

○村中総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第116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。

また、本日の議題に関しまして、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室から吉田室長が出席しております。

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、こんにちは。もう年も押し迫って最後の週ですが、政府の会議はこの時期でも行われるということで、大変お忙しい中御参集いただきまして、どうもありがとうございます。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、大西委員、幸本委員、中島委員、山本委員より御欠席の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次長、尾崎正英参考人、大西委員の代理として高松市健康福祉局介護保険課長、多田也寸志参考人、幸本委員の代理として日本商工会議所企画調査部副部長、篠原崇参考人、山本委員の代理として日本看護協会常任理事、田母神裕美参考人にいずれもオンラインで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。

（首肯する委員あり）

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、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確認をお願いいたします。

○村中総括調整官 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。

資料について、会場にお越しの委員におかれては、机上に用意してございます。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も掲載してございます。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ます。御発言をされる際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除し

て御発言ください。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、発言は極力簡潔をお願いいたします。

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。

(カメラ退室)

○村中総括調整官 事務局からは以上です。

○菊池部会長 それでは、早速議事に入らせていただきます。議題1「介護保険制度をめぐる状況について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○江口総務課長 総務課長の江口です。

私のほうから、資料1から4について御説明いたします。

まず、資料1を御覧ください。介護保険制度改正の検討に当たってのスケジュールを記載しております。介護保険制度は3年1期をサイクルとしてPDCAを回していく仕組みとなっております。現在の第9期計画に向けた制度改正の検討も第8期の初年度に始めました。第10期の介護保険事業計画は2027年度からのスタートになりますので、本日、次期制度改正に向けた議論をスタートし、2025年の年末まで約1年かけて御議論いただき、その結果を踏まえて所要の制度改正を行いたいと考えています。後ほど御説明しますが、2040年までの時間軸や地域軸を踏まえて検討すべき事項は別途検討会を開催し、議論を整理した上で本部会に報告し、引き続き本部会で御議論いただきたいと思います。

次に、制度改正に向けた主な検討事項と制度の状況について、資料2と資料3を用いて御説明します。

まず、資料3の1ページの目次を御覧ください。この目次の前半部分「Ⅰ 介護保険制度の現状」について簡単に御説明をさせていただきます。その後、Ⅱの資料については、資料2の主な検討事項に沿って準備していますので、資料2に戻って御説明した上で、資料3のⅡの関連資料について、駆け足になりますが、主なスライドを御説明したいと思います。

では、まず資料3の3ページを御覧ください。介護保険制度は、保険料50%と税50%を組み合わせた社会保険であり、公費のおおむね半分が国の負担、おおむね4分の1ずつを市町村、都道府県が負担する制度です。保険料は65歳以上の1号被保険者、40歳以上の2号被保険者に御負担いただくとともに、利用者の方々からは一定の利用者負担をいただく制度となっております。

5ページを御覧ください。介護保険制度の財源構成を示したものです。このうち国の負担25%のうち5%分は調整交付金として、高齢化の水準や所得水準について補正を行った上で、国から自治体に交付しています。

7ページは1号保険料と2号保険料の推移を示したものです。

8 ページは介護保険財政の収支となっています。

次に 9 ページを御覧ください。右側、介護給付、予防給付は、要介護・要支援認定を経て提供される給付です。その下の総合事業は、給付ではなく事業として市町村が行う地域支援事業の一部です。総合事業は介護予防ケアマネジメント等に基づき実施されます。

10 ページは介護サービスの種類について、指定権者ごとに分類したものになります。

続きまして、11 ページ以降で介護保険制度を取り巻く状況について外観を御覧いただきます。11 ページです。65 歳以上の高齢者数は、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2043 年には 3953 万人とピークを迎える見込みです。認知症高齢者や単身高齢者等も増加していきます。下段にあります、高齢化の状況は地域により大きく異なります。

12 ページを御覧ください。医療と介護の複合ニーズが高まる 85 歳以上の人口は、介護保険制度にとって重要な要素ですが、2035 年頃まで一貫して上昇します。

13 ページ、左にあるとおり、要介護認定率は 65 歳以上全体ですと 19% ですが、年齢が上がるに連れて上昇し、85 歳以上では 57% まで上昇します。また、それに伴い、右の図のとおり高齢になるほど 1 人当たりの介護給付費も大きく上昇していきます。

14 ページを御覧ください。高齢者は今後も増加していきますが、人口構造の推移を見ると、2025 年以降、2040 年に向けて高齢者の急増から現役世代の急減に局面が変化します。介護需要が増大していく中、さらに介護サービスを担う介護人材の確保が大きな課題となります。

15 ページは介護保険サービス利用者の推移を示しています。サービスごとの内訳や費用額の内訳は 16 ページ、17 ページにお示ししています。

19 ページを御覧ください。全世代型社会保障構築会議の報告書ですが、年齢にかかわらず、全ての国民が能力に応じて負担し、支え合う全世代型社会保障の考え方にに基づき、2040 年に向けて時間軸と地域軸の視点を持って制度を考えていくことが必要とされています。

20 ページには、介護制度の改革として、地域包括ケアシステムの深化・推進、生産性向上と働く環境の改善、持続可能性の確保、DX の推進などが挙げられています。

21 ページ、22 ページは、前回の制度改正の際にこの部会で取りまとめいただいた意見書の概要です。

これに基づき、23 ページの令和 5 年の改正法の中で、医療・介護の連携機能と提供体制の基盤強化という観点から、24 ページにあるような介護情報基盤の整備や生産性向上等に係る改正を行いました。

26 ページでは今年度からの第 9 期介護保険事業計画の全国集計の数字を記載しています。

27 ページは介護サービス量の見込みの資料ですが、第 9 期の計画の中では、在宅サービスが約 7%、居住系サービスが約 11%、施設サービスが約 5% の増加となっています。

28 ページ、29 ページは保険料についての資料です。第 9 期は全国平均で月額 6,225 円となっています。

以上、簡単に介護保険制度の現状について御説明しました。

その上で、資料2に戻ります。制度改正に向けた主な検討事項についての資料です。

1 ページを御覧ください。前回の制度改正の中では、先ほども御紹介しましたが、令和5年に介護情報基盤や生産性向上への支援などについて法改正を行い、医療・介護の連携機能と提供体制の基盤強化を図りました。

次期制度改正については、85歳以上人口の増加という高齢化の進展や生産年齢人口の減少に対応し、介護人材の確保が課題となる中、地域の介護需要に応じてサービス確保を図っていく必要があります。このような中、引き続き、地域包括ケアシステムの推進、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくりの推進、持続可能性の構築・介護人材確保等を図っていく必要があります。

また、2040年に向けて、人口減少のスピードは地域によって異なり、人口構造も大きく変わります。特にこのような時間軸・地域軸を踏まえた検討については、冒頭申し上げたとおり、別途検討会を立ち上げ、そこで議論を整理した上でこの部会に報告し、本部会で引き続き議論を行うこととしてはどうかと考えています。

2 ページを御覧ください。検討項目については、今後の議論に応じて見直す可能性があることが前提となりますが、事務局として分野横断的なテーマとして5つ挙げさせていただいております。まず1つ目が地域包括ケアシステムの推進、2つ目が認知症施策の推進・地域共生社会の実現、3つ目が介護予防・健康づくりの推進、4つ目が保険者機能の強化、5つ目が持続可能な制度の構築、介護人材確保・職場環境改善であります。

以上の5つのテーマに沿って、次回以降、具体的な御議論をいただきたいと考えています。

再び資料3を御覧ください。30ページになります。先ほど御説明した5つのテーマに沿って関連資料を整理しており、主なスライドについて御説明いたします。

まず1つ目は、地域包括ケアシステムの推進です。32ページを御覧ください。2040年にかけて85歳以上人口を中心とした高齢化と、生産年齢人口の減少が見られます。地域ごとに見ると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口が減少し、高齢者人口は都市部では増加、過疎地域では減少します。

34ページを御覧ください。このような中、介護サービス利用者のピークには地域差があり、中山間や人口減少地域のように既にピークを迎えたところもあれば、都市部のように2040年を超えても増え続けるところがあります。

35ページです。これまで団塊の世代が75歳以上となる2025年をターゲットとして、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を推進してきたところですが、今後、2040年に向けて介護需要の地域差が大きくなる中で、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムをさらに深化・推進していくことがより重要になっています。

36ページです。医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口が増加していく中、医療

と介護の一層の連携が必要です。市町村は、在宅医療・介護の連携を地域支援事業の中で実施していますが、37ページにあるように、現状把握や専門職の人材確保が課題となっています。

サービス需要の変化が起きる中で、介護サービス事業者の経営基盤を強化していくことも重要です。その1つの手法が経営の共同化・大規模化で、40ページにあるとおり、規模が大きくなるほど離職率が低下傾向にあります。

43ページにあるように、令和4年に創設された社会福祉連携推進法人制度の活用も方策の1つです。

次に、テーマの2つ目の認知症施策の推進・地域共生社会の実現です。

46ページを御覧ください。認知症や軽度認知障害（MCI）の有病率は高齢化に伴い増加していく見込みです。

47ページは、これまでの認知症施策の経緯です。令和5年に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、この法律に基づき、本年12月3日に認知症施策推進基本計画が閣議決定されました。この基本計画に基づき、認知症の人やその家族の参画の下、国と自治体において施策を推進していくことが重要です。

48ページ以降は基本法と基本計画の概要になります。

53ページを御覧ください。地域共生社会とは、どのような社会かを記載しております。

54ページを御覧ください。社会・援護局のほうで本年6月に地域共生社会の在り方検討会議がスタートしていますので、老健局と社会・援護局で連携して検討を進めたいと考えています。

認知症施策や地域共生社会の基盤の1つとして、地域における高齢者の相談支援がありますが、ケアマネジャー等の専門職や地域包括支援センター等による相談体制の確保、高齢者等終身サポート事業、成年後見制度の利用促進が重要です。

55ページと56ページは、前回この部会で御報告したケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理の概要で、以降、関連資料をつけています。

また、62ページですが、単身高齢者が増えていく中、住まいの支援を行うことも地域共生社会の実現、地域包括ケアシステムの推進の上で重要です。これまでも住宅施策と福祉施策の連携を進めていますが、今年の通常国会で居住サポート住宅の創設をはじめとする住宅セーフティネット法の改正が行われたところです。その関連資料をつけております。

