者に報告を求める項目の規定につきましては、名称、基本情報、収益及び費用の内容、また、職種別人員、その他人員に関する事項と考えております。この報告方法につきまして、期限でございますけれども、毎会計年度終了後三月以内と規定させていただき、ただ、法律の施行が4月1日で、そこからデータベースの構築が入るものですから、初回についての報告については令和6年度内の提出を可という経過措置を置かせていただきたいというように考えております。

こちらが経営情報の分析に関する省令の規定事項でございます。

さらに、4ページでございます。介護サービス情報公表制度における公表情報の追加についても併せて規定をさせていただきたいと思っております。

この介護サービス情報公表制度は現存のものですが、この中で2つ行うべき。これも介護保険部会の意見書で2点いただいております。

1点目が介護サービス事業者の財務諸表の公表についてということでございます。こちらは意見書において、既に社会福祉法人や障害福祉サービス事業所が法令の規定より財務状況が公表されていることを踏まえて、同様に財務状況を公表することが適当であるという指摘を踏まえまして、今回の介護保険法施行規則別表第2に、事業所の財務状況を公表することを規定させていただきたいと考えております。この公表を求める財務諸表については、障害福祉サービスでの報告事項を踏まえまして、損益計算書、キャッシュフロー計算書、バランスシート等が該当するものというように考えております。

また、一人当たり賃金の公表についても同様に進めるというように意見書で御意見をいただいております。ただ、その際、設置主体や給与体系の違いに配慮することや公表する情報に係る個人が特定されることがないように配慮した仕組みを検討するというようにされておりますので、省令におきましては一人当たり賃金の公表につきまして、任意での公表とさせていただきたいと考えております。その上で、都道府県知事が提供を受けた情報について公表を行うよう配慮する情報として明確化させていただきたいと考えております。この公表に当たりましては、事業所や施設の特性に応じまして、設置主体や職種、勤続年数等が分かるような形の公表を可能とすることを考えてございます。

以上が情報公表及び見える化に関する省令の規定事項の御報告でございます。

さらにすみません、6ページでございます。

地域包括支援センターの体制整備についても御意見をいただいております。2点の改正を行っております。6ページは法改正の内容でございますが、介護予防支援について居宅介護支援事業所が指定を受けて実施できるようにすること。また、もう一点、総合相談支援業務について委託を可能とさせていただいております。

これらの省令の規定事項でございます。まず7ページでございます。

介護予防支援の指定対象の拡大の関係では、2点、省令で規定しておりまして、まず所要の手の規定。指定居宅介護支援事業者の範囲及びその指定申請の際の省令。そして、意見書におきまして、この地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で必要だという御意見をいただきましたので、この一定の関与の在り方について、法律上、既に情報の提供を求めることができる規定等は整備されておりますが、その際の情報につきまして介護予防サービス計画、関連する情報、その他、市町村が定める事項というように規定させていただきたいというように考えております。

また、8ページ、総合相談支援事業の一部委託につきましては、これも同様に質の確保に留意しつつ、一体性を確保した上で部分委託という御意見をいただいておりますので、この施行規則におきましてもそれを踏まえまして範囲及び所要の手の規定を置かせていただきたいと考えてございます。その際の受託の取扱いについては9ページにお示しをさせていただきます。

以上が省令の関係でございます。

最後、資料3-2、介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の見直しについても、これも引き続き検討を行うというように昨年の部会の意見書でいただいておりますが、これまでも上限を超えた市町村について個別の例外判断ということで行ってまいりましたが、この要件の明確化を行うという方向性での政令改正を御提案させていただいております。これについては既にパブリックコメント等を行った上でということでございます。

今回はこの明確化の要件といたしまして、介護予防効果の高い新たなプログラムについて将来の費用低減が見込まれるものでありますとか、75歳以上高齢者が減少局面にある市町村や人口1万人未満の小規模市町村への配慮を行った上で、これらの要件を省令、施行令及び告示に規定させていただきたいと考えております。

