

○村中企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第125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。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、こんにちは。お昼どきにかかる時間帯ですが、今日は少しいつもより時間を長く取る関係上、早めに設定させていただきました。御協力をありがとうございます。どうぞよろしくお願いします。

まず、本日の委員の出席状況ですが、大石委員、大西委員から御欠席の連絡をいただいております。また、東委員については遅れて御出席いただく旨の御連絡をいただいております。

御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部長の新田惇一参考人、大西委員の代理として高松市健康福祉局長寿福祉部介護保険課長の多田也寸志参考人に、いずれもオンラインで出席いただいておりますが、お認めいただけますでしょうか。

（委員首肯）

○菊池部会長 ありがとうございます。それでは、お認めさせていただきます。

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。

○村中企画官 それでは、お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

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。オンラインにて御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「手を降ろす」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、時間が限られる中で多くの委員に御発言いただきたいと考えておりますので、御発言はお一人3分以内でおまとめいただきますようお願いいたします。また、時間が到来

しましたら事務局よりベルを鳴らしますので、御協力いただきますようお願いいたします。

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。

事務局からは以上です。

(カメラ退室)

○菊池部会長 それでは、議事に入ります。

本日は、事務局からまず議題1「地域包括ケアシステムの深化、持続可能性の確保」について御説明いただいた後、御議論いただきます。その後、議題2「その他」の「令和7年度税制改正に伴う介護保険制度の対応」について事務局から説明をいただき、御議論いただきます。

まず、議題1に入りますが、内容が多岐にわたりますため、議題1の3つある論点のうちの1つ目と2つ目、つまり「地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備」と「医療介護連携の推進」について御説明いただき、御議論いただいた後、残り1つの論点である「持続可能性の確保」について御説明いただき、御議論いただくという順番で進めさせていただきます。

それでは、事務局から御説明をお願いいたします。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

私から資料1について御説明をさせていただきます。まず、今、御案内がありましたとおり、最初の2つの論点から御説明させていただきます。

最初の論点でございます。介護保険事業計画、また支援計画の関係でございまして、3ページに「現状・課題」がございます。この資料の前半に現状が書いてございます。御案内のとおり、介護保険事業計画、支援計画は3年を1期としてやっております。市町村の事業計画は市町村が保険者として地域の実情を踏まえて介護サービスの見込量などを定めて、最終的には介護保険料の設定というところになっております。

都道府県は、市町村が定めた介護サービス見込量などを踏まえて、圏域ごとの必要利用定員数や介護サービスの見込量を定めるといった形で支援計画をつくりまして、市町村の支援をしているという形になっております。

9期でございます。今、8年度までの9期の中でございますけれども、9期の中では中長期的な推計を踏まえた介護サービス基盤の計画的な整備ですとか、地域包括ケアシステムの深化、人材確保及び介護現場の生産性向上などをポイントとして取組が進められております。この中で、2040年をはじめとする中長期推計は、法律上は市町村の任意記載事項と整理されておりますけれども、市町村・都道府県も含めて何らかの形で中長期の推計ということは計画に位置づけられております。ただ、記載内容についてはばらつきが見られるといったところが現状でございます。都道府県のレベルにおいても介護保険事業支援計画をつくるための有識者を参集した会議は設置されておまして、一部の都道府県では老人福祉圏域単位での議論なども行われております。

今後の課題のところでございますけれども、地域のサービス需要が変化していく中で、中長期の介護サービス見込量の推計やサービスの提供体制をよりきめ細かに考えていくことが必要ではないかということを書かせていただいております。

それに加えて、医療介護連携、介護予防、高齢者向け住まい等に関する取組と、生産年齢人口が全国的に減少していく中で、人材確保や生産性の向上についても計画の中で考えていくことの必要性が今後より一層高まっていくのではないかとということを書かせていただいております。

また、他分野との共通の地域課題もある中で、地域共生社会の実現に向けて幅広い関係者との協議も必要ではないかといったことを書かせていただいております。

こちらが「現状・課題」でございます、4ページに移っていただいて、一定の考えられる方向性を4ページで整理させていただいております。最初の1つ目の○のところですが、2040年に向けて「時間軸」・「地域軸」の両視点から、地域における人口減少・サービス需要の変化など、地域の状況に応じたサービス提供体制を構築していくことが重要になってくると考えられます。具体的な支援策は今後の本部会や給付費分科会における議論で詰めていく必要がございますけれども、いずれの場合も都道府県と市町村が共通の課題認識を持って、市町村を越えた広域的な議論も含めて行うことが必要になってくるかということを書かせていただいております。

方向性としては、その下のほうに少しずつ書かせていただいております。まず、現状では都道府県・市町村ごとに様々な形で、先ほど申し上げましたとおり、何らか書いているという中長期推計ですが、市町村については保険料の算定に必要な記載事項と位置づけをより明確化すると。都道府県については中長期的な推計を、今、法律上の記載事項ではございませんので、記載事項とするなどして、必要な情報提供や助言、協議の場の設置等により支援や調整を行っていくことではどうかと書かせていただいております。

具体論として、中山間・人口減少地域では、前回の本部会で議論されました「地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組み」をはじめとして今後の本部会における議論を踏まえたサービス提供体制の確保のための方策を、介護保険事業計画または支援計画に反映していくことが必要ではないかと考えられるかと思っております。

このほか、高齢者向け住まいや介護予防、人材確保、生産性の向上に関する事項も、今後本部会での議論を踏まえてどういった形で計画に反映していくかといったことを整理していく必要があるかと考えております。

こうした中長期の地域課題について、場合によっては市町村を越えた広域的な議論が必要なケースもございますので、こういった場合に検討を議論する事項や情報の提供を行うこととしてはどうかと書かせていただいております。

下から4つ目の○に特出しして書いてございますけれども、高齢者向けの住まいの関係では、7月28日の本部会での現状を報告いたしましたけれども、有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会で今、議論を行っていただいております。

参考資料で具体的には34ページから36ページに掲載してございますけれども、有料老人ホームのサービスの質の確保、利用者による有料老人ホームやサービスの適切な選択、指導監督やいわゆる囲い込み対策の在り方について検討が行われておりますので、こちらが取りまとめ次第、改めて本部会にも報告いたしまして、御議論いただくことを考えております。