次に、テーマの3つ目の介護予防・健康づくりの推進です。

67ページを御覧ください。要介護認定者数の推移です。増加傾向にありますが、近年は緩やかに推移しています。

68ページを御覧ください。要介護認定率を年齢階級別に2015年と2023年を比較したグラフです。左は要介護全体、右は中重度のグラフですが、いずれも認定率の低下が見てとれます。つまり、以前よりも同じ要介護状態になる年齢が遅くなっているということを表しています。これは、これまで各地域で介護予防・健康づくりを進めてきた結果だと考えて

いますが、今後はその効果を具体的に検証する必要があると考えています。

69ページを御覧ください。現行の介護予防・日常生活支援総合事業は、2014年の法改正で創設され、要支援者等の支援のため、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加、介護予防の取組を推進しています。また、昨年この部会で御報告させていただきましたとおり、総合事業の充実に向けた検討会を行い、地域の多様な主体の力を組み合わせて、総合事業の充実、工夫を図っていく必要があるといった中間整理がまとめられております。

73ページを御覧ください。総合事業の中の一般介護予防事業の中で、高齢者の介護予防や社会参加に取り組んでおり、通いの場はその一つです。

74ページ、75ページのとおり、通いの場については、令和4年度で約15万か所、高齢者の参加は約220万人となっており、通いの場への参加は新型コロナの影響で少し落ち込んだものの回復しています。

76ページのとおり、通いの場の運営主体や場所は多岐にわたり、その活動も体操のみならず、農作業やボランティア、就労的活動、多世代交流と様々です。

健康づくりの面では、77ページのとおり、高齢者保健事業との一体的実施にも取り組んでいく必要があります。

次に、テーマの4つ目の保険者機能の強化です。

80ページを御覧ください。介護保険法上、市町村は地域支援事業を実施することとなっており、先ほど御紹介した介護予防・日常生活支援総合事業のほか、地域包括支援センターの運営などの包括的支援事業や任意事業を実施しています。自治体が介護サービスの基盤整備と地域支援事業を併せてどのように制度を運営していくかが重要です。

86ページと87ページは、いわゆるインセンティブ交付金の仕組みであり、高齢者の自立支援、重度化防止や介護予防・健康づくりといった自治体の取組を評価し、財政的なインセンティブを設けています。

先ほども第9期の保険料の状況は御紹介しましたが、89ページは、これまでの給付費と保険料の推移を記載しています。

91ページから93ページまでは給付費や要介護認定率、保険料に地域差があることをお示ししています。

94ページ以降では、調整交付金、保険者の広域化、要介護認定についての基本的な資料をつけています。

次に、テーマの5つ目です。98ページを御覧ください。制度の持続可能性の確保は重要なテーマであり、給付と負担の議論のほか、人材確保や生産性の向上、職場環境改善も含めて、この部会で丁寧に御議論いただきたいと思いますと考えています。

まずは介護人材と処遇改善関係の資料です。100ページを御覧ください。介護関係職種の有効求人倍率は約4倍と高い水準にあります。

101ページを御覧ください。人材確保を取り巻く厳しい状況の中、令和6年度報酬改定を含め、これまで累次の処遇改善を進めてきました。その結果、103ページのように賃金は4.5

万円程度上昇しましたが、全産業平均との比較ではまだ差がある状況です。

105ページを御覧ください。令和6年度報酬改定で、これまでの処遇改善加算を一本化するとともに加算率の引き上げを行ったところです。午前中の介護給付費分科会で御報告したところですが、今般、処遇改善加算の取得をさらに促進するため、その要件の弾力化を図ることとしました。これにより、加算未取得の事業所を減らすとともに、より上位の加算取得を促進していきたいと考えています。

107ページのとおり、足下の状況で見ても、全産業平均の賃上げと介護分野の賃上げに差がある状況です。生産年齢人口の減少に伴い、全ての業界にとって人材確保が課題であり、他産業との間で人材確保競争が激しさを増していると考えています。

そのような中、108ページのとおり、12月17日に成立した令和6年度補正予算でさらなる賃上げやテクノロジー導入支援、訪問介護の提供体制確保のための支援といった総合的な対策を行うこととしています。

109ページを御覧ください。介護のマンパワーのシミュレーションです。足下の2022年度の約215万人に対して都道府県が推計した必要数を集計すると、2040年度までに約57万人の新たな介護職員が必要となっています。介護人材の確保と併せて職場環境改善、生産性向上を通じた業務の効率化、介護人材の定着を図っていくことが重要です。

113ページを御覧ください。介護人材確保対策として、国においては、介護職員の処遇改善、多様な人材の確保・育成、離職防止、定着促進、生産性向上、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など、総合的な介護人材確保に取り組んできました。

114ページ以降は関連資料になります。

119ページを御覧ください。職場環境改善に当たって、各事業所において業務の明確化、役割分担を行いつつ、テクノロジーも導入することで業務効率化、生産性向上を図っていくことが重要です。

そのために、120ページのような都道府県の相談窓口であるセンターの整備、関係機関との連携を図っていく必要があります。

122ページのように2024年度で約3割の事業者がテクノロジーを導入しているところであり、123ページのテクノロジー導入補助金や124ページのデジタル中核人材の育成を通じて、さらなる業務効率化、生産性向上を図っていく必要があります。

125ページ以降は関連資料になります。

132ページ以降は全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋、改革工程で、これは全世代型社会保障構築会議での議論等を基に、昨年末に閣議決定したものです。この改革工程には介護関係も含まれており、持続可能な制度の確保の観点から、この部会において御議論いただきたいと考えています。

132ページを御覧ください。第1号保険料の在り方の見直しについては、多段階化について昨年実施しております。介護の生産性、質の向上や報酬改定については先ほど御説明したとおりです。

133ページを御覧ください。介護施設等の経営情報のさらなる見える化については、前回の制度改正で経営情報の分析等のための措置を盛り込んだところですが、事業者からの報告事項の追加について検討を進める必要があります。介護の生産性、質の向上について、共同化・大規模化を含め、具体的な対応策に関する検討事項が記載されております。

134ページを御覧ください。ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、記載のとおり、第10期介護保険事業計画期間の開始までの間に結論を出すこととされています。サービスつき高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化や福祉用具貸与のサービス向上についても検討し、必要な対応を取るものとされています。

135ページを御覧ください。利用者負担（2割負担）の範囲の見直しについては、改めて総合的かつ多角的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始の前までに結論を得ることとされています。多床室の室料負担の見直しについては、令和6年度報酬改定で一部実施したところですが、記載のとおり、さらなる見直しを含めた必要な検討を行うこととされています。

135ページの金融所得の勘案、136ページの金融資産等の取扱い、3割負担の適切な判断基準設定等については、医療保険と同様に検討事項とされています。

136ページの高齢者の活躍促進については、先ほど御説明した総合事業の充実について検討していく必要があります。

最後の137ページは、住まい支援や身寄りのない高齢者等支援ということで、先ほど御説明したとおり地域共生社会の実現に向けて相談支援等をはじめ、必要な支援の在り方について検討していく必要があります。

次に、資料4について御説明します。こちらは御報告事項になります。先ほども御説明したとおり、2040年までの時間軸・地域軸を踏まえた検討のため、別途「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会を開催したいと考えています。

1ページ目を御覧ください。検討会の背景として、2040年に向けて、人口減少のスピードが地域によって異なる中、予防・健康づくり、人材確保・定着、デジタル活用等を通じて、地域包括ケアを維持した上で、地域別のサービス提供モデルや支援体制を構築する必要があるのではないかという点、また、地域の状況によっては、事業者間の連携等を通じ、人材確保を図りながら将来の状況を見越した経営を行うことにより、サービス提供を維持していく必要があるのではないかという点を挙げています。

中ほどの主な課題と論点ですが、まず、人口減少とサービス需要の変化への対応について、大きく中山間・人口減少地域、都市部、それ以外の一般市等の地域に区分した上で、サービス需要の状況に応じ、どのようにサービス提供体制を確保していくかを検討したいと考えています。

また、このほか介護人材確保・定着、テクノロジー活用等による生産性向上、雇用管理・職場環境改善などの経営への支援、介護予防・健康づくり、地域包括ケアと医療介護連携、

認知症ケアの点についても検討したいと考えています。

具体的な議論の進め方としては、まずは高齢者に係る施策を検討した上で、その検討結果を踏まえ、障害やこども関係といった他の福祉サービスも含めた共通の課題についても検討を行うこととしています。

一番下にスケジュールを書いています。第1回は1月上中旬を予定しており、その後、地域で先進的な取組を行う自治体や事業者等からヒアリングを行いつつ議論した上で、春頃を目途に高齢者関係の中間まとめを行いたいと考えています。その後、中間まとめも踏まえて、他の福祉サービスも含めた共通の課題について検討し、夏を目途に取りまとめたと考えています。中間まとめの段階でこの部会には報告をさせていただき、その後、この部会において引き続き議論をしていただきたいと思いますと考えております。

以上、駆け足になりましたが、資料1から4の説明です。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した。

それでは、各委員の皆様から、ただいまの御説明に関しまして御発言をお願いいたします。会場の方は挙手をいただき、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なさってください。なお、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御発言いただきたいと思いますと考えてございます。発言時間について、各委員におかれましても御協力いただきますようお願いいたします。

いつもはまず会場の皆様から募るのですが、津下委員、鳥潟委員が本日途中退室を御予定ということですので、よろしければ先にこのお二方に御発言をお願いできればと思いますが、まず、津下委員からいかがでしょうか。

○津下委員 御配慮いただきましてありがとうございます。

第10期の介護保険事業についての検討、また、2040年を目指した制度の在り方についての検討が始まるということで、身の引き締まる思いがしております。

私のほうから、先ほどの資料の2ページ、主な検討事項のところにあります介護予防・健康づくりの推進ということについて1つ申し上げたいのですけれども、資料の68ページにありますように、要介護については年齢別に見ると、それが改善してきている方向にあるということで、健康づくり、生活習慣病の予防、介護予防、これが切れ目なく続いていくということは本当に重要なことであろうと思っております。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の中で、健診の質問票や検査項目、そして、医療のレセプトを分析すると、2～3年後の要介護認定率が高まる状態が浮き上がってきているところでございます。現在、介護予防事業が手挙げ方式で通いの場ということなのですけれども、今後さらに積極的な拾い上げと、それから、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの連動的な実施という辺りも評価をしながら進めていくことを提案したいと思います。また、それによって自ら活動できる人たちを多く増やしていくということが重要なポイントかなと思っております。