すみません、長くなりました。以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

議題の2につきまして、栗田委員がこちらの検討会の座長でもあられるということでございますので、この際、ぜひお話しいただけますでしょうか。

○栗田委員 コメントの機会を頂戴し、ありがとうございます。

本年4月から僭越ながら私が検討会の座長を務めさせていただき、本部会の石田委員や江澤委員、さらには自治体職員、地域の実践者の皆様と共に熱心に検討を重ね、中間整理として議論をまとめさせていただいた次第でございます。この中間整理の最後にも記載させていただきましたが、私どもとしては、総合事業を地域共生社会を実現するための基盤と位置づけ、また、自立を公的社会的支援を利用しながらも行為主体として独立していること、あるいは地域社会の中で主体的に自由に暮らし方を選べることというように捉えております。

そして、そのような視点に立って総合事業をこの事業を運営する市町村の立場からではなくて、地域に暮らす高齢者の立場から認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす

全ての高齢者の自立した日常生活とそのための活動の選択という観点に基盤を置いて、市町村が中心となって地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせながら、また、生活支援体制整備事業あるいは認知症総合支援事業などの他の地域支援事業や意思決定支援、居住支援あるいは重層的支援体制整備事業など他の取組とも連動させながら充実させていけるものと考え、検討を重ねてまいりました。そのような意味で、この中間整理は大きな発想の転換による総合事業のフルモデルチェンジを促すものとなっているのではないかと考えております。

地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこにに関わり合いながら高齢者自身が適切に活動にアクセスし、活動を選択できるようにすることがこの中間整理の方向性であり、それによって高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりの中で社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら住民一人一人が自分らしく暮らし続けられる地域共生社会の実現につながるのではないかと。そして、そのことが結果的に介護予防や重篤化の予防にもつながるであろうというように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 どうもありがとうございました。

栗田座長、石田委員、江澤委員、大変御苦労さまでした。この議題の2及び3につきましては報告事項となっておりますが、御意見、御質問などございましたらぜひ御発言をお願いしたいと思います。

津下委員、お願いします。オンラインの皆様は挙手機能でお示してください。津下委員、どうぞ。

○津下委員 ありがとうございます。

栗田座長はじめご検討、ありがとうございました。総合事業が高齢者の生活と生きがいを支える非常に重要な機会になることを期待しております。また、高齢者自身とか地域の住民が介護にいろいろな立場で関わっていくことによって、高齢になったときの選択の際に、自分自身が納得してしくみを理解して、人とのつながりも分かりながら選択できるということで非常に期待しているところでございます。

一方で、医療保険者のほうで高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めております。介護については、疾病の状況もかなり影響しておりますし、それから、何よりも医療は97.6%が使っています。そういう中で、どう総合事業にプッシュするかというと、医療とか、または健診の機会、これは30%以上がデータ登録されておりますので、その機会から総合事業へ連携をつないでいくというような機能も期待されると思うのですけれども、一体的な実施と併せて検討していただけるといいのかなと思いました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の御指摘について何か。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御意見ありがとうございます。引き続き検討させ

ていただきます。

○菊池部会長 橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

総合事業、すごく多岐にわたっていてすばらしい試みです。平成29年から始まっていますが、どんどん進化して、今回は全体的に見直しを行うとの事ですが、私たち、実際現場で医療をしたり介護をしたり施設を運営したりしている者にとっては、総合事業というものの自体があまりぴんとこないところがある。

介護保険は、国民に周知されていると思うのですが、総合事業に関しては、介護予防、生活支援のサービスなので今後どんどん必要になってくると思いますが、実際どうやって使ったらいいのか。どんな種類があるのか。介護保険を取ったらもう使えないのか。65歳になったらみんなが使えるのか。何かその辺りがわかりにくい。あまり広まってないところが現実だと思います。

実際、訪問型のサービスでは、総合事業からサービスに行ってもらったときに、ちょっとトイレに連れて行ってほしいとか入浴の介助をしてほしいとかと言っても、身体介護はできないですと言われてしまい、利用者さんはどうして、ということになるのですよね。

お風呂に入れてくれないのだったらもういいみたいなことになる。もう少し分かりやすく今後も変えていただいたらいいかなと思います。そして周知活動、広報活動を国民の皆さんに分かっていただくような出し方をしていかなければいけないのではないかなということを感じました。