こういった具体的な検討事項のイメージが湧きますように、2040年やその先に向けた地域包括ケアを実現するためのサービス提供体制の在り方について検討・議論する際の事項として、次の5ページに規模別の地域・圏域におけるサービス提供体制の在り方に関する議論に当たっての観点とデータをお示ししておりますので、御参照いただければと思います。

こちらが1つ目の論点でございまして、続けて2つ目の論点に移らせていただきます。7ページでございます。「医療介護連携の推進」でございます。7ページは「現状・課題」を同じように整理させていただいております。2040年に向けて、85歳以上の人口が増加し、医療と介護の複合ニーズを抱える方が急増すると。その中で、適切な医療・介護サービスを受けられる受皿の確保、医療・介護の連携の強化をしていくことがより求められるといったことを冒頭に書かせていただいております。

こちら9期計画で一定の記載をしまして、9期の基本指針では、市町村が主体となる在宅医療・介護連携のための体制の充実とともに、都道府県による広域的な支援が重要であると。また、介護保険事業支援計画の作成に関して、都道府県は老人福祉圏域や二次医療圏を単位とする広域的な調整を行うことが重要であるということをお示しをしております。

この点でございますけれども、現状において都道府県ごとに医療計画、介護保険事業支援計画の整合性を確保するための医療介護総合確保方針に基づく協議の場の活用状況や介護保険事業支援計画について老人福祉圏域単位で調整・協議するための会議体の設置といったところの状況は、各都道府県によって異なっているという現状でございます。

こちらがその計画の関係でございまして、あと施設の関係でございまして、令和6年度の介護・医療の同時改定による介護保険施設と協力医療機関との連携強化について、その進捗については地域差があるといった指摘もいただいております。

こうした中で、新たな地域医療構想、先般、本部会でも医療法の改正案を御説明いただきましたけれども、新たな地域医療構想では入院医療だけではなくて、外来・在宅医療や介護との連携等を含めた将来の医療提供体制全体の構想となるということが盛り込まれております。地域医療構想調整会議でこうした在宅医療や介護との連携といったことを議題とする場合には、市町村の参画を求めるといったことが検討されているところでございます。

最後のところでございまして、2040年に向けて、地域における人口の構造の変化

に伴う医療需要と介護需要の変化や、現在の医療・介護の提供体制の状況とその活用状況によって組み合わせを考えていくことが大変重要になってくると。これらの医療資源・介護資源の状況を地域ごとに見える化、分析し、今後どのように取り組んでいくか考察することがより必要になってくるといったことを書かせていただいております。

こちら「現状・課題」でして、8ページに「検討の方向性」といったことで一定書かせていただいております。最初のところですが、医療と介護の連携という観点でも、2040年に向けて、地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制を構築していくことが求められております。現行の仕組みを前提とした上で、市町村を越えた広域的な議論を行い、必要な取組を進めることが求められているといったことかと思います。

具体的には、10期、11期と分けて少し書かせていただいております。まず、この次の10期でございますけれども、10期における足元の検討事項としては、こちらに掲げさせていただいておりますとおり、請求情報等に基づく地域の医療・介護の提供体制に係る地域課題の検討、患者像が一部重複する方を対象とするサービスの受皿の検討、高齢者施設と協力医療機関の連携について対応できていない施設へのマッチングといったところについて、協議の場の議論の対象として、実効性を伴う開催時期なども含めて見直しを検討してはどうかということでございます。

その次の11期以降、より2040年に向けた取組は本格化していかなければならないところでございますけれども、そういったところでは医療と介護それぞれの2040年に向けての見込量、地域における医療・介護の在り方、医療や住まいも含めた需要に適した提供体制への転換ですとか、事業所の協働化、連携の推進の検討、広域的な医療・介護提供体制の必要性の検討、その他の課題などについて、新たな地域医療構想ということも法改正が通れば進んでいきますので、協議の場でそういった議論をしていくと。2040年に向けた医療介護連携に係る提供体制等について、より本格的に議論していくために、圏域単位などで調整・協議する場を開くことを検討することが考えられるのではないかと記載をさせていただいております。

前半の説明は以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、以上2つのテーマにつきまして、委員の皆様から御発言がございましたらお願いいたします。会場参加の方は挙手をお願いし、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

事務局から御案内のとおり、時間内に多くの委員に御発言いただくため、御発言については3分以内でおまとめいただきますよう御協力をお願いいたします。また、恐縮ですが、時間が来ましたら事務局からベルを鳴らしますので、御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、まず会場参加の皆様からいただきたいと思います。栗田委員、及川委員、そして山際委員、和田委員ですね。

それでは、栗田委員からお願いいたします。

○栗田委員 では、私から論点１と論点２について意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、論点１ですけれども、４ページの２つ目の○に書かれておりますように、市町村が定めている中長期的な推計について、保険料の算定に必要な記載事項や位置づけを明確化し、都道府県においても2040年に向けて中長期的な推計を介護保険事業支援計画の記載事項に追加して、必要な情報提供、助言、協議の場の設置等により支援や調整を行っていくということについては、こういう考え方は私も大変賛同いたします。

その具体的な取組として、５ページには検討の観点と検討のためのデータの案が提示されているのですが、この検討のためのデータには、現在は認知症基本法も基本計画ができて動いていますけれども、MCIを含む認知機能低下高齢者の将来推計値を疫学調査において明らかにされている認知症及びMCIの性・年齢階級別有病率のデータを用いて推計していく方向性を示していただければと考えております。

と申しますのは、この介護保険事業計画につきましては、先ほどの考え方も示されておりますが、地域支援事業の今後の在り方も含めて、もう少し広く言えば地域の実情に応じた共生社会の在り方を検討することが必要でございますので、そのためには、この共生社会の実現を推進するための認知症基本法の下で作成されている認知症施策推進基本計画との整合性を担保できるようにしておく必要があるのではないかと思うからです。

また、特に中山間・人口減少地域において質の担保されたサービスを持続的に提供できる体制を実現するには、６ページに示されておりますように、市町村介護保険事業計画と都道府県介護保険事業支援計画の調整作業にプラスして、新たにこのサービス提供体制を確保するための計画を都道府県・市町村が協議して検討する場が必要でございますが、ここに医療サービスも含めて検討する場をつくる必要があると。これは論点２に関連しますので、論点２のこの８ページの下から３行目に「医療介護総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場で必要な議論を行う」と記載されておまして、そのような協議の場の例として７ページの４つ目と５つ目の○、それから参考資料の49ページに地域医療構想調整会議について触れられておりますが、こうした会議体を実効性のある協議の場にしていくためにはどのような取組が必要なのか、これも十分に検討して具体例を今後提示していく方向で進め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した。