また、2点目ですけれども、地域包括ケアについては理念的にも重要であり、また制度

的にいろいろ進んできたのですけれども、医療保険と介護保険が必ずしも足並みがそろっていない状況があり、また、制度が違うのでお互いの状況が分からない、また評価がうまくできていないということもあり、いろいろな課題があるということを承知しております。この辺りについて、両者を併せた分析、介護保険のデータだけではない医療保険の例えば在宅医療や訪問診療、その辺りの状況も含めた全体像が見えるようなディスカッションができればいいのではないかなと思っております。

また、地域差がございますけれども、インセンティブ交付金についても、やはり得点格差がありまして、自治体の姿勢もあるかもしれないし、また、取り組みやすさ、地域特性があると思います。介護保険にあまりに多く依存し過ぎますと、制度が成り立っていきませんので、住宅、交通をはじめ社会インフラのそのほかの部門の協力を巻き込めるような展開をして、介護保険はもちろん大事なのですけれども、それだけで高齢者の生活を賄わない仕組みづくりというのをぜひ御検討いただければと思います。

それから、介護人材については、先日、健康経営の経産省の会議があったのですけれども、中小企業やトラック業界など、健康づくりがなかなか難しいと思われたところが健康経営に取り組んで、若い人の参加が増えてきた、また離職が減ったというような報告もありましたので、介護における健康経営の推進ということも視野に入れてはどうかと思いました。

以上、これからの展開について御意見申し上げました。失礼します。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟委員　御配慮ありがとうございます。

介護保険制度をめぐる状況についてですけれども、今後の介護サービスの在り方を考えるに当たっては、資料で御指摘のとおり、需要がしばらく増加する地域もあれば、減少に転じる地域もあり、地域で直面する課題が異なっていることを踏まえる必要があると考えます。

加えまして、今後、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、一方で財源には自ずと限界が出てきます。また、人口減少社会において介護人材の確保もより困難となることが想定され、めり張りのついた対応が必要になると考えております。そのため、介護保険制度の持続可能性を高めていくという観点も踏まえた上で、地域の実情に応じた対応が可能となるようにサービス提供体制の在り方を御検討いただきたいというふうに考えております。

以上です。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、一旦会場に戻らせていただきます。

会場から御発言いただければと思いますが、それでは、佐藤委員からお願いします。

○佐藤委員　御説明ありがとうございます。

まず質問になるのですが、今回、資料2で論点となる項目を取り上げていただいているのですが、前回もいろいろと議論のあった受益と負担の問題、ありていに言うと保険料の設定あるいは自己負担の在り方について、これはどこで議論すると考えた方がいいのか。これは5番なのですかね。その辺りの位置づけについて伺いたい。

それから、今後、受益と負担の話をするときに考えなければいけないのは、高齢者の場合は所得だけではなくて金融資産とか、もちろん家もありますけれども、こういった資産をお持ちですので、この辺りをどのように保険料や自己負担の在り方に反映させていくかということ。それから、もちろん医療保険のほうとの整合性、あちらも2割負担、3割負担がありますので、あちらとの整合性を図っていくということ、その過程が問われるかなと思います。もちろん高齢者の方々の生活がなかなか大変だというのは存じ上げていますが、インフレで困っているのは勤労世帯も同じでありまして、これは実際、前回の総選挙の隠れた争点でもあったと思うのですが、現役世代の負担をどうするかという議論があるわけで、はっきり言うと、これが今の103万の壁につながっているわけですね。なので、現役世代の負担、ありていに言うと2号被保険者の負担の在り方、これをできるだけ押さえるという観点からも、やはり受益と負担の関係というのは避けて通れない問題かなと思いますというのが1点目です。

あと、ちょっと細かいのですが、私は今、規制改革の仕事をしていて、そこでやはり気になるのは、例えば36ページでこういう形で在宅医療と介護の連携という言葉が出ているのですが、これが現場で難しくて、というのは、やはり連携する相手がいない。地方だと、例えば在宅でやっている介護職員の方がいたとしても、お医者さんとすぐ連絡が取れなかったり、必要な薬がすぐ取り寄せられなかったりするということはある得べし。そこは東京と全く事情が違う。我々が言っているのはタスクシェアの考え方で、介護職員、介護福祉士の方が、例えばさもないければ医療行為とみなされるようなことであっても、ある程度はやってもいいんじゃないかであるとか、何らかの包括的な指示をお医者さんから受けて対応してもいいんじゃないか。同じことは看護師さんも言えるのですね。なので、この辺りのタスクシェアという視点も、連携というと結局、ただ単にすみ分けているだけで、連携先がないとどうにもならないということになりますので、その辺りを考えられたらいかがですかということ。

それから、もう一つ、介護事業者の生産性を高めるという議論があったと思うのですが、一丁目一番地はやはり大規模化とICT化でありまして、こちらも規制の壁がどのくらいあるのかということ。配置基準も含めて、大規模化であるとかICTの導入によって、規制の壁がどのくらいボトルネックになっているか、この辺りの検証もあっていいかなと思います。補助金を配るのはいいのですが、多分こういう規制であるとか壁があれば、なかなかその導入が進まないのは当たり前ということになりますので、そこは洗い出し、介護に係る規制の棚卸しみたいなことは必要かなと思っています。

あと、経済学者としてのコメントになりますけれども、インセンティブ交付金、86ペー

ジでいろいろと制度はこうなっていますという御説明があったのですが、これはどのぐらい効果があったのかなというのがよく分からない。インセンティブを与えたからと、実際にインセンティブというとあったかのような説明になるのですが、動かなければインセンティブにならないので、実際に自治体の保険者のどういう行動変容につながったのかということについては、ちゃんとデータに基づいて検証が必要なのではないかという気がしています。制度があれば必ずしもそのとおり動くとは限らないので、したがって、その辺りをちゃんと見ないと本当に効果があるかどうか分からないなということ。

それから、最後にもう一つ、90ページですけれども、第1号保険料なのですが、私が理解する限り、もともとは第1号被保険者の保険料は定額で、でも、所得の低い方もいるから困るよねと。ある程度その収入ロスを所得の高い方で補うという形で、もともと原則は定額で、例外的に段差ができてきたと思うのです。でも、実際にもう例外が常態化しているので、であれば、これははっきり言うと、所得比例型というのもあり得べしであって、例えば市町村国保は基本的にそうになっているじゃないですか。あれは所得割がありますよね。均等割もありますけれども、応益割とも呼んだりしますが、所得割もあるので、あれは基本的には市町村の合計所得に基づいて掛けているはずなので、この辺り、もうちょっと所得に応じた負担というのを、高齢者の中でもちゃんとやってみるというのが能力に応じた負担にもつながりますので、この辺はもう少し、そろそろ抜本的に見直す時期に来ているかなと思います。もはや例外が常態化しているので、実態に合わせた改革があっているのではないかと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

御質問をいろいろいただきましたので、お願いします。

○江口総務課長　総務課長です。

佐藤委員から御質問がありました、検討事項の中で給付と負担の在り方の見直しはこの項目に含まれるかという御質問ですけれども、委員からの御指摘のとおり、5番目の持続可能な制度の構築の中で、この給付と負担の在り方についても議論していただくことを考えております。

○菊池部会長　それだけでよかったですか。分かりました。ありがとうございます。

それでは、いかがですか。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員　次期制度改正に向けた議論の中で、資料2の1ページにも書いていますけれども、この時間軸・地域軸を踏まえた検討は不可欠であります。特に85歳以上高齢者の増加と深く関連するのですが、21世紀の前半に急増する独居の認知機能低下高齢者。認知機能低下高齢者というのは、認知症の方とMCIの方を含むということですから、これにフォーカスを当てた検討を行うことが今後の制度改正全体の方向性を検討する上でも非常に重要な意義を持つのではないかと考えております。

資料3の11ページのマル2、マル3の図に今後の認知症高齢者の将来推計と単独世帯の高齢者の将来推計が出ておりますが、私どもで行っております厚生労働科学研究で独居の認知機能低下高齢者が現段階で大体250万人、これが2050年までに350万人ぐらいになるものと推計しております。この方々の多くに、保険医療福祉のニーズだけではなくて、日常生活支援ニーズでありますとか、居住支援ニーズでありますとか、権利擁護支援ニーズがある。特にこの権利擁護支援ニーズについては最近、強引な訪問販売でありますとか特殊詐欺とか、そういう問題がクローズアップされておまして、実は厚労科研の中でそれがどのぐらいの規模かということも一応今回調査いたしました、こういった数多くの複合的なニーズが存在しているということでございます。

これまでもこうした複合的な課題についてはそれを視野に入れながら、2011年には法改正で地域包括ケアシステムの構築という目標が掲げられましたし、同年には介護予防事業の中に日常生活支援という考え方が入りましたし、2014年の法改正では、この介護予防・日常生活支援総合事業が必須化されるとともに、認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業が新たに地域支援事業の包括的支援事業の中に盛り込まれましたし、2020年の法改正ではこの地域共生社会の実現ということで一連の様々なことが行われてきたわけであります。そして、この2023年に共生社会の実現を推進するための認知症基本法も成立したということでございます。

しかしながら、これまでも繰り返し指摘されておりますように、市町村における地域支援事業は、事業の数の増加とともに、職員の業務量の増加ということが重なりまして、個々の事業それぞれの担当部署で実施すること自体が目的化してしまい、事業間の縦割り、分断が際立ってきてしまったという現実がございます。こうした状況では、先ほどの独居認知症高齢者、あるいは認知機能低下高齢者を持つ方の複合的なニーズに対応できる統合的な体制づくりというのは困難でございます。

ということで、今後の制度改正において議論されなければならない重要テーマの一つが、この地域支援事業、あるいは介護保険事業全体が共生社会というビジョンの実現に向けて縦割りの壁を越えて分野横断的に統合的に稼働できるようにするためにはどうするか。特に独居の認知症高齢者や認知機能低下高齢者が地域生活を継続できる社会環境をどのように整備するかという観点がとても重要であろうかと考えています。

こういった議論は独居の認知症高齢者の支援に限定するものではなくて、超高齢化と生産年齢人口の減少によって生じる社会的孤立リスクの高い全ての世帯類型の要支援・要介護高齢者の社会的支援の在り方につながるものでございます。

また、前回の介護保険部会でケアマネジメントに関連する諸課題に関する検討会の中間整理に関連して発言させていただきましたように、現在の独居認知症高齢者がどのようにして暮らしているのか、現場ではケアマネジャーがどのように支援しているのか、あるいはどのようにして多職種チームや別居家族によって意思決定支援や日常生活支援がなされているのか、そこではどのような課題が生じているのかといったことを、事例を通して明