それと1つ質問なのですが、この3ページにある、「多様な主体の参入を促進」と書いてあるのですが、この多様な主体というのは具体的に例えば高齢者自身も入るのか、民間は今も入っておられると思うのですが、多様な主体の参入というのが具体的にどういったことなのかを教えてくださいたいです。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

これはまさに検討会の議論の中でも多様な主体に、もちろん高齢者御自身も入りますし、民間企業というものも入るというような御議論をいただきまして、残念ながら現在は現行の介護保険事業者の実施がまだ多いという状況にありますので、この多様な主体の参画が可能だ、我々としてもそれを促進しなければならないという御議論をいただいたものだと考えております。またさらに、認知症については専門家による関与が必要だということも、これも委員会意見でもいただいています、その御意見もいただいたものと承知しております。

以上です。

○橋本委員 分かりました。もう一点だけすみません。

○菊池部会長 かなり多くの方が手を挙げておられるので、簡潔にお願いできれば幸いです。

○橋本委員 地域包括ケアセンターのほうで居宅介護支援事業所のほうに仕事、業務が振

れるということなのですが、居宅介護支援事業所は赤字のところが多いので、業務だけ増えてということになるとまた問題だと思いますので、よく御検討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。

花俣委員、お願いします。

○花俣委員 恐れ入ります。栗田先生、御説明ありがとうございました。

趣旨についてはうなずけるところ、理解できるところではありますけれども、フルモデルチェンジをされた、この中身は別のツールも厚労省から下ろされているのではないかなというように思いました。3ページのまとめは、まさに基本法の理念と呼応したものでもありますが、総合事業にはまだまだ課題も多くあるというように思っています。

4ページの総合事業の充実のための対応の方向性について、マル1、要介護や認知症になっても総合事業を選択できる枠組みの充実とあります。5ページ、総合事業の充実のための具体的な方策には、継続利用要介護者が利用可能なサービスの拡充とあります。介護保険制度は認定を受けた人に給付するのが原則ですが、この文章を拝見すると、要介護になっても給付の対象とはならず、継続利用要介護者として総合事業サービスに留め置かれるのではないかと、総合事業と給付が曖昧になるのではないかとという不安。認定を受ける人の中には要支援からスタートするケースがかなりあります。であれば、要介護認定になってきちんと給付と総合事業サービスの説明をされたとしても、利用する方々にとって十分な理解が可能なかどうかとも心配なところではあります。現に要介護認定の皆さんへの総合事業サービスと給付の違いを理解されている方はほとんど見受けられません。

これでは最初から総合事業サービスという市区町村事業を提供され、事業に留め置かれてしまうのではないかと危惧を抱きます。ホームヘルプサービスの重要性を繰り返し申し上げていますが、要介護認定の皆さんや要介護認定を受けた方の在宅生活がどうなってしまうのか、大変心配されます。今日の新聞では、介護初の離職超過との見出しがありました。担い手不足が危機的との報道もあり、訪問介護の危機的な人材不足についても若い世代のホームヘルパーを増やす施策を検討していただき、要介護になった場合には安心して訪問介護が利用でき、施設や病院に入らなくて済む支援を充実していただくことを切に望み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。

ほかに会場では、笹尾委員のほかにいらっしゃいますか。小林委員でよろしいですか。

それでは、笹尾委員からお願いします。

○笹尾委員 ありがとうございます。

高齢者にとりまして健康、まさに寿命を延ばすフレイルの予防であるとか、介護予防という大事な大事な課題であり、重篤化させないということの取組として老人クラブでも促進するように進めておりますけれども、高齢者の生活圏ということを見ると、やはりそ

の地域にあるわけでありまして、中間報告の中にもあるのですが、アクセスの機会を担保する、拡大するということになるのですが、現実、総合事業の需要と供給のアンバランスというか、市町村間の事業の格差があるのだろうというように思っております。