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。

私からも論点１、論点２について御意見申し上げます。

まず、論点１でございます。2040年の中長期の介護サービス見込量の把握は重要であり、地域ごとにその推移の把握と検討の場は必要であると考えます。このことを見据え、情報共有や助言・指導、いろいろなことを踏まえて、都道府県での検討が不可欠であると考え

ます。あわせて、記述のとおり、市町村を越えた圏域単位等の広域的な議論の機会を持つべきであると考えます。

また、先ほど御意見もありましたが、5 ページに検討のためのデータのことが書いてありますが、介護サービスの見込量をしっかりと把握するためにも、介護サービス事業所、医療機関または高齢者住まい等の事業所数だけではなく、その内容、例えば訪問介護事業所であれば訪問介護員の数であるとか、受け入れられるケース数であるとか、そういう具体的なところをしっかりと取っていただいて、把握していただきたいと思います。

そして、論点2でございます。スライド8 ページにあります○の2 つ目、3 つ目についてでございます。地域ごとの高齢化の進展やサービス量の過不足などを考えると、老人福祉圏域で議論する場、これも広域的な場の設置は必要と考えます。なお、その場には幅広く高齢者の生活、暮らしの場面を理解している職能団体や事業所団体のほか、当事者たる要介護者側の参加が必要と考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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す。

3 点意見を申し上げたいと思います。

1 点目ですが、今後地域による状況が大きく異なってくることを踏まえれば、論点1 で示された地域軸・時間軸での検討は不可欠だと、2040年に向けて中長期を踏まえた計画を作成することが必要だと考えております。

また、都道府県と市町村が協力して計画づくりに当たる体制が必要で、その際、高齢者の住まいあるいは介護人材の確保等々についても含めて検討することが妥当だと考えております。

また、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加、あるいは入院、外来・在宅医療や介護を行き来する方が増加することを踏まえて、論点2 で示された医療・介護連携強化については必要だと思います。医療・介護に関わるテーマについて、医療介護総合確保方針に基づいて協議をしていくことが必要と考えております。

2 点目です。前回も申し上げましたが、中山間・人口減少地域では、地域づくりと併せて限られた資源の活用が不可欠だということです。自治体と地域住民、民間事業者が協力をし、高齢者、地域住民の生活を支える取組と、そのための仕掛けや仕組みが必要だと考えます。現在、厚労省が進めている生活支援共創プラットフォームの活用など、幅広い連携が求められているだろうと思っています。

したがって、5 ページに提示されている検討のためのデータのところに、ぜひ圏域内にある生活支援サービスなどを提供する事業者の状況や健康づくりの取組など、こうした状況についてもきちんとデータとして踏まえる必要があるのではないかと思います。

3 点目です。定期巡回や看護小規模多機能など、地域密着型サービスの拡充が必要だと

考えています。これらのサービスは利用者の状態像に合わせてサービス提供が可能です。例えば、退院直後であればサービス提供量を増やして状態像を安定させて、状態像が安定してきたらサービス量を適切に減らしていくことも可能です。住み慣れた地域で暮らしたいと願う利用者、地域住民の安心を支える切り札的なサービスだと考えております。

ただ、現状は残念ながらサービスそのものが知られていない、それから正確に理解されていないという問題があります。これらのサービスについて、また普及の妨げとなっている問題もあります。例えば区分支給限度額の上限があることによって、従来利用していたデイサービスの利用が少なくなってしまうということで、ケアマネが紹介をためらう事例であるとか、オペレーターの配置要件が厳しいなど、これらの問題を解消すれば普及は十分可能だと考えております。地域の中で非常にうまく事業展開している事例も複数存在しますので、専門的に検討する場やモデル的に展開をすること、こうしたことを含めて積極的な検討が必要だと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

和田委員、お願いします。

○和田委員　認知症の人と家族の会の和田です。

論点1、論点2について御意見申し上げます。

論点1のサービス提供体制の整備については、地域の格差が生まれることに強い懸念を抱いています。資料では人口減少地域という表現が繰り返されていますが、被保険者にとって介護保険制度は、認定を受け、必要な給付を受け取る制度です。そして、サービスの需要は今後も増えていくことは明らかなです。67ページで、2020年から2030年までの10年間で75歳以上人口は急速に増加し、85歳以上人口は2040年までに一貫して75歳以上人口を上回る勢いで増加します。特に、68ページの85歳以上の認定率について58%に達しています。2023年の日本地域別将来推計人口では、75歳以上の人口割合は2020年と2040年を比べると99%以上の地域で増加する予測です。こうした状況下で、地域や圏域によってサービス提供体制が変わっていいのでしょうか。

現在、大都市、一般都市、中山間・人口減少地域といった規模別の地域・圏域におけるサービス提供体制の在り方が議論されています。中長期的な推計を根拠として2040年に向けたサービス提供の在り方を議論することは重要なのですが、私ども介護保険を利用している立場としては、いかなる地域であってもサービス量やサービスの質が見劣りすることなく維持されることを強く望みます。特に、支援体制整備の在り方については、そのメリットだけでなくリスクも含めて資料を出していただき、慎重な議論を進めることを希望します。高齢者人口やサービス需要の増減率が地域により異なるとしても、被保険者の安心を確保するための基盤は全国で担保されなければなりません。

論点2の医療介護連携の推進についてです。2040年に向け、85歳以上の人口が増加し、医療と介護のニーズを抱える方が急増する中、特に認知症当事者である本人・家族にとっ

て、医療と介護が連携し、重篤化予防や急変時対応を含む包括的なサービスを受けられることは生命線です。8 ページの 3 番目の○に「医療と介護の協議の場で必要な議論を行う」とありますが、例えば急変時の入院調整や日常的な医療・介護情報の円滑的な共有など、認知症の人が地域で生活を継続するために必要な具体的テーマを確実に議論していただきたいと強く要望いたします。