らかにしていくということが重要でございます。

そういった個別事例の分析を通して、地域の中で複合的な支援ニーズに対応できるサービス提供が可能な体制を地域の特性に応じてつくり出す方法を検討するということが重要ではないかと考えております。

最後に、以前のこの部会でもお話ししましたが、51ページに示されているような地域共生社会の概念と認知症基本法や障害者基本法で示される共生社会の概念が異なっておりますので、繰り返しになりますけれども、この縦割りの壁を越えて分野横断的な取組を進めるためには、両者の概念を統合的に説明できるような概念整理が必要であろうと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、山際委員、お願いします。

○山際委員　ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の山際でございます。私からは3点、意見と質問を述べさせていただきたいと思います。

第1点目ですが、資料3の78ページから保険者機能の強化ということで、大きな論点の4番目ということで書かれていますが、マネジメント機能の強化というテーマが掲げられております。保険者機能の強化ということ自体は当然必要なことだと思うのですが、マネジメント機能の強化と言ったときに、本当に保険者単体でこの機能が強化なし得るのかということについて問題意識を持っております。当然、行政も人手不足、それから限られた財源の中で御苦労されながら運営されている状況の中で、高齢者の生活を支えるための生活支援サービスの拡充などを考えたときに、公金を取り扱う行政の立場からは、当然その公平性を考えるという意識が前提にあるかと思います。そうした中で、それぞれ異なる状況にある地域のマネジメントをどこまでできるのかということについて疑問が残っているということです。

ついでには、この間、検討がされている国であるとか都道府県において、プラットフォームをつくるということが検討されていると思いますが、ぜひそういう場で、行政については、ハブとしての機能を積極的に發揮していただきたい。その中で、地域にある様々な力を寄せ集めてつないでいく、そうしたことを円滑に進める役割を發揮していただければと思っています。もっともっと地域に残されている民間の力を活用して問題を解決していくというスタンスに立っていただくことで、行政の力をより發揮できるのではないかと考えています。

民間の力と言ったときに、単にこの介護の分野ではなくて、介護以外の分野で、例えば配食だとか、あるいは見守りであるとか、様々な生活支援サービスを取り扱っている民間の事業者、運輸であるとか各種サービス事業者がいらっしゃいますので、そうした地域に残る方々の力を寄せ集めて総合力で対応しないと、もう地域は支えられないだろうと思っています。

また、財源的にも、そういう意味では何でもかんでも公金を使うということではなくて、

高齢者の方々の選択肢を広げ、そして、介護だけではなくて様々な民間の事業者ときちんとマッチングさせていく、そういう仕組みを考えていくことをぜひ検討していく必要があるだろうと思っています。

特に、84ページに総合事業を書かれていますが、ある意味、今年の法改正のところで、さらに柔軟にできる法改正ができただろうと思っています。ぜひ、行政側のスタンスを行政主導というより、行政としてのハブ機能を發揮していただいて、地域のより多くの力を結集して問題解決に当たるというスタンスで考えていただければいいのではないかと思います。これが1点目です。

2点目ですが、これは質問です。同じく資料3の17ページに現在のサービスの状況、提供サービスの内訳の金額と請求事業者数が載っております。このところで、地域密着型サービスについて、なかなか伸びていかない、増加していかないという現状があるかと思っています。高齢者の生活を地域、それから在宅で支えていくということで、切り札的なサービスとして出されてきたこの地域密着型サービスがなぜ増加をしていかないのか、ぜひこの原因について、現状の厚生労働省としての認識をお示しいただければと思っています。これは今回でなくて結構ですので、次回の部会のところで示していただければと思っています。

地域密着型サービスで、定期巡回であるとか小規模多機能、あるいは看護小規模多機能を考えていきますと、例えば医療から退院直後の不安定な状態で在宅に戻ってきたときに、その状態を支えて安定化させる、非常に有効なサービスになっていますので、ぜひこれを普及するためにどうしていけばいいのか。そして、なかなか伸びないその現状について要因分析をぜひお示しいただければと。これは次回の部会で結構です。

3点目ですが、資料4、2040年に向けたサービス提供体制のあり方の検討会について、最後に意見を申し述べたいと思っています。当然この検討会は、多様な有識者の方が検討会に入られると思っていますが、サービス提供体制という中身ですので、ぜひ実際にサービス提供を担っている側の参加も進めていただければと思っています。そのことで、より実践的な内容になっていくのではないかと思いますので、ついては、ぜひ在宅系のサービスからも、委員としてなのか、あるいはヒアリングなどで意見を聴く機会を検討いただければありがたいと思っています。

以上3点、意見と疑問を申し上げました。

○菊池部会長　ありがとうございます。

質問は後日でよろしいですか。今日のところでお答えできる部分はありますか。

○吉田（慎）認知症施策・地域介護推進課長　ありがとうございます。推進課長でございます。

1点、地域密着型のサービスの伸びが増加していないのではないのかということでありまうけれども、改めてデータ等は整理した上で、しかるべきタイミングでお示しできるようにしたいと思っておりますけれども、我々もその地域密着型のサービスについて、なか

なか増加していないと、これは過去もいろいろな老健事業などで研究をしてきた経緯がございます。例えば、小規模多機能、定期巡回など言えば、やはり人手、人材確保が難しいということに加えて、小規模でサービスをやっているということから、なかなか経営が不安定であるというような課題が提起をされております。こうしたことを踏まえて、今年度の介護報酬改定で一定の加算の充実ということを図っているところであります。その実際の状況がどうなのかということをしっかり踏まえながら、次なる見直し、必要な見直しを行うということが必要なのではないかなと考えております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。今日のところは。

○山際委員 ありがとうございます。今日のところは、ぜひ次回の部会のところで、さらに詳しい要因の分析ということでお話を頂戴できればありがたいと思います。ありがとうございます。

○菊池部会長 次回お約束できるかはちょっと、ほかのテーマなどとの関係もございますので。ただ、次回改正に向けては、必ずデータをお示しした上で御説明を。

○山際委員 結構です。今後ということで、ぜひよろしくお願いします。

○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。第9期介護保険事業計画に向けた議論にも参加をさせていただきましたが、そこでの議論も踏まえて、第10期に向けた議論の進め方についてお願いしたいことを2点述べさせていただきたいと思います。

まずは、介護保険の財源構成についてです。この点につきましては、これまでの介護保険部会の中でも、税金と保険料の割合、国と地方の負担割合等に関して、私も含めて複数の委員の方から意見があったものと承知をしていますが、このことについて、正式に議題として議論をしたことは記憶にございません。介護保険財源の規模は、高齢者の増加に伴い増加する一方でありまして、国はその財源を確保するため、消費税の引上げで対応してきたところですが、税金と保険料の負担割合は変更していませんから、保険料を負担する被保険者の1人当たりの保険料負担は増加を続けています。1号被保険者数は増加する一方で、2号被保険者数は減少していく局面を迎え、介護保険制度開始時との比較では、特に現役世代である2号被保険者の保険料上昇率が顕著となっています。これらの課題を踏まえた上で、税金と保険料、国と地方、1号と2号被保険者などの財源負担割合を見直すことや、社会で介護を支えるという理念から、介護保険料を負担する者の範囲を見直すことなども含めて、本部会で検討していただくことを要望いたします。

次に、人材確保に向けての処遇改善についてですが、この部会の中でも、ほかの産業に比して遜色のない処遇の実現が必要であると認識されていますが、残念ながら、昨年に続き、今年の賃金改善も、ほかの産業との格差是正どころか格差拡大になっているのが現状かと思います。結果として、介護人材の確保については、必要な確保目標に対して10分の1程度しか確保されていないため、既に地域包括ケアシステムの要ともいえる居宅系のサ

ービスは、介護人材の不足により、需要に供給が追いつかず、必要な介護サービスを提供できないケースが増えています。

そこで、第10期に向けた議論の中では、あるべき水準をより明確にすること。そして、そのあるべき水準をいつまでに達成する必要があるのかも明確にしていく必要があると思います。このままでは、他産業に比して遜色のない処遇の実現が単なるスローガンとなって、永遠の課題と化してしまうのではと危惧しています。介護人材不足の厳しい現状を踏まえれば、人材確保に向けた対策として最も効果的な処遇改善は、より具体的に、そして時限を定めて取り組む必要があります、今次の議論では、より踏み込んだ議論がなされるよう要望します。

以上、意見でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。今後の検討に当たってということで意見を申し上げたいと思います。

資料3の後段に、おととしの本部会での意見の概要が130ページに記載されてございますが、一定以上所得や現役並み所得の判断基準の見直し、ケアマネの給付の在り方、軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方、こういったものが先送りされていますし、133ページ以降の全社の改革工程の中でも、これらも含めて、次期事業計画期間までに検討しなければいけないと具体的に記載されてございます。今、申し上げた項目については最低限しっかりと課題を整理した上で実施に向けて検討をしていくということで、これ以上先送りということにならないようお願いをしたいと思います。

また、御承知のとおり、介護保険制度を支えております財源には、現役世代が負担をしている第2号保険料が充てられています。7ページの保険料額を見ると、第9期においては、ついに第1号保険料よりも現役世代が負担している第2号保険料の額のほうが高くなるというほどにまで、負担が重くなってきているという状況でございます。現役世代の負担軽減は、先ほど委員の方からも発言がございましたが、今、社会的な喫緊の課題として取り上げられています。現役世代が負担している第2号保険料が増え続けてきている状況が今後も続くことが予想されるということを考えますと、今後の検討に当たっては、現役世代の負担軽減を検討の観点に入れた、見直しということをぜひとも取り扱っていただければと思ってございます。

今後も生産年齢人口の減少が加速していくという中で、高齢者の人口がピークを迎える2040年を見据え、どうやってこの介護サービスを確保していくのかということも非常に大事な観点でございますし、その一方で、制度の安定性、持続性、これを財政面からどう確保していくのかということも忘れてはいけないと思ってございます。現役世代の負担軽減をどうやって図っていくのかということも忘れずにお願いをしたいと思います。

ぜひとも、そのためには、より踏み込んだ、あるいは幅広い観点からの給付と負担の見

直しというものが不可欠だと考えてございます。繰り返しになりますが、検討課題として先送りされておりましたことも含めて、10期までに対処すべきものについては、確実に検討の上、実施をしていただければと思っています。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