報告書の中でデータベースとしてあまり見えてない部分がやはりあるというように考えますれば、この市町村間、特に人口減少であるとか社会資源がない、それから、専門職がなかなか存在しないという地域もあるわけでありまして、ある意味、単独の市町村だけでやれる事業であるのか、限界がある地域もあると思うのですね。広域性をもっとやはりカバーしていかなければいけないところもあると思いますと、その財源のありようも含めて今後の検討課題としてぜひ最終報告のほうに具体的な取組の事項を盛り込んでいただければと思っております。よろしく願いいたします。

○菊池部会長 それでは、小林委員、どうぞ。

○小林（広）委員 まず資料2のほうですけれども、地域共生社会を具体化していく上で2ページにあるような地域づくりの基盤構築ということについては賛同いたします。この冒頭にもありますように、現役世代の減少という課題もありますけれども、健康寿命の延伸ということが見られる中で担い手として期待される若年高齢層の就業率ということも高まっています。一方で、支援対象となる85歳以上の高齢者も急増していくということにギャップもありますので、こういったことを認識して、またこれからつくられていく様々な活動の継続性といったことも含めて、これを乗り越えていくような方策の発案も必要ではないかなと

考えます。

資料3のほうにつきましてですけれども、7ページにもありますが、介護予防の居宅支援事業所への指定対象の拡大につきまして、円滑に移行できるように事業者ですとか自治体などに現場の分かりやすさに配慮した周知をお願いしたいと思います。指定受付の準備は保険者によって異なることも想定されますけれども、居宅介護支援事業所が直接指定を受けることで介護予防費を実施することで、少なくとも委託を受ける場合にもらえなかったというような手数料部分に関わる報酬について受けていることはできるようになるので、地域包括支援センターの業務負担軽減とともに介護予防支援の実施が円滑に進むことを期待しています。

また、8ページにありますように、総合相談支援事業の一部委託が示されていますけれども、委託を受ける事業所と市町村の方針のすり合わせは大変重要なことと考えます。その必要性を双方に理解していただく上でも、現在でもランチ型で実施している保険者もあるかと思しますので、機会があれば事例紹介などをお願いしたいと思います。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの皆様をお願いいたします。

9名の方からお手が挙がっていますので、時間もございます。恐縮ですが、御質問につきましては最後にまとめて和田課長のほうから御対応いただければと思います。

それでは、幸本委員からお願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。

総合事業の充実に向けて、高齢者や多様な主体の参画を図ること、これは極めて意義のあることだと考えます。特に5ページの具体的な方策の3点目、「地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充」、これは非常に重要であると考えます。これによって、地域が抱える社会課題をビジネスによって解決する取組が活性化していくことを期待したいと思います。検討を重ね、早急な具体化をお願いいたします。

関連して、事務局への質問が1つございます。人の一生を考えると、就業している期間が圧倒的に長いです。よって、働いている間に健康行動、健康維持活動を習慣化することで健康な体を維持して、その状態で総合事業のサービスを利用すれば、効果がより高まるのではないかと考えています。また、同時に、そういう方々がサービスの支え手となることも期待できると思います。地域共生社会の実現のためにも、経済産業省と連携しつつ、健康寿命の延伸に効果が出ている健康経営と総合事業を、何らかの形で連携させてはどうかと考えております。この点について、現在、何か検討されていることがあれば、教え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。

座小田委員、お願いします。

○座小田委員 よろしく申し上げます。

総合事業についてでございますけれども、資料2-1、2-2を見ますと地域共生社会の実現に向けた多様な主体の参入促進ということが強調されているわけですが、資料2-1の3ページの1つ目の○に書かれていますように、高齢者の地域での生活は医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するものとあります。自治体によっては総合事業や協議体、生活支援コーディネーターが形骸化している状況もあると伺っておりますし、従前相当サービスの多さを打破していくためにも、地域住民のNPO活動、協同組合、民間企業などの多様な主体の参画を積極的に進め、それぞれの特性を生かした多様な取組を地域ごとにデザインしながら充実していけるよう、自治体の働きかけも含めて環境整備をしていただきたいと思います。その際には、資料2-2の5ページの地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築の内容だけではなく、関係者の意見も十分に聞いていただければと思います。