サービスの担い手の確保や生産性の向上に関する課題も含め、全ての議論が認知症の人とその家族の安心の生活につながるよう心からお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの皆様からお願いいたします。

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。

まずは御説明いただきまして、ありがとうございました。

それぞれの論点について意見を申し上げます。

まず、論点 1 についてですが、中長期推計の位置づけや支援体制の整備について違和感はありません。推計を計画に反映し、関係者間で議論を行っていただきたいと思います。

次に、論点 2 についてですが、医療介護連携を進めるに当たっては、関係者の役割分担と連携の仕組みを整理することが重要だと思います。8 ページの最後の記載のとおり、協議、議論の場を設けるとともに、連携の現場において重要な役割を持つ、かかりつけ医の推進について改めて指摘しておきたいと思います。

また、連携は双方向であるべきです。医療側からのアプローチだけでなく、介護の側からも医療側へ課題提起や情報共有が行えるよう体制を整えていただきたいと思います。

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、鳥潟委員は途中退席と伺っていますので、よろしければ本日の議題全般についての御意見で結構ですので、お願いします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

まず、論点 1 と 2 に関してですが、地域における介護需要と必要整備量を事前に見込んで計画的に体制整備を進めていくことが重要です。市町村・都道府県をはじめとした関係者間で共通認識を得て、地域の特性に応じた整備を進める基礎となるとともに、医療介護連携について地域医療構想と併せて地域で議論を進めていくに当たって必要と考えております。

一方、正確に見込むことが難しいことから、数字をつくることに注力してしまったり、机上の空論となってしまうことが往々にしてあると思います。そのため「検討の方向性」で記載されていることに加えて、推計に当たって必要なデータや計算手法について国で提示していく必要があると考えております。

引き続き、論点3に関してコメントを述べさせていただきます。論点3ですが、第9期計画の議論の中で2割負担の一定所得以上の判断基準の在り方について、介護保険制度の持続可能性を高めていくため、世代間、制度間、制度内での給付と負担のバランスを図るべきと主張していたところです。前回、議論が先送りになった経緯も踏まえ、第10期計画の開始前までに確実に結論を得られるよう、検討を進めていきたいと考えております。

そのほかにも、多床室の室料負担など、前回の見直しの議論の中で次期計画までに結論を得る、検討を進めるとされた論点が幾つかあります。現役世代の保険料負担が限界を迎える中、必要な介護サービスを確保するため、検討を着実に進めていけるよう、事務局におかれましては、準備をよろしくお願いしたいと思います。

以上になります。御配慮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。

新田参考人、お願いします。

○新田参考人 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、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席をさせていただいております。

2点意見を申し上げたいと存じます。

論点1に関しまして、今回都道府県において2040年に向けての中長期的な推計を介護保険事業支援計画の記載事項へ追加し、協議の場の設置などにより支援や調整を行っていくとの方向性が示されております。本県におきましては、これまでも計画策定に際し、全ての市町村に対してヒアリングを行い、課題等の聞き取りを行っておりますが、今後は2040年を見据え、介護人材の不足に伴う人員基準を緩和したサービスの提供や経営基盤強化のための協働化事業など、地域における個別の課題に対して都道府県がより関与しながら支援を行っていく必要があると認識しております。

一方で、市町村の介護サービス見込量の推計については、介護保険の実施主体である市町村が住民の保険料や将来の保険財政への影響、管内のサービス提供状況、住民へのニーズ調査の結果などを踏まえて行っており、基本的には市町村の考え方が尊重されるべきであると考えております。

こうしたことから、保険者ではない都道府県が市町村の設定した推計に対して都道府県の意向により大幅な見直しを求めるといったことは難しい部分もあり、市町村の計画策定における都道府県の役割について、今後具体的に整理されていくものと認識しておりますが、実施主体が保険者である市町村であることを踏まえ、都道府県に過度に調整の役割を担わせることには慎重になるべきであると考えます。また、市町村、都道府県ともに限られた人材で対応している現状も考慮し、現実的かつ実効性のある制度設計となるよう、引き続き御配慮いただきますようお願い申し上げます。

次に、論点2について、資料8ページに記載の医療介護連携の推進に関する検討事項については、都道府県と市町村、関係機関が一体となって進めていかなければならない課題であると認識しております。本県では医療・介護の連携を図るため、圏域の枠組みにとら

われず、医師会や介護関係団体の実務者が定期的に集まり、県も参加する実践的な検討会を開催し、現場の実情を把握しながら、取り組むべき課題の整理を行い、具体的な連携体制について関係者間で議論を進めているところです。医療介護連携の推進に向けての協議の場の設置に当たっては、こうした各都道府県における取組事例などを参考にしながら実効性のある場としていくことが重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した。

染川委員、お願いします。

○染川委員　ありがとうございます。

論点1について述べたいと思います。地域のサービス需要の変化は、中山間・人口減少地域等で需要がピークアウトをしていく一方で、都市部等は2040年に向けてピークを迎えていくわけですが、現在深刻となっている介護従事者の不足やそのことに起因する必要とされる介護事業所の不足を調整して補うためにも、市町村を越えた広域的な議論をする仕組みが必要との認識には賛同いたします。

具体的にお示しいただきました検討の観点とデータについてですが、私どもの今年4月の調査では、2024年4月以降の1年間で訪問介護員の不足によりサービス提供を断ったことがある訪問介護事業所が実に89.4%、訪問介護事業所の人手不足により必要とされるケアプランが組めなかったことがあったケアマネジャーが68.3%となっています。このように、特に在宅サービスにおいて人材確保のためにサービス提供を断らざるを得ないケースが頻発していることを踏まえれば、これまでのように特養の入所待機者の把握のみならず、在宅介護においても必要な介護サービスが提供されていないケースも具体的に数値で把握し、対策を講じていくことが必要だと思います。

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。

私からは論点1でお話ししたいと思います。4ページにあります「老人福祉圏域など、市町村を越えた広域的な議論が不可欠である」という点、あるいは「中長期の地域課題について市町村を越えた広域的な議論をする仕組みが必要である」というように、市町村を越えた広域的な範囲の中で今後その対応を考えていくということが書かれております。個々の自治体が抱える、例えば人員の不足という現実に対して、ここでもし議論していただくなれば、人員規制を緩和するという内容の検討ではなくて、人員不足に対してどのように具体的な対策を取っていけるかということを経営にしていきたいと考えます。例えばさらなる処遇改善の方法、また準公務員化ということも含め、そういった前向きな内容の検討が必要になってくるのではないかと考えております。加えて、現在拡大の傾向が進んでいます地域間格差の問題、これについて是正をしていく方向で考えていく必要があ