及川委員、どうぞ。

○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。

お示しいただきました今後の主な検討事項5項目について基本的に賛成でございます。人口減少社会の中で増加する高齢者等を各地域において支える環境を整備していくこと、認知症の方々を地域で支えることができる環境を整備していくこと、認知症の方々を地域で支えることができる環境を構築していくことなど、このような課題に対して社会全体で向き合うことが大事だと考えています。

日本介護福祉士会としましても、個々のニーズを地域課題として捉え、向き合っていくことを学ぶ認定介護福祉士養成研修の推進や、介護現場におけるテクノロジー活用について、テクノロジーの導入を目的化するのではなく、利用者によりよい介護を提供するためのテクノロジー導入について学びを深める研修の提供。あと、外国人や多様な働き方の介護人材を含む介護職チームをマネジメントする力を育成する研修の提供などについて向き合っております。どのような状況の変化があったとしても、サービスの質を担保することが優先されるべきと考えております。

そして、もう一点、介護保険制度だけにこだわらずに、地域での介護力の強化等の取組の在り方についても検討を進めてはどうかと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。

2040年に向けたサービス提供の在り方につきまして、有識者のみだけでなく、介護現場の方々も含めた検討会を立ち上げ、協議を進めていくということですので、ぜひ現場の方の声をよく聴いていただければと思います。地域の実情やサービス事業所の経営状況を見据えた検討を、ぜひお願いしたいと思います。

検討項目に挙げられている1から5番、全て連動しているものかとは思いますが、1番目の地域包括システムの推進につきましては、今回の制度改正で居宅介護支援事業所が予防支援事業所の指定を受けることができるようになりましたけれども、指定を取る事業所が少ないというのが現状です。その理由といたしましては、指定を取った場合は、サービスの利用の種類によって、予防支援と予防マネジメントを行き来する場合があるということもありまして、対象者には大変分かりにくい制度になっているとともに、業務も煩雑になっているのではないかと感じております。包括の業務負担の軽減にもなっていないとい

うような声も聞かれています。ぜひこの辺りも含めまして、地域包括支援センターの役割というものをしっかりと明確化していく必要があるのではないかなと考えております。

また、持続可能な制度の構築、人材確保につきまして、ケアマネジメントの諸課題の検討会の中間報告にもございましたが、業務の負担、いわゆるシャドーワークと言われている事項につきましては、介護支援専門員だけではなく、訪問介護においても同様の状況があるというふうにもお聞きしております。介護保険外の部分はというふうに考えていくのか、どう担っていくのかにつきましてなど、業務の内容の検討も大変重要ですが、介護保険制度を持続可能なものにしていくためには、介護支援専門員の人材確保は重要であると思いますので、処遇等も含めまして、慎重に御議論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。

ほかには会場からよろしいですか。

それでは、オンライン参加の皆様からお願いいたします。

まず、篠原参考人、お願いします。

○篠原参考人 ありがとうございます。日本商工会議所企画調査部の篠原でございます。

御説明ありがとうございます。商工会議所の立場から、次期制度改正に向けた議論のスタートに当たって、今後目指すべき方向性についての意見を申し上げたいと思います。

先ほど御説明いただきましたとおり、生産年齢人口の減少や高齢化率の上昇に伴う介護需要、介護給付費の増加など、介護保険を取り巻く状況は非常に厳しいものであり、今後を見据えた制度改革は喫緊の課題であります。介護保険制度を将来にわたって維持していくためには、国として適切と考える給付の水準について、国民的議論をして一定の水準設定をすることがまず必要なのではないかと思えます。これは社会保障全般に言えることです。その上で、介護保険の範囲や、給付と負担のバランスなど、介護保険制度の在り方について検討することとすべきなのではないかと思えます。

また、多くの人は高齢になれば病院にかかり、介護を受け、終末期には再び医療の世話になります。介護と医療は不可分の関係であり、両者全体を広く捉える視点が必要と考えられます。

改革に当たって重要なことは、介護保険制度の持続性を確保する観点から、制度を支えている現役世代や企業の負担を抑制することです。限りある介護資源の有効活用、高所得の制度利用者における応能負担の強化、DX化の推進などを通じた提供サービスの質や生産性の向上、こういったことが重要になると思います。活発な議論が行われていくことを期待いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員 全国老人福祉施設協議会の山田でございます。よろしくお願いをいたします。

いずれも資料3の22ページにあります項目、第10期の計画期間までの検討ということで3点ほど述べさせていただきたいと思います。

高齢者の負担能力に応じた負担の見直しについてでございますが、介護保険利用で2割負担となる高齢者の課題の明確化ということで、団塊世代が2022年から75歳以上の後期高齢者となり始め、2025年には全員が後期高齢者となります。12ページには、85歳人口が2015年から2025年まで、75歳人口を上回る勢いで増加をしているという状況です。給付と負担の見直しがなされてきておりますけれども、高齢者の負担増について、高齢者の負担能力を見ていきますと、低所得者、低資産の人に十分な配慮を行った上で、ぜひとも短期的な視点と長期的な視点を持ちまして、高齢者の生活の厳しさですとかサービスの利用控えが生じていないかなどの検証が必要かと思っております。また、被保険者範囲、受給者範囲も就労人口が急速に減少することから、介護保険を取り巻く環境に留意して、慎重に検討する必要があると考えております。

2点目は、ケアマネジメントに関する給付の在り方でございます。ケアマネジメントにおける中間報告にもありましたけれども、利用者負担の導入については、介護保険制度におけるケアマネジメントは、要介護高齢者の自立支援という大きな目的がございます。高齢者を支えているだけではなく、その家族の就労や生活も支えております。ケアマネジャーは、市町村に準じた立場にも近く、補填的にも活動しております。利用者への影響やケアマネジメントそのものに与える影響等を慎重に検討する必要があると考えております。障害者の計画相談支援との整合性も考慮すべきと考えておりますし、ケアマネジメントの質の確保のためにも、ケアマネジャーの待遇改善と、研修や業務の見直し等の検討の必要性を感じております。

3点目でございます。軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方でございますが、先ほど来もお話が出ておりました。介護サービス給付か介護予防・日常生活支援総合事業という点では、給付が必要な認定者の人数が増加すると費用が増える一方で、総合事業というのは後期高齢者の人数の伸びで上限が決まっております。要支援1、2と要介護1、2は認知度の自立のレベルが異なりますし、上限設定されますと、リハ専門職も置けないという現実が起きるというふうに想定されます。

後期高齢者が増加する中では、一人暮らしや高齢者夫婦世帯が多くなることから生活援助のサービスが欠かせないということや、認知症のある人や身体障害のある認定者の自宅の暮らしも維持をできない、介護離職のリスクも高まると思っております。在宅で暮らせるかどうかを考えますと、介護保険制度は認定を受けた人に給付することが原則でございます。また、総合事業におけます対象者の弾力化は、要介護認定を受けた後も引き続き総合事業が受けられるという措置ではございますが、これによって本来受けられる介護給付サービスが受給できないとも受け取られかねないということも懸念されます。

軽度者への生活援助サービスの問題につきましては、前回議論のときは、現在のようなインフレ経済ではございませんでした。第10期計画期間の開始までに結論を得ることとさ

れておりましたけれども、その後の取り巻く経済環境、事業所の経営環境は大きく変わっております。総合事業の現状、十分普及しない原因がどこにあるのか、予算の仕組みや人材不足、物価高騰による経営への影響など、多角的な分析をした上で、拙速を避けていただき、地域包括ケアシステムに逆行することのないよう慎重に検討を進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林司委員、お願いします。

○小林（司）委員　ありがとうございます。

まず、資料として、介護保険制度をめぐる状況ということで、様々なデータも載せていただきながら、非常に分かりやすい資料をいただきましたと思っています。感謝いたします。

その上で、主な検討事項の案ということでございますが、1番目、地域包括ケアシステムの推進とあって、2番目に認知症施策の推進と地域共生社会の実現というような項目立てになっています。これが以前の第9期に向けた議論での項目立てと異なっています。単純な項目見出しだけの問題なのかもしれませんが、地域包括ケアシステムの推進と地域共生社会の実現については、関連をしっかりと意識していく、前期よりも意識して議論を進めていくことが必要ではないかと思っています。

それから、5番目の持続可能な制度、介護保険制度の在り方についてですけれども、私たちは繰り返し申し上げておりますが、被保険者と受給者の範囲を広げまして、介護を必要とする全ての人が受給権者になれるような普遍的な制度としていくことが必要かと思えます。

そして、介護人材の確保ということでもありますけれども、これについては、利用者にとっては質の確保、あるいは質の向上につながるものである必要がありますし、働く側にとっては、処遇改善はもちろんのことで、職場の改善、業務負担の軽減ということにつながるようであればならないと思います。そのために必要な対策は何なのかということで、質は二の次ですとか、業務負担も二の次とか、そういったことなく、やはり人材が集まる好循環の取組になっていくようにすべきだと思っておりますので、私たちも積極的に参画していきたいと思っています。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。

井上委員、お願いします。

○井上委員　ありがとうございます。

前回、第9期の計画を議論したときと今回で恐らく一番大きく変わっているのは、物価、賃金が動き出したという局面になってきたことと、もう一つは、介護に限らず全ての産業において人材が不足するなど、人材不足の課題がより鮮明になってしまったということだと思います。それに加えて、介護に関して言えば、地域ごとに非常に差が大きくなったということも、前回の事業計画と異なってくるところだと思います。

ただ、議論すべきメニューというのは、資料3の132ページ以下、改革工程表でありますとか、前回の議論の概要のところに詰めておりますので、この辺はとにかく先送りすることのないように、例えば負担能力に応じた負担を徹底するために2割負担の範囲の見直しでありますとか、金融資産、所得の勘案でありますとか、ケアマネジメントの給付の在り方などの課題を放置しておく、物価とか賃金などは大きく変わってきますので、給付の裏には負担の在り方についても必ずセットで対応しなければならないという前提で、結論を出していただきたいと思います。

もう一つは、テクノロジーがますます進化してきているという点も挙げられると思います。前回議論したときには、例えば、ロボットとかICTということでしたが、今はもうやはりAIをどういうふうに使えるのかということも議論の範囲に入れてやっていくべきではないかと思います。その際には、やはり経営の大規模化とか効率化という視点を含めていくことも必要です。