資料3-1の改正介護保険法の施行等について質問と意見と申し上げます。

まず質問のほうですけれども、この介護サービス事業者の経営情報の収集並びに分析結果の公表の事業については、令和6年4月1日からの施行が決まっているわけですが、資料の3ページの右側の枠囲い中の報告期限につきまして毎会計年度終了後、三月以内となっています。※印に初回に限り令和6年度内に提出で可と記載されているのですが、これ



は事業者によっては会計年度が事業者ごとに異なると思いますので、これは多分3月決算を想定していると思うのですが、実際の運用場面において年度をまたがる場合の具体的な取扱いについて、もし今、分かる範囲でいいのですが、考え方を教えていただければと思います。

最後ですけれども、これは何度も申し上げてきたのですが、こうした取組によって生じる事務負担の軽減や新たなローカルルールの発生につなからないように具体的な運用場面において十分御配慮いただけますようお願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

資料3-1の介護サービス事業者の経営情報の調査分析について申し上げたいと思います。これに関しまして、今日配られた参考資料1-2の改革工程表の11ページのところにも経営情報のさらなる見える化ということで明記をされているところがございます。今後、介護分野の処遇改善等々が重要な課題になってきますけれども、公費保険料の配分でありますので、データに基づいた透明な議論が必要でありますし、まさに社会一般の理解促進を得るためにも、こういうところを透明化していくというので非常に重要な課題だと思います。

現在、3ページにありますように職種別の給与、人数というのは任意項目になっているわけですが、ぜひとも今後、これを必須項目にするような検討もお願いをしたいというように思います。

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。

資料3-1、2ページから4ページで御説明がありました令和6年4月からの情報公表に関連してでございますが、訪問看護事業所におきましては同時期に令和6年6月開始の、医療保険のほうになりますけれども、レセプトオンライン請求とともに、オンライン資格確認への対応などが開始となります。こうした制度を含め円滑に対応できますよう、自治体から事業所に対して十分な周知や照会へのきめ細やかな御対応など御支援をぜひお願いしたいと考えております。

もう一点、資料の2ページにデータベースの整備のほか、介護サービス情報公表制度を併せて見直すとございますが、これまでの利用状況や求められている情報に関する十分な評価を今後に行った上で、利用者の選択を支えるものとして推進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。

小泉委員、お願いします。

○小泉委員 ありがとうございます。

まず介護予防・日常生活総合事業についてですけれども、総合事業を3年かけて見直すということですが、市町村の独自性の発揮しやすい枠組みが必要と考えます。また、基本は機能重視で利用者本位の事業とすべきであり、共生社会を念頭に自由度の高い制度設計を行うべきであると思います。同時に、上限制度運用の見直しも検討され、現在までのデメリットを克服した制度にフルモデルチェンジして発展していくということに期待をしております。市町村事業の担い手の意見をしっかりと受け止めて魅力ある総合事業を描いていただきたいと思います。

あと経営情報の調査と介護サービス情報の公表制度についてですけれども、社会福祉法人は既に計算書類を公表しており、介護サービス情報も全ての法人が公表しているところではありますが、どこまで利用者さんがその情報を活用していただいているのか、情報を見に来ているのは同業の事業者ばかりではないのかと感じられる部分もあります。大変な労力を費やして公表しておりますので、しっかりと利用者の方の情報収集に役立ち、サービスの選択の一つの基準として機能していただきたいと思います。

あと一人当たりの賃金の公表については、人数の少ない事業所では個人の収入が特定されてしまうようなこともありますので配慮が必要かと思われれます。また、事業者にとって事務負担は増加すると思います。女性活躍推進法に基づく男女の賃金の差異の情報の公表なども事業者にとっては大変な負担となっております。いろいろな方面から情報の公表や見える化と言われながら、どんどん業務が増大をしております。本音で言いますと、これ以上の負担を強いるのはやめてほしいというところですが、サービス内容を公表することはよいことであると認識をしておりますが、なるべく簡単に情報公表ができますよう、御配慮をいただきたいと思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。