ろうかと思います。

この地域間格差に関しましては、1つ参考にさせていただきたいということで資料を紹介させていただきます。今年の8月25日から約1か月にわたって「ケア社会をつくる会」が緊急アンケートを行いました。今年の夏の猛暑、皆さんも体験していらっしゃると思いますが、例年に増して苛酷だったことは御承知のとおりです。40度というような日もあったという真夏の炎天下で、個々の自宅を訪問して回る訪問介護ヘルパーの実態を調査いたしました。845件の回答があったのですが、中でボリュームゾーンが50代、60代のヘルパーさん61.8%、70代も10.5%いらっしゃるって、ここらが一番動いていらっしゃるヘルパーさんです。

移動手段ですが、自転車54%、自動車が39.5%、徒歩も10.4%。ほとんど自転車が多いということですが、炎天下の自転車移動は大変です。1日の訪問件数が2件から4件という人は、これが限界と思われませんが、52.5%です。6件という人は8.8%と1割にも満たない状況ですが、この訪問に対して移動時間については60分から80分という方が35%と一番多かったです。一方で、サービスを提供する時間は15分から20分が52.4%、この移動時間とサービス提供時間の差は注目させていただきたいと思いますが、この猛暑日の移動については確かにつらいし、本当に具合が悪くなると答えた方が92.8%で、辞めたいと思っている方も28.3%ある。熱中症のような症状の経験者は66.8%、しかし医療機関へ行っていない人が92.8%でした。

こういった厳しい状況の中で、自治体で暑さ対策に対する助成金や補助金があるかということを知りました。受けていらっしゃる方が20.7%、これは東京都の「暑さ対策緊急支援事業」を受けている方々です。ファン付ウェアや冷却ベスト等の支給もあったということです。ただ、そのほか、8割ぐらいの方がそんなものは受けていない、あるいは知らないということでした。

こうした現状があるということ、この地域間の格差、ぜひ是正させていただきたい、緊急支援事業を創設してほしいという要望が強くありました。4ページに市町村を越えた広域的な議論ということ、検討・議論に資する事項の提示とありますけれども、それぞれの自治体が抱えている課題について建設的に解決を目指すのみならず、こういった自治体間の格差に関する実態調査もしっかり提示して議論していく必要があると考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私からは論点1の支援体制の整備についてコメントさせていただきます。お示しいただいた方向性については、特に異論はありません。地域の実情に合わせて中長期的な地域課題について共通認識を持つために広域的に議論する仕組みや中長期的な推計などを提示して検討・議論をしていくべきと考えています。

その上で、検討のためのデータをお示しいただいておりますが、介護人材の確保が難しい中で、効率的なサービス提供体制も重要な観点になると考えています。業務改善やICTの活用を含めた現場の実態あるいは取組状況など、生産性の向上に資するデータも検討事項として位置づけて、より有意義な検討・議論にしていきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員　ありがとうございます。

4 ページ目に示されております「検討の方向性」、すなわち2040年に向けての中長期的な推計を基に都道府県も含めて調整を行っていくという方向性につきましては、賛同いたします。将来的には一つの都道府県を越えて、近隣の都道府県も含めた調整が必要になってくるのではないかととも思います。

いずれにしても、人材の不足が大きな課題でございますので、介護分野における効率化、省人化の努力、政府の新資本実行計画にも介護を含む業種別の「省力化投資促進プラン」というものがありますけれども、こういったものを着実に進めていく。とりわけ、今後連携を深めていく上で大規模化、合理化を進めるためには、業務や手続の標準化、ローカルルールを廃止していくことが非常に重要になっていくと思いますので、今後の介護事業計画や支援計画にもぜひそのような現場の生産性向上を促す内容も含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。

山田委員、お願いします。

○山田委員　ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の山田でございます。

それぞれの論点ごとに発言させていただきます。よろしくお願いいたします。

論点1でございますが、3 ページにおきまして、都道府県・市町村が策定する介護保険事業（支援）計画には、介護保険の運営主体である市町村が地域の実情を踏まえ、介護サービスの見込量等を定めるとともに、都道府県が広域的なサービス提供体制の整備の役割を担い、必要なサービスが確保されるよう支援するというそれぞれの役割があります。3 年置きとする介護保険事業支援計画策定委員会においても、回数を重ね、ダウンサイジングや高齢者の住まい、市営住宅等の在り方等を含めまして、一般市等の中でも中山間・人口減少地域に相当する地域があることも踏まえ、地域のサービス需要が変化していく中で、社会福祉法人間の連携やサービス提供体制等の協議の在り方の検討が必要であると考えております。

また、都道府県や市町村が共通の課題意識と地域課題への対応を実施し、課題によっては地域の圏域等の単位で広域的に議論の場を設けるなど、都道府県がイニシアチブを取りながら、協議の場の設置について積極的に支援や調整を行うことが重要と考えます。

論点2でございますが、7ページにおいては、介護保険施設と協力医療機関との連携強化について、協力医療機関が確保できていない介護保険施設、福祉施設が一定程度あり、地域差が大きい現状があります。医療と介護の連携に関する調査を進めるとともに、確保できない医療機関と介護保険施設の実情を丁寧に把握することが必要です。

また、地域医療構想調整会議につきましては、医療機関の再編やベッド数に関する医療機関の内容が多く議論されていることから、在宅医療や介護の課題においては別の枠組みの会議の検討が必要であり、社会福祉法人等の事業者の連携に関する協議の場も必要であると考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山本委員、お願いします。

○山本委員 ありがとうございます。日本看護協会の山本でございます。

2点意見を申し述べます。

1点目、4ページの論点1について、「地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備」に向けては、エビデンスに基づいた適切な方策を打ち出して取り組む必要があると考えます。そのため、都道府県と市町村が共通の課題認識を持った上で関係者間を含めた議論を進め、広域的な議論も行っていくという方向に賛成いたします。この方向性の実効性を持って推進されることが肝要ですが、各自治体で多様なデータを収集することの負担は大きいと考えられるため、国においては基本指針の提示や地域包括ケアの見える化を図り、自治体がエビデンス収集の際に感じている課題があれば、効果的に支援していただきたいと思います。