あと、2040年を見据えた検討会を立ち上げるということは非常に重要なことだと思います。望むらくは、2040年を見据えた上で、この第10期は何をすべきかを本来であれば議論すべきだと思います。先般、経団連でもFUTURE DESIGN 2040というのを公表させていただいておりますけれども、その中でも、やはり全世代型社会保障制度改革というのは最も重要な要素の1つであると打ち出しております。このまま現役世代の社会保険料だけに頼った社会保障制度だと、経済もうまく回っていかない、消費も回らない、賃上げをしても将来不安で消費に回らない、成長と分配の好循環が回り続けないという問題意識を持っております。ですので、2040年を見据えるという場合には、ぜひとも介護のみならず、これは2018年以来、出ていないのですけれども、2040年を見据えた「社会保障の将来見通し」の数値について、全体像を早くお示ししていただいた上で、我々としては、やはり税・社会保障の一体の議論を前に進めていただきたいと思います。その際、介護についても、医療についても、社会保障の制度面のみならず、集住化とか、コンパクトシティとか、そういう他省庁も絡むような話を同時に進めていかないと、なかなか持続可能なものになっていかないのではないかなという問題意識を持っております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員　ありがとうございます。日本慢性期医療協会の橋本でございます。

2点あります。1点目は、介護福祉士、介護士の人材不足の資料はたくさん出していますが、介護福祉士と介護士だけではなくて他の職種の人、例えば介護に携わっている看護師がどれぐらいの人数いるのか、ケアマネジャーさんはもちろんですけれども、介護福祉士さんの免許を持っていないケアワーカーさんの資料があればよくわかると思います。以前はよくケアワーカー養成学校、養成事業があったと思います。例えばニチイ学館だったり、各病院でケアワーカーさんの養成講座というのを一時、やっていました。補

助金が出たりしていましたが、現在はどうなっているのでしょうか。介護福祉士さんだけではなくて、介護に携わっている看護師さんとかケアマネジャーさんとかケアワーカーさんの推移がどういうふうになっているかという資料も必要ではないでしょうか。養成したり資格を取るための基準が厳しくなっていたり、実技の期間が長くなったりで、少ないから増やさなければいけないところが、逆行しているシステムになっているのではないかと思います。

根本的なところで、養成校の減少対策や資格をとることができるシステム作りを考えていかなければならないのではと思います。

2点目です。経営基盤の強化の40ページに事業所規模別の離職率で、規模が大きくなるほど離職率が低くなる133ページの全世代型社会保障構築のところでも、事業所の大規模化の推進というのがはっきり出ています。大規模化の推進は1つの方法ではあると思いますが、40ページの事業所規模別の離職率などで見ても、例えば4人とか5人、1桁というのは分かるのですが、20人とか50人とか100人以上となっていて、100人以上ぐらいでしたら離職率が減りますよと言われても、介護事業所で100人以上の規模でやっているところはあまりない。地方のほうだと、小規模できめ細やかに見ていくことが必要です。大規模化を推進される意味は分かりますが、少し現実と即していないところもあるのではないかなと思います。大規模化を推進すると、株式会社などの参入が多くなってくるのではないかな、そういったところとの整合性や質の担保についても考慮しなければならないと考えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。本日は大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部次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。

資料4の「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会に関しまして、1点意見を申し上げます。資料3により御説明いただいた諸課題は、いずれも介護保険制度を持続可能なものとしていくために欠かすことのできない要素でございまして、引き続き住民自身の参画を促しながら、国、都道府県、市町村が一体となって、効率的・効果的な体制づくりに取り組むことが重要であると考えております。

資料4の御説明では、中山間・人口減少地域、都市部、それ以外の地域の区分ごとにサービスモデルの構築や支援体制を検討していくとのごことでございましたが、本県でも、人口減少が著しい離島や半島などでは、一部の事業者で事業経営が厳しくなっているところもございまして、都市部との環境の違いを踏まえた効果的な対策の必要性を実感しているところでございます。今後を見据えますと、人口減少が進んだ地域における事業所の支援策などを検討していくことが重要となりますので、ぜひこの検討会におきましては、それぞれの地域の声を丁寧につく上げ、有意義な議論を展開していただくことを期待いたし

ますとともに、その結果を本部会にも御報告いただき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。

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。検討の開始に当たりまして、4点意見を申し述べます。

人口減少・支え手の減少が進展する社会におきましても、利用者に質の高いケアを、必要とするときに提供するための制度の構築が急務となっています。重度の要介護の状態にあっても、住み慣れた地域、場所で暮らし続けたいという御本人の意思に沿い、その人らしく生き抜くことを支えるサービスであり続けるために、サービスの機能強化とともに、地域における医療・介護の連携体制をより密にする基盤整備が重要であると考えます。医療分野では、新たな地域医療構想において、地域での連携を視野に「医療機関機能」が示されましたが、今後、特に85歳以上の医療と介護の両方のニーズを有する利用者の方が、必要な場合に適切なケアを受けることができる連携体制が地域でしっかり構築されていることが、住み慣れた地域、自宅、施設での療養継続につながると考えます。

この視点から、医療と介護の複合的なニーズを有する中重度の要介護の方を、居宅を中心として支えることのできる効果的なサービスの提供の充実が不可欠です。訪問、通い、泊まりの複数のサービスを、利用者のそのときの状況に応じ、柔軟に提供することが可能な看護小規模多機能型居宅介護につきましては、資料3、27ページに示されたとおり、2040年に向けて高い伸びが期待されているサービスです。利用者のみならず、御家族の状況を含めた支援の充実に向け、設置推進と、利用しやすい仕組みの検討が必要だと考えます。

次に、地域における療養は、高齢の方のみならず、全世代にわたります。全世代にわたる地域包括ケアの構築が求められる中、共生型サービスの推進など、制度の縦割りを排し、かつ地域に開かれたケアによって、全世代が支え合うことができるサービスの推進が今非常に高く求められます。そして、地域の実情が大きく異なる中、地域ごとの各サービスの提供の現状分析、課題解決に向けた取組を図ることが重要です。

訪問看護に関しては、都道府県行政と連携し、都道府県看護協会が地域の分析、訪問看護事業所の経営支援や人材確保、質の向上に向けた取組を総合的に実施しています。このような拠点の整備につきまして、各サービスに即した形で関係者が連携して構築することも重要ですし、先ほども御意見としてございました、介護サービスに従事する看護職員の確保に向けた処遇改善、各施策の充実というところも非常に重要であると考えます。

もう1点、令和6年1月1日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行となり、国の基本計画が12月に閣議決定をされております。御本人の視点、御本人の参画とともに、誰もが自分ごととして考え、協働していくという考え方、取組を進めるということ、あらゆる場面で共有する必要が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。

石田委員、お願いします。

○石田委員　ありがとうございます。私のほうからは3点申し上げたいと思います。

まず、私どもの法人でこの夏に介護保険サービスを利用していらっしゃる当事者の方を対象とした調査をさせていただきました。その結果を踏まえてなのですが、実際に調査対象者の声で最初に挙がったのが、この4月から改定になった保険料が上がったことの影響が大きいという点でした。これまでも、現役世代の負担が過重になっているということを度々聞いておりますので、それは承知しておりますけれども、第1号被保険者の方たちに対しても、非常に保険料の負担が大きいという現実があるということを、やはりこれはしっかり認識していかななくてはいけないと思います。その方々の生活を脅かすようなことになっては本末転倒であり、老後の安心の糧のはずが不安の種になってはならないと思います。負担能力のある人にはそれなりの負担をと、その考え方自体は否定するものではありませんけれども、やはり現実の生活状況であるとかその実情をしっかりと調査した上で、内容を審議していくべきと思っております。これが1点です。

2点目は、何度も御説明の中にもありましたように、介護人材の確保の点です。2040年までに57万人の介護人材が必要であるけれども、それが今も不足しているということです。毎年3万人以上の介護人材が必要になっているのですけれども、それを確保する見通しもなかなか立てられないというような状況が現在あります。様々に給与であるとか、賃金アップであるとか対応策が講じられておりますけれども、いまだにそのほかの産業の賃金と比べた場合に、大きな差が埋められていないという現実があります。

先ほどお示しいただいた資料の中で、さらっと通り過ぎましたが、資料3の116ページに介護人材養成に係る学校に入学する人数の棒グラフがありました。あれはかなり衝撃的だと思っております。これほどまでに、特に若い世代が介護の業種に興味を示していない。言葉は悪いですが、もう見放されつつあるような現状があるということは、本当に危機感を持って対策を講じていく必要があるのではないかと強く感じております。この人材確保に関しては、やはり根本的な、徹底的な、様々これまでやってきた施策からさらにもっとドラスティックな改革を講じない限り、なかなか現状を打開していくことは難しいのではないかと思っております。

介護現場における生産性の向上を図る、またテクノロジー等を導入して介護業務の効率化を図っていくという、その理屈は非常によく分かります。しかし、先ほどの私どもが実施した調査の中でも、デイサービスの現場では、「介護スタッフが忙しそうでなかなか声もかけられない、仕方がないので一日中黙っています」であるとか、「毎回のようスタッフの顔ぶれが変わって名前もわからない」という意見が数多くありました。結局のところ最終的には、そういった現状が、介護保険料を払いながら、サービス費用を負担している高齢者のサービスの質にはね返っている訳です。ここはしっかりとその現状を細かく調査した上で、どうしなければいけないかというところをもう1回討議する必要があるのでは

ないかなと思います。これが2点目です。

最後に、よく出てきます、こういった介護事業に関わる経営基盤の強化ということで、今現在、訪問介護事業所の倒産・休止が非常に多いというようなことも聞いております。そういった中でよく提示されるのが、経営基盤の強化のための協働化・大規模化という文言です。私は前から申し上げているように、協働化と大規模化というのをちょっと一旦離して、別々に考えた方がいいと思っております。と申しますのは、規模の小さな事業所に関しては、早速、大規模化とか連携法人ということを考えるのは現実的ではなく、むしろ同じような規模、例えば地域に根差している事業所同士が現状の課題を調整しながら、いろいろな形で連携したり、共同して業務を分担しながら、地域に根差した仕組みをつくっていくというところから、まずしっかり始めていくというのはとても大事ではないかと思っております。今後検討される協働化の仕組みについては、大規模化とセットに考えるのではなく、一旦分けて別途でしっかり協議していただければと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員　認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず初めに、この介護保険制度で、私は介護離職をせずに遠距離介護ができました。この制度がない前は、嫁の立場で介護離職をして舅を看たというのがあって、この制度の持続というのは、これからの将来に向けても、私たちの子供や孫の世代に向けてもとても大事な制度であるので、持続していきたいというのは願っております。