私のほうからは資料2-1、2について意見を申し上げます。

今後も高齢者のみ世帯、特に独居高齢者が増加することが想定される中、介護予防からみとりまで幅広く横断的にライフイベントに応じた生活の整え方に対応できるのが介護福祉の専門職であると考えております。地域住民が地域の中で認知症を含め様々な課題を抱えつつも、それぞれの生活、暮らしを維持、継続させるためには、食事や排せつ、居室の環境整備など生活そのものを整えたり、地域の中でQOLの維持向上に資するための支援を行うことが必要であると考えます。

他方で、現在の介護予防・日常生活支援総合事業の仕組みの中では、どうしても介護福

社の専門職が関わりづらい側面がございます。ぜひ総合事業に介護福祉の専門職が関与しやすい仕組みの整備をお願いしたいです。

また、介護職は日頃、利用者に向き合う中で個別の生活課題に向き合う場面が多くございます。その際、その個別の生活課題を個別のものとしてだけでなく、内容によっては地域課題として捉え、地域課題の解決に結びつけることができる人材も必要と考えております。現在、私どもとしましては、認定介護士の養成に向き合っておりますが、そのような人材育成の後押しをぜひともお願いし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。

平川参考人、お願いします。

○平川参考人 東会長代理の平川でございます。

私のほうからは、総合事業の充実に向けて3点、現場から意見を述べさせていただきます。

まず初めにですけれども、本事業の対象者の早期発見、見過ごさないためには、市区町村事業が実施しております後期高齢者健診、いわゆるフレイル健診の結果をより有効に活用する必要があると思っております。保健事業としての健診と介護保険を含めた高齢者福祉事業とは、本件に関しましては残念ながら区市町村の縦割りの行政が障害となって課をまたいで双方向で健診機会が生かされていないような面が見受けられます。ぜひ風通しをよくしていきたいと思っております。

2点目ですけれども、同じく総合事業への参加意識を高める方策として、かかりつけ医の活用があります。ふだんから旧知のかかりつけ医がフレイルの医学的影響を説明するとともに、地域の多様な科へ結びつけるよう、積極的に働きかけることで、ちゅうちょしている御本人を後押しする有効な手段だと考えます。そのためには、かかりつけ医がフレイルを正しく見極める能力、また、様々な地域活動を活用する手法等を学ぶことが重要です。東京都医師会と東京都長寿医療センター等が連携して現在、フレイルサポート医研修会を展開し、こういった取組は全国でも行われてきております。また、全国老人保健施設協会と長寿医療センター等では同じくフレイルサポートナースに関する実証研究を行っています。御提案のとおり、総合事業には専門職の関与が必須と考えておりますので、今、お話ししたような手法も活用して積極的に総合事業に専門職も関わる必要だと私は考えます。

3つ目は、最後ですけれども、私ども老健施設と総合事業との関係でございます。老健施設では本来の業務に含まれてはおりませんが、全国各地で老健施設を活用した介護予防3事業を展開しております。フレイル予防、介護予防のよい効果があることを既にその事業で実証しておりますので、今後もさらに進めていきたいと思っております。

また、このような老健施設は介護保険内のサービス提供にとどまらず、総合事業やフレイル予防の領域でも老健の持ちます多職種共同によるよくするケア、また、在宅生活を支

援する機能など大規模多機能施設としての力を発揮して、この領域にも今後とも積極的に関与させていただきたいと思っています。また、その準備も進めていることを御報告いたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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3-1について2点質問と意見を申し上げます。

まず経営情報のデータベースの新たな取組につきまして、事業者にとりましては大変デリケートで機微な情報でありますので、外部へデータ流出しないよう、厳格なデータ管理が不可欠だと思いますが、このデータ管理責任を担うのは厚労省になるのでしょうかが一点です。

もう一点は、属性等に応じてグルーピングした公表と記載がありますけれども、現時点においてはこういったことを想定しているのか教えていただければと思います。

続きまして、情報公表制度においても、この両者において新たに財務状況あるいは経営状況を公表なり提出することになるわけですけれども、事業所の施設の負担をなるべく軽減していただくように御配慮いただきたいと思います。