続いて、8ページの論点2、「医療介護連携の推進」について、医療資源・介護資源の状況を地域ごとに可視化し、都道府県と市町村が協働して広域的な議論を行っていくという方向性に賛成いたします。今回、第10期及び第11期での具体的な検討事項が提示されていますが、第11期で検討する「2040年に向けた中長期的な検討事項」を見ると、現時点から問題が顕在化している課題が多く、2040年を目前に控える第11期ではなく第10期から検討を始めることが妥当ではないかと考えます。

例えば、「医療や住まいも含めた需要に適した提供体制の転換」として、現在、医療・介護等のサービスが包括的に提供される前提となる高齢者の住まいとして有料老人ホームが増加している一方で、中重度の要介護者を受け入れているホームにおいては、その運営や介護・医療サービスの質の確保が課題となっています。また、「事業所の協働化等、連携の推進」や「広域的な医療・介護提供体制」は、中山間・人口減少地域などで既に広域にわたるエリアをカバーしている事業所では、限られた人員や資源で広範囲の利用者ニーズに対応することの負担も生じています。「地域の実情に応じた課題」も、例にある「入退院支援における医療と介護の連携」のとおり、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることもできる切れ目のない体制をそれぞれの地域で整備することも課題です。

8 ページの下部には「新たな地域医療構想の策定スケジュールも踏まえつつ」との記載がありますが、新たな地域医療構想は、国及び都道府県での検討を経て、2027年度から具体的に動き始めます。2040年に向けて体制が確実に整備されるべき重要な課題であるからこそ、第11期を待たず第10期から検討を進めるべきだと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

中島委員、お願いします。

○中島委員　全国町村会の茨城県の中島でございます。

初めに、論点1について申し上げます。町村は、地域包括ケアシステムの実現に向けて最も住民に近い立場で取り組んでいます。小規模町村では人材・財政面での制約が大きく、支援体制の整備自体が大きな課題となっております。そのため、国においては作成に当たり、人口や介護需要のデータ提供を通じた計画策定の支援など、町村の実情を踏まえたきめ細かな支援をお願いしたいと思っております。

次に、論点2について申し上げます。医療と介護の連携は、地域包括ケアを機能させる上で重要であり、特に小規模町村では医師や事業者が少なく、広域的な連携が不可欠であります。医療・介護の連携において地域医療構想調整会議、医療介護総合確保方針に基づく協議の場に加え、圏域単位等で調整・協議する場を開くことを検討することとされておりますが、都道府県との役割分担を明確にしつつ、地域の実情に応じて円滑な連携が図られるよう、制度設計をお願いしたいと思っております。

私からは以上です。

○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。

論点1について、全体の方向性については同意するものでございます。中山間・人口減少地域では緩和した基準などが取り入れられ、実施されている、それを拡大する方向であるということなのですが、この取組は今後の介護保険の在り方を考える上で非常に重要なデータを提供していただけるものと思っております。しっかり検証した上で、特別な地域だけで行うのか、それともうまくいけば対象地域を広げることが可能なのか、基準の見直しにもつなげる議論の可能性について検討できるようなデータを取っておくこと、検証することが望ましいと思っております。

2点目、今後、サービスの見込量については着実に増えていく地域が都市部において多いことが分かっております。それを全て介護保険で賄うことが現実的なのか、住まいや交通、食料入手経路などの生活基盤、または共生社会のように社会全体で高齢者を支える基盤を充実させることが非常に重要ではないかと思っております。介護保険料に転嫁するという方法で実現できる余地はかなり限界にきていると思っております。地域全体、社会全体、保険料ではなく税金事業としてできること、またはそれぞれの地域の工夫でできることも知

恵を絞り、介護分野の世界だけではなく広く社会に対してこの情報について発信していただきたいと思っております。

3点目なのですが、論点2、医療介護連携の推進ですが、両者のニーズが高い方が増えてきて、また分析についてもそれぞればらばらではなく両者を、全体像を見ていくことが重要だと思っております。消防庁の心停止救急搬送の90歳以上の高齢者に対して、6割程度心臓蘇生がなされているのだけでも、その予後は非常によくないというデータも出されています。高齢者の急変時にどのような対応をするのがよいのかについても、将来的な議論として安心して最期のときを迎えられるようにどうしたらいいのかも含めて、またそれが過剰な医療負担や介護施設の負担にならないようなことも検討していく、それは高齢者自身が望む最期かどうかも含めて国民的な議論が必要なのかということを感じました。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

多田参考人、お願いします。

○多田参考人　ありがとうございます。大西市長が公務により出席できないため、参考人として発言させていただきます。

論点1について御意見申し上げます。前回の介護保険部会で提案された市町村が介護サービスを事業として実施する仕組みについて、その具体的な内容が示されておりませんことから、事業計画に反映することを前提とする前に、その実効性について十分な議論を行っていただきたいと存じます。

資料の4ページの「検討の方向性」の上から3つ目の○に、中山間・人口減少地域においては、前回の部会において議論された「地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組み」をはじめとする今後の介護保険部会における議論を踏まえたサービス提供体制の確保のための方策について、介護保険事業計画を策定する際に検討し、計画に反映することが重要ではないかという考え方が示されております。前回の部会では、このサービス提供体制の確保のための方策として市町村が介護サービスを事業として実施できる仕組みが提案されましたが、その具体的なスキームが全く示されておらず、十分な議論が重ねられていない現在の段階においては、計画に反映させて真に実効性のあるものなのか判断することができないものでございます。市町村が介護サービスを事業として実施する仕組みにつきましては、実際に中山間・人口減少地域に居住している介護を必要とする高齢者の生活の向上に資する制度となるよう、実態に即して十分な議論を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。

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。

論点について、それぞれ意見を申し述べます。

まず論点１、地域包括ケアシステムの実現・深化に関して、中長期的な推計として人材確保の面も既に行われていますが、資料53ページ目を見ますと、労働部局との連携をより強める余地があるのではと思いますので、福祉人材確保の検討が現在進められておりますが、実効性を高めるためにも改めての連携強化が必要ではないかと考えます。