その中で幾つか述べたいと思いますけれども、認知症のところです。認知症は、健康な状態からMCIのレベル、それから認知症というような診断を受けたところでは、認知機能の低下がグラデーションで進んでいくというふうに思っております。そこで、そのときにいろいろサポートしてくださるところの方々は、縦割りになっているというところがあるのではないのでしょうか。切れ切れになったり、それから途切れてしまったりということで、適切なサポートなりが受けられないというところで、症状が進行してしまったり、サービスが使えなくなったりというところで、本当にどうにも家族もお手上げ状態で初期集中にというところがあると思いますので、認知症、認知機能の低下というところのグラデーションに対してどういう支援が必要かというところを、認知症の施策の推進のところで考えていただきたいと思っています。

それから、受益と負担のお話が幾つか出ていますけれども、私たちの会員の中からは、もうこれ以上の負担は難しいという声はたくさん聞いております。私の姑は今、グループホームに入っておりますけれども、処遇改善加算がこの制度改正で4,000円台から6,000円台になりました。たかが2,000円ですけれども、本当に少ない年金の中でやっている場合には、本当に厳しい状況になってきます。これで職員さんたちが本当に定着して、笑顔で働いてくださっていればいいのですけれども、先ほど石田委員も言われていたように、行く

たびに職員が替わるというような声もたくさん聞いておりますので、この負担という部分、それと介護保険の財源というところを、どなたかもおっしゃっていましたが、介護保険の財源の根本から、見直しを今回の制度改正のところでお願いしたいと思います。

よく言えば、税金というところの部分がこれでいいのかと。負担という部分は、介護保険料も含めて私たちも1割、2割、3割というような負担となってきましたけれども、税金の負担割合は変わらないままです。ここをもう一度考えていただくために、データとかをお示ししていただきたいと思います。

それから、人材の確保というところでは、総合的介護人材の確保の主な取組が示されておりますし、その前からも、この介護人材確保は喫緊の課題であるということで、幾つかの取組が出されていますけれども、それが本当にどういう効果を奏したのかというところの評価と課題のデータを、今回この議論をしていくに当たってはきちんと示していただきたいと思います。

それから、人口減少の地域差というところでは、地方で減少している部分では、介護と医療のサービスがどのようになっているのかというところで、これから都市部の中でまたその問題が出てくるときに、その現状はとても参考になると思います。資料というものを示していただきながら、私たちも議論させていただきたいと思っています。

それから、地域包括ケアシステムの構築というところでは、この包括システムが提唱されてから実際に実現されたもの、それから地域の中でよくなったもの、幾つかの好事例というのは示されていますけれども、その後がどうであるのかというのを、私たちの中で実感があまりできない部分があるよねという声もよく聞きますので、こういうふうに変ってきているよと。1回好事例を示したところが、引き続きこういうふうになっているよねというようなデータを示していただきたいと思います。

それから、経営基盤の強化での共同化・大規模化というところでは、離職者が少ないというようなデータが出されましたけれども、それ以外のところで大規模化したところ、共同化したところでの、よくなった点というところもお示しになっていただければと思います。小さい事業所がもうなくなるのではないかとこのところでは、私たちの選択の幅がとても狭まるようで心配をしております。

最後ですけれども、地域共生社会、相談支援というところの中で、政府や財政制度審議会が指摘している軽度者への生活援助サービスなどの給付の在り方やケアマネジメントの法定業務外の業務の在り方というのが資料の中に示されていますけれども、これがどのように関連するのか。特に在宅介護を必要とする人や、介護をする者に、私たち家族にとって何が重要なのかというのが全然このデータだけでは分からないので、このつながりが分かるようなデータをまた示していただいて、考えていきたいと思っています。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東です。4点意見を申し上げます。

まず、資料3の35ページに「地域包括ケアシステム」の資料があり、下段に「地域包括ケアシステムの姿」というポンチ絵が出ております。この地域包括ケアシステムのポンチ絵は、2025年を目途に、目指すべきものとして描かれた絵ですので、随分古い情報を基に作成されたものになっております。この中の右のほうにある「介護」を見てみますと、施設サービスのところに介護医療院は入っておりません。当時ありませんでしたから、入っていないのは当たり前でございますが、実は介護保険法の改正の中でも、私ども介護老人保健施設と特養、介護医療院というのはすみ分けがはっきりされたわけでございます。介護老人保健施設は在宅を支援する施設。特養、介護医療院は住まいというふうに介護保険法できちんと規定をされたわけでありましたが、この絵では同じ1つの「介護」の中に入っているというところもございます。

それから、本日参考資料に「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」が出ております。この新たな地域医療構想の検討会に、介護保険の中では唯一私が今回構成員として参加をさせていただきました。この地域医療構想に関する取りまとめをする検討のなかで、やはり医療というのは介護抜きでは今後成り立たない、在宅医療は在宅介護があって初めて成り立つというようなことが議論をされたように記憶しております。

今回、この「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」の13ページにリハビリテーションのことが書かれてございます。その中に、「入院が適切な場合は入院でのリハビリテーション、それ以外の場合には、介護老人保健施設等の他施設とも連携しながら、その方に適切なりハビリテーションの場を提供」すべきという文言が記載されております。このように地域包括ケアシステムは、2025年を目途に目指してきたわけですが、今後、2040年を目指していくときに、やはりこのようなポンチ絵の姿も新たに描き直していくべきではないかと考えています。特に介護老人保健施設というのは、その機能が医療と介護のちょうど中間的なところに当たって、適切な方にリハビリをしたり、緊急の入所を受けたりというような機能が求められておりますので、介護老人保健施設の機能に応じた描きぶりを今後お願いしたいと考えております。

次に、資料3の38ページにある「地域医療介護総合確保基金」について申し上げたいと思います。これはここにも書いてございますように、消費税増収分を活用して基金というもののできたわけでございます。これができて随分経ちますけれども、残念ながらこの地域医療介護総合確保基金の運用については、都道府県の格差が甚だ大きいということが周知の事実でございます。また、お金の使われ方、これが適切になされているかも甚だ疑問な点が多々ございます。何よりも皮肉なことに、新型コロナウイルス感染症が蔓延したときに、地域医療介護総合確保基金が財源的に使われたというのも周知の事実でございます。先ほどから介護保険の持続性、現役世代の負担軽減等が言われ、財源の話が出ておりますが、もうそろそろこの消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金の在り方、これ

についても今後適切な見直しがされるべきだと考えております。

次に、3番目でございます。資料3の124ページに「介護現場の生産性向上を支える組織づくりとデジタル人材の育成支援」の資料があります。わが国では生産年齢人口がどんどん減るわけですから、介護人材の確保というのは非常に重要な問題でございます。その上で、生産性向上をやっていかなければいけない。124ページの右側には「デジタル中核人材育成研修」ということが書かれております。ここを見ますと、1ポツ目に「介護事業所推薦や本人希望のある介護職員向け」とあり、その中身は、科学的介護・介護テクノロジー、リーダーシップ、マネジメントを学習すると書いてございます。しかしながら、そもそも介護現場の介護職員はもう手いっぱい、ぎりぎりですべてやっております。そういう方を対象にこういう教育をしようとしても、なかなかそれを受ける人が少ないということ。それから、もっと大きなことは、介護現場に介護テクノロジーを導入するときに、ウェブ環境の整備やLAN、AI、クラウド等の知識、それからセキュリティー等の知識が非常に必要になるわけでございます。そういうものを介護現場の介護職員に研修するというのは無理ですので、このように現場の職員向けにお金を使うぐらいなら、ぜひ今言いましたICTに必要な知識を持った方を介護現場に派遣していただくなど、そのようなことにお金を使っただきたいと存じます。

最後に、戻りまして資料3の53ページに「『地域共生社会』とは」という資料が出ております。そのなかで、「縦割りという関係を超える」とあり、介護、障害、子供・子育て、いろいろなところで分野を超えてということが書いてございます。先般の医療・介護・障害等の報酬のトリプル改定の中でも、介護と障害の垣根を超えるような改定を目指したわけでございますが、なかなかこれを超えることは難しいところもございました。例えば、障害でいらっしゃる医療的ケア児を介護施設で見られるということも、やはりいろいろな縦割りのハードルが高く存在します。ぜひともこの介護、障害、子供等の縦割りの障害をなくしていく方向に進まなければいけないと思います。今ある社会資源をできるだけ有効に活用するという考えがないと、なかなか新しい人材、新しい箱物をつくるのは難しいですので、よろしく御検討をお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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点意見を申し上げます。

まず、2025年から40年にかけて85歳以上の人口が増えて、医療と介護の複合的なニーズを持つ方が急増するというのは共有しているところだと思います。また、新たな地域医療構想の検討会においても、今後は、在宅医療、あるいは介護との連携を見据えた議論を行って、提供体制を考えていくということになっています。そういった中で、介護の行政や事業者の関係者が地域医療構想調整会議に参加をしていく方向になろうかと思います。したがって、医療と介護のより一層の連携が大変重要になります。これまで以上に医療

計画、医療提供体制を踏まえた介護保険事業計画、介護の提供体制の構築が重要となりますので、その辺りはぜひよろしくお願いしたいと思います。

2点目は、現状、4割から半数近くの介護事業所が赤字であったり、倒産件数が毎年最多を更新しています。その上で、介護人材の他産業への流出が止まらず続いています。これは介護保険制度、あるいは介護分野においては大変な異常事態であって、持続可能性の観点からは、とっくに赤信号になっています。したがって、抜本的な財源確保を含めた対応というのが避けられない緊急かつ重要な課題になっています。国民としてどこまで御負担いただけるかというのは、国民的に幅広い議論が必要かと思いますので、今後、介護を支える財源の確保をどういった点で考えていくかというのは、本当に幅広く議論が必要だと思います。

保険料財源が限界であれば、もちろん応能負担を踏まえた自己負担をしていただくのは前提とした上で、保険料財源を除けばもう公費しかないわけですね。したがって、新たな公費の投入を検討せざるを得ない状況になっていることも認識をしています。ここは国の予算を議論する場では当然ありませんけれども、持続可能性の観点からは、しっかりと安定かつ恒久的な財源の投入、確保というのは避けられないというふうに、これは現場の者としてそのように認識をしています。

今後、介護保険が健全に持続することは誰もが願っていることでございますので、またいろいろな議論のときに、いろいろ意見を申し上げたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。野口部会長代理から今日の段階で何かございますか。