また、この両者において職種別の給与とか一人当たりの賃金の報告がございますけれども、これはぜひあくまで任意で継続することをお願いしたいと思います。なぜならば、先ほど小泉委員も申されましたが、小規模事業所では半ば個人情報に近いものとなることもあります。また、経営母体によって法人税の支払いの有無の経営母体の違いあるいは公務員的給与のものもあれば一般の民間事業の経営、給与体系など様々であります。リクルートに与える影響等もありますので慎重に、取りあえずは任意で継続をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、総合事業に関して一言だけ。資料2-2にあります、先ほど栗田委員のほうからも冒頭で御説明がございましたけれども、この9ページの下から2つ目の○で大きな発想の転換によるフルモデルチェンジを促すという、この文言は非常に重要でして、これまで総合事業を展開してきてなかなかうまく進んでいかないという現状がありました。これは自治体の側からすれば、なかなか使い勝手が悪いであるとか、他の事業との整合性の問題があったり、一方で事業者の方は費用面から事業の継続は難しいという訴えがあったりしました。また、利用者側も、専門職による介護サービスから切り離されて、ボランティアによる対応だけで十分なのかどうかは疑問であるという意見も多かったわけです。

いろいろな御意見があったところですので、こういったことを踏まえて今後の展開の中で足りなくなっている「ヒトとモノとカネ」の実態を踏まえ、これらの問題をどうやってクリアしていくかということ、細かく一つ一つ対応していく必要があります。そういう意味では、総合事業の大きな可能性も感じておりました。ぜひここからがスタートラインでございますので、多くの委員の皆様からもまた御意見をいただきながら、そういうよりよいものができていくといいなと思っております。委員として参加した者として、一言ですが述べさせていただきます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、御質問につきまして和田課長のほうからまとめてお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

まず施行に当たりまして、いただきました意見、真摯に踏まえましてそれぞれ具体化に向けて検討してまいりたいと思っております。

質問、4点いただいております。

まず1点、幸本委員より、健康経営との連関ということでございます。これは全体につきましては、健康日本21及び健康経営の関係も非常に厚労省全体としてよく連携させていただいておりますが、大変申し訳ございませんが、現時点では恐らく総合事業についてはあまり連携はできておらず、今後の検討課題というようにさせていただきたいと思っております。

また、座小田委員より、会計年度に関する御質問、事業年度との関係、御質問いただきました。この考え方はまさに事業所の会計年度に合わせてそれが終了後3か月以内ということでの施行を考えているところでございます。また初年度につきましては1年間の猶予ということで御提案させていただいているところでございます。

江澤先生より2点、御質問いただきました。

まずデータベースの管理責任、これは国と考えてございます。

また、グルーピングのイメージでございます。こうした事業、経営情報の調査を進めるに当たりまして、まさに介護については法人類型が多々あることがまさに課題であり、難しさでございまして、最低限は恐らく法人類型別というのが考えられますし、また、地域別というものも考えられるかと考えております。その上で、どのような分析が有用なのか、これはよく検討させて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 ただいま回答いただきましたが、よろしいでしょうか。ございませんか。よろしいですか。ありがとうございます。

様々な御意見、頂戴いたしましてありがとうございます。引き続きただいまの御意見も踏まえていただいて進めていただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

ちょうど時間となりましたが、本日、前半、かなり重い議題で御議論いただいたところでございます。最後に間老健局長からお言葉をいただければと思いますので、お願いいた

します。

○間老健局長 老健局長でございます。

本日も菊池部会長はじめ委員の皆様方、また御意見、御指導賜りまして誠にありがとうございます。

先ほどの御意見、議題となりました議題の2や3でございますように、これまでも部会の御意見に沿って様々な検討をし、また、お諮りをしてきたところでございます。議題の1につきましても本日の部会長の御指示、また皆様の御意見を受け止めまして、私としても今後の予算編成過程でしっかり検討調整をさせていただきたいと、このように考えております。何とぞ、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○菊池部会長 どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、時間が参りましたので、本日はここまでとさせていただきます。

次回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 事務局でございます。

次回の本部会の日程については、追って御連絡させていただきます。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はここで終了させていただきたいと存じます。

大変お忙しい中、どうもありがとうございました。