高齢者向け住まいについては、検討会での議論を踏まえつつ、入居を希望する高齢者にとって必要な情報が得られ、利用者視点で適切な判断ができるように環境整備を進める必要があります。また、入居後も適切なサービスを受けられ、入居者の保護にもつながるようにサービス提供の透明性を高めていくことをはじめ、今後検討していくことが必要と考えます。

論点２については、資料には、「医療と介護で患者像が一部重複する」というような記載がありまして、そういったときに切れ目なく効率的に医療と介護が提供される体制づくりにつながることを重要と思います。高齢者の救急を受け止める医療との連携や入退院支援も重要と思いますので、地域医療構想の動向を踏まえつつ、受け皿を確保できる役割分担、機能分化や連携強化を進めていくことが必要と考えます。そのために、建設的な議論が可能な協議の場は必要と考えますし、同時に「計画疲れ」「協議疲れ」に陥らないように、既存のものを活用しながら発展させていくことが円滑なのかなと思います。

また、資料55ページ目には、協議を行っていない理由として、「意見などがなかったため」という回答も見られますので、市町村と都道府県でこれらを担う人材に対しても、これは論点１・２に共通することですが、国としても可能な支援を引き続き行うことが必要と思います。

以上です。

○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。

８ページの医療介護連携の協議プロセスというところについてお話ししたいと思います。最近、介護施設などは医療度が重度化している。そこを踏まえての医療介護総合確保方針に基づく協議の場が必要ということだと思うのですが、今まで栗田委員、幸本委員、石田委員がおっしゃったように、現場感のある実効性のある協議の場をぜひつくっていただきたいと思います。

例えば、今、介護施設でまだおよそ半数が協力病院を持っていないと。その理由としては、コミュニケーション不足もあるのですが、医師が１人当直の病院などは、緊急時や臨時のときの対応ができないとか、いろいろな細かい理由があると思うのです。そういったことでこの制度を利用できていないとなると、重度化している介護の施設の入居者の方々にとっては不利益ということになりますので、一つ一つ議論していく必要があると思います。ぜひこの医療・介護の協議の場を、構成員の選定から始まり、会議の回数も含

めてしっかり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。

松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。

論点1について意見を申し述べます。2040年に向けて特に高齢化、孤立化が進むことが想定される中山間・人口減少地域において、必要なサービスの利用が担保される取組として、地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制の構築は必須であると考えてございます。そういう中で、都道府県と市町村が共通の課題認識を持って実効性のある取組を進めていただくことが重要だと考えてございます。都道府県におかれては、2040年に向けて中長期的な推計を介護保険事業支援計画の記載事項へ追加し、必要な情報提供や助言、協議の場の設置など、支援や調整を積極的に図っていただくことができるよう希望いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

論点2について2点意見を申し上げます。

資料1の7ページ、上から3つ目の○に、都道府県は、医療計画、介護保険事業計画を一体的に作成し、医療介護総合確保方針に基づく協議の場を設けるということが書いてございます。一方、その上の○のところには、第9期計画基本方針では、市町村が主体となって様々な在宅医療・介護連携の体制を充実させると書いてございます。また5つ目の○の新たな地域医療構想の中でも、在宅医療や介護との連携等を含めた将来の医療提供体制全体の構想とすることが検討されており、地域医療構想調整会議で在宅医療や介護との連携等を議題とする場合には市町村の参画を求めると書いてございます。しかし、今、市町村においては、都道府県のような医療介護総合確保方針に基づく協議の場ははっきりと設けられていないと思いますので、この地域医療構想調整会議に市町村の参画を求められても、市町村もなかなかきちんとした意見が言えないのではないかと考えます。したがって、市町村においても在宅医療や介護との連携等を議論する場をきちんと設けることが必要だと考えます。

2点目でございます。資料1の8ページの3つ目の○に2040年に向けた中長期的な検討事項のところに幾つか項目だけが書いてございます。私はさらに踏み込んだ議論が必要ではないかと考えています。介護側の持つ医療機能、例えば看取り機能や老健施設の医療ショートのような機能、認知症のリハビリの機能、さらには在宅医療における介護保険の訪問介護、訪問看護、訪問リハ等の機能、このような様々な機能を具体的に提示して議論する必要があるのではないかと考えます。

私は「新たな地域医療構想等に関する検討会」で介護を代表して構成員になっておるところでございますが、医療介護連携につきまして何度も発言もしております。この検討会の場においては医療介護連携なしに地域ケアは成り立たないというお話にはなっておりますが、いざ地域医療構想のガイドラインや指針を定める具体的な検討になりますと、なかなか介護側の持つ医療機能等について盛り込んでいただくことが難しい状況にあることも御報告しておきます。

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、医療法改正法案については秋の臨時国会で議論される見込みと思いますが、新たな地域医療構想は2026年度に全国の都道府県において策定し、2027年度から取組が開始される予定と現状はなっております。資料の8ページには第10期と第11期の取組を分けて記載しておりますが、第10期は2027年度から2029年度、第11期は2030年度からとなりますので、第10期から2040年に向けた検討事項を開始すべきと考えております。

今後の都道府県及び市町村の介護保険事業計画は、地域医療構想や医療計画との整合性は不可欠となってまいります。慢性期の患者についての記載もございますが、急性期や包括期の医療連携、特に高齢者救急に対応する包括期の医療との連携は重要となってまいります。したがって、医療政策については都道府県が市町村を支援するとともに、介護保険の保険者である市町村に平素から医療介護連携、在宅医療や介護、障害福祉サービスの提供体制等を議論する協議の場が不可欠と考えております。各市町村において平素から議論を煮詰めておくことによって、医療介護総合確保方針に基づく協議の場や新たな地域医療構想における調整会議での有意義な議論につながると思います。その際、二次医療圏単位や老人福祉圏域単位では、なかなか議論が煮詰まらないと思っております。新たな地域医療構想に関する取りまとめにおいても、市町村・都道府県・国の役割が明記され、在宅医療の圏域は市町村単位が推奨されており、市町村における協議の場の必要性はますます高まっております。

なお、小規模な人口過疎地域においては、近隣の複数の市町村とともに介護保険の保険者となることも将来的には視野に入れておく必要もあると思いますし、市町村の協議の場も実情に応じて近隣の市町村と協働して設置することは必要と考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