○野口部会長代理　どうもありがとうございます。

私は今、介護の真っ最中で、母がちょっと今、誤嚥性肺炎で倒れて入院したという電話をやり取りしていても、遠くに住んで、遠距離で介護していると、明日日帰りでまたちょっと福岡まで帰らなければいけないのですけれども、本当に介護する側も介護される側もいろいろと大変になってくるわけです。でも、前々から申し上げているように、やはりこういったデータをしっかりと積み上げると。皆さん、今御意見があったように、お一人お一人の、これからもう就職氷河期世代、単身世帯が増えてくる中、あるいはもう本当に社会保障財政が非常に押し迫っている中、いやが応にも若年世代と高齢世代との、対立構造に持っていくのはよくないのですけれども、この前の選挙でも本当に明らかになってきたように、若い人たちはもう払えない、これ以上払いたくないということをおっしゃっているような中で、どういう議論をしていかなければいけないかというと、高齢者の方の生活をできるだけ保ちつつ、健康であるとかそういったものを阻害しない範囲で、どこまで負担していただけるかというのを、やはり我々はデータで示していく必要があると思うのですね。そのデータで示していくためにはどうすればいいかというと、介護DB、NDB、そういったものに所得情報がついたもの、やはりそういったデータをしっかりと見ながら、皆さ

ん、総論賛成、各論がなかなか難しいということで、どの範囲であれば我々は負担できるのか、高齢者の方が負担できるのかということを考えていく上でも、エビデンスをしっかりと示していかななくてはいけないと思っております。

すみません。今ちょっと個人的な事情でばたばたしておりましたが、私自身が遠距離介護でずっともうここ7～8年やっておりまして、本当に家族の大変さも、高齢者の大変さも、自分では体験上よく分かっているつもりなのですけれども、今後ともこの制度、この制度がなければ私も仕事を辞めていたでしょうし、だから、できるだけみんながうまくバランスを取って、ワーク・ライフ・バランスでやっていけるような制度設計で、できるだけ負担できる人は負担するような制度設計に持っていければと思います。

すみません。ちょっとどたばたしていて、取り留めもなくして申し訳ございませんでした。ありがとうございます。

○菊池部会長 すみません。大変な状況であると存じ上げず、その中で当ててしまいました。貴重な御意見をありがとうございました。

ほかに、ここは言い残したとか、追加で御発言がおありの方がいらっしゃったら合図していただきたいのですが、会場は特によろしいですか。

オンラインの方は。鎌田委員ですね。どうぞ。

○鎌田委員 すみません。1つだけちょっと危惧していることがありまして、介護予防・健康づくりの推進というところで、マスコミの方とか、それから、私は給付費分科会の委員とかをやっておりまして、データの中で健康寿命の延伸が給付抑制につながるといった論調でお示しになることが多いのですね。予防とか健康づくりにしても、どうしても要介護状態になってしまうとか、要支援状態になってしまう、認知症になってしまうということはあり得るわけなので、給付抑制というのが前面に出ていくような介護予防とかという論調は少し注意深くしていただいて、考えていただければということを希望いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。大変貴重な、重要な視点だと思います。

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

野口先生からも御指摘があったとおり、いろいろなエビデンスをこれから出していくということが重要ですし、何人かの委員の方からも御指摘があったとおり、実態の把握というのは議論をする上で重要なのですが、ただ、やはりいつまでも実態把握に時間をかけられないし、調査にいつまでも時間をかけられないので、仮にそういうエビデンスを集めるにしろ、実態把握で調査をするにしても、必ず期日を定めておくということはやらないと決断ができないということになります。

その上で、本当のエビデンスが出てくるのは時間がかかるということであれば、ある程度検証を重ねて制度を柔軟に見直していくという体制。この国は1回決めたことを変えられないのですよ。変えられないから決められないので、変えられれば決められますので、

我々の言葉でPDCAですけれども、チェックはあるけれども、この国はアクションがないので、適宜見直していくということを前提に柔軟に制度運営をしていくということ、そこは留意されたほうがいいと思います。

いつも決められないで終わってしまうのです。受益と負担の話もそうだったではないですか。なので、必ずそういう形で、期日を定めた上で議論を積み重ねていくという姿勢は必要かと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかには特によろしいですか。

全世代型社会保障構築会議で改革工程があって、その工程に従って、今日キックオフで議論が始まりますので、来年にかけて結論を出していくことになると思います。本日、様々な御意見を頂戴いたしまして、今後の部会の議論に生かしていただきたいと思います。

私から1点だけ申し述べさせていただきますが、お示しいただいた論点の中で2番の地域共生社会の実現というところ、かなり盛り込んでいただけているのですが、まだちょっと捉え方が狭いかなと。3つ目と4つ目とも関係するのですけれども、これは皆様の御議論を伺っていて感じたところでした。

資料4の新しい検討会の中で、事務局は老健局ですが、社会・援護局、障害保健福祉部、こども家庭庁が協力となっていて、これは縦割りを廃するという意味でも大変重要な枠組みだと思っておりますけれども、先日、老健事業の研究の関係で奈良県の吉野郡3町8村の介護保険の実施状況を調査に行かせていただきましたが、やはりもう人がいない。住民の人口も減っている。自治体職員も限られている。サービスも限られている、減っている中で、健康づくりとかそういうものをどうするか。そうすると、ある町では、来年から重層事業、準備事業を始めますといったことを言っておられましたが、そういった狭い意味での介護保険の枠を超えざるを得ない状況になっていて、そういう意味で今回、中山間・人口減少地域と都市部を分けるという発想は非常にいいなと思っておるのですが、そういった介護保険の枠をはみ出す部分というのは、まさに今同時並行で進んでいる地域共生社会のあり方検討会議で、それが再来年、令和8年の社会福祉法改正につながっていく議論になるので、そことの連携をもうちょっと、今日は黒田局長もいらっしゃるので、これはどちらかというと事務局にお願いしたいなとさらに思った次第で、例えば今週、地域共生社会の検討会議がありますけれども、事務局は呼ばれていますか。

○黒田老健局長 もともと地域共生社会の検討会は私ども事務局として参加をしておりますので、そこは連携をしております。

○江口総務課長 社会・援護局主催の地域共生の検討会議には、老健局もかなり関わりが深いということで、老健局からも毎回認知症施策・地域介護推進課長が参加することになっておりまして、菊池部会長が言われた今週の会議にも参加することになっております。

○菊池部会長 分かりました。そういう認識で、今後も関わっていただけるという、もう

既に関わっていただいているのは分かりました。例えば今週行われる会議では、テーマが社会福祉連携推進法人と、あとは災害福祉と平時の福祉をどう連携させるかというテーマで、多分皆さん大いに御関心がおありだと思うのですよね。その中でも、今日は身寄り問題というのが栗田委員からお話がありましたけれども、複合課題にどう対応するかというのも、恐らく今、社会福祉法のほうでは包括的支援体制とか重層事業という議論をしていますが、その中でも、特に小規模自治体はどこが中心を担うかということと、地域支援事業とか総合事業といった一歩も二歩も先に行っている、そこが中心になって結局ほかの高齢以外の住民も支えていく体制をつくらざるを得ないような状況もあり得るという意味では、やはり地域共生社会の核になるものでもあるわけですね。

逆に、先ほど奈良県の吉野郡の話を申し上げたように、やはり重層事業とか介護保険の枠を超えたところで地域の使えるものは何でも使って連携体制をつくっていかないといけない、いかざるを得ないという状況にもなっていて、片や町村合併も難しいですし、広域連合ももう多分広げられないという状況になっていると思いますので、そうするとやはり他の施策との連携とか、あるいは自治体間の連携とか、都道府県の役割とか、そういったことを考えざるを得ない。それは介護保険でも考えなければいけないし、ほかの福祉関係の分野は全てそうなので、その意味でやはり、もう既に事務局では連携を取っていただいています、さらに2040年に向けた検討会でも多分そういう議論がされていくと思いますが、これは日原社会・援護局長にお願いすべきことかもしれませんが、地域共生社会に向けた、社会福祉法改正に向けた議論の中でも、こちらの議論とか、障害とか、この後障害者部会があるのですけれども、集約されていくような体制をつくらなければ駄目だなというのは改めて感じまして、それはちょっと今後に向けて黒田局長にもお願いしたいなと思ったところでございます。

すみません。ちょっと長くお話しさせていただきました。ありがとうございます。

それでは、ということで、この介護保険の議論につきまして、引き続き皆様から、今後、来年にかけて御議論いただきたいと思ってございます。

続きまして、資料5について御説明をお願いします。

○大竹介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

資料5を御覧ください。介護保険料の算定でございますけれども、資料の下の方の図がございしますが、市町村民税の課税状況や1年間の所得収入等に応じまして、標準で13段階設定しております。このうち第1と第2、第4と第5の基準につきましては、年金収入等80万円というものを基準として用いております。この80万という数字につきましては、平成18年にこの基準を設定していますけれども、その際、平成17年度の老齢基礎年金満額というものを基といたしまして設定をしております。この80万という基準を設定して以来、老齢基礎年金の満額受給者の方の1年間の年金収入はずっと80万を下回ってきたということでございますけれども、令和6年4月からの年金額の引上げによりまして、基準設定後初めて80万を超えたということでございます。

そういったわけで、令和6年中、1月から12月までの年金支給額が初めて50万を超える。また、令和7年もこの上昇基調が続くことが見込まれるということを踏まえまして、この80万円という基準を見直しまして、毎年の老齢基礎年金満額の支給額を基準とするということで、80.9万円に見直しをするということでございます。

高額介護サービス費や補足給付につきましても80万円という基準がございますので、同様の措置を行い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。

ただいまの御説明があった資料5につきましては、審議事項ということよりは報告事項ということですが、この際、御意見等ございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

会場のほうはいかがでしょう。特にございませんか。

オンラインはいかがでしょう。よろしいですか。

特にございませんようですので、議題2については以上とさせていただきます。

今日全体を通じまして、何か御発言ございますでしょうか。特によろしいですか。

ありがとうございました。

それでは、本日いただいた御意見を踏まえて、先ほど申しましたが、今後しっかり議論をしてまいりたいと存じます。

それでは、皆様の御協力で、2時間半コースのところ、少し早めに終わらせていただければと思います。

最後に、次回の日程について事務局からお願いします。

○村中総括調整官 次回の本部会の日程につきましては、追って事務局より御案内をいたします。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はこれで終了させていただきます。

御多忙の中、大変ありがとうございました。どうぞ良いお年をお迎えください。