お手をお挙げいただいた皆様には御発言いただいたかと思いますが、ほかに御発言の方、おりますでしょうか。よろしいですか。

様々な貴重な御意見、御発言をいただきまして、ありがとうございました。

ここでも既に御報告いただいておりますが、2040年に向けたサービス提供体制の在り方に

つきまして、とりわけ地域によって時間差があるけれども、人口減少・中山間地域についてのサービス提供体制の状況はまさに喫緊の課題であるという共通認識があると思います。これは介護だけではなくて障害、子どもといった福祉サービス全体に共通の課題であるということで、野口委員を中心におまとめいただいた検討会のまとめがあるわけですが、加えて相談支援の分野でも同様にこの中山間地域の対応ということで、来年の社会福祉法改正に向けて議論を行っているところであります。そういう全体状況を踏まえて我々も議論する必要があるだろうと、私として一言申し添えておきたいと思います。

それから、先ほど山本委員から御発言があつてなるほどと思ったのですが、8ページで10期と11期が分けて書いてあつて、11期以降の検討事項として、これは日本語の意味にも関わるのですが、要するに、検討事項は5つ挙がるのだけれども、2つの協議の場で必要な議論を行う、2つの協議の場を開くことを検討するというのを11期以降やるという意味なのかと思いますが、読み方によっては、ここに挙がっている5つの検討事項も11期以降に考えます、つまり、2040年の体制を2030年から考えますということであれば長期的とはいえないのではないか、なぜ今から検討しないのですかと、山本委員の御発言にはそういう御趣旨も入っているかと私は受け取りまして、2つの場をつくることを30年以降に検討するということなのか、そもそも検討事項として取り組むこと自体を11期でやるのか、これはかなり大きい違いではないかと思って、ここは事務局に確認させていただいていいですか。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長です。

今、御指摘いただいたとおり、どちらかというと場を設置ということを徐々にやっていったほうがいいのかという趣旨で書いておりまして、確かに中長期的な見込みという位置づけは少し10期のところから強くしていったほうがいいのかと思いますので、事項としてはできるだけ10期からできるものはやっていくべきかと感じております。

ついでに、その他のコメントも踏まえて言わせていただきますと、ありがとうございます。今、皆様からいろいろ御意見をいただきまして、総論としては中長期で見ていくことの必要性は非常に共通して御指摘いただいたかと思っております。ですから、これはもう10期からできるだけそういうことをやっていくことは必要かと思っております。

その中で、地域間格差や、全体としては85歳以上が伸びていくのだからサービスの後退がないようにということも御指摘がございました。まさに各地域でちゃんと必要なサービスを確保できるためにやっていくというものは、そのとおりかと思います。他方で、全体としては85歳以上人口は急激に伸びてきますけれども、参考資料の中にもございますけれども、サービスのニーズの変化が多様である、だからこそ地域ごとの議論が必要という御指摘もいただいているかと思いますので、まさに中長期を見据えてやっていくということについては、そういう要素も入ってくるのかと思っております。

その中で、中山間ですとか、人材確保とか、生産性向上といったことについていろいろ御提言をいただきました。まさにこれは市町村とか、都道府県の事業ですとか、サービス

量に関わってきますので、最終的には計画に合流する必要がございますけれども、当然政策の議論はこれからしていきますので、御指摘いただいたところも含めて具体化してい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した。

山本委員、そういったことで少し補足させていただいたつもりなのですが、いかがですか。

○山本委員　ありがとうございます。ぜひ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。

もちろん医療法との兼ね合い、地域医療構想との兼ね合いでやるということは分かりまされども、それはそれとして、中長期ではあるけれども、介護の側の取組としては喫緊の課題であることは間違いないわけですね。そこは認識していただいているということですのでよろしいですね。

○西澤介護保険計画課長　はい。

○菊池部会長　それから、もう一つ気になったのは、東委員の御意見の最後のところで問題提起というか、総論的には医療介護連携はそのとおりなのだけれども、現実には各論的になかなかそうもいかないというか、難しい現実があるという趣旨で問題提起的な御発言をいただけたかと思うのですが、よろしければ少しお話しいただくことは可能ですか。

○東委員　ありがとうございます。

菊池先生、私の発言のうち、新たな地域医療構想等に関する検討会の部分でしょうか。それとも、その前の具体的な問題のところでしょうか。

○菊池部会長　最後に御発言いただいた部分かと思うのです。

○東委員　最後に発言した内容を補足させていただきます。私は新たな地域医療構想の構成員になっており、そこでの議論も進んでおるところでございますが、その検討会のなかで、私も医療介護連携、特に介護側の持つ医療機能等についてしばしばプレゼンや発言もさせていただいております。しかしながら、その具体的なガイドラインづくりや指針を定める議論になりますと、介護側の持っている医療機能の具体的なものが提示されないということがございます。これまでの地域医療構想は全て医療側のみでやっていたものですから、介護側の私が入っていろいろ発言はするのですが、なかなか医療のほうで介護の実情というか、データというか、いろいろなものを取り上げにくいというのでしょうか、少しそういうところの実感を持っているということを申し上げた次第です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

東委員にはしっかりご発言いただいているということですが、これは事務局の連携とか、その体制の点もあるかと思しますので、よろしければ。

○江口総務課長　総務課長です。ありがとうございます。

具体的に地域医療構想については医政局が事務局として今、議論を進めておりますし、

介護については我々老健局が担当していますので、医療と介護の連携については、先ほどの東委員の御意見も踏まえて、我々事務局同士、医政局と老健局でしっかり連携を図りながら今後議論ができるような形で進めていければと思っております。

○菊池部会長　ということですので、事務局にはどうぞよろしくお願いいたします。しっかり介護側の状況も組み込んでいただけるような方向でお願いいたします。

ありがとうございました。少し私から発言させていただいて、時間を取らせていただきました。

それでは、後段の「持続可能性の確保」について、御説明をお願いします。

○西澤介護保険計画課長　介護保険計画課長でございます。

資料1の後段について御説明させていただきます。

まず、10ページを御覧ください。前回の制度改正に向けた本部会の検討の中でも、負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた給付内容の適正化の視点に立ち、検討を行っていただきました。特に1号保険料負担の在り方、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準、補足給付に関する給付の在り方、多床室の室料負担、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、被保険者範囲・受給者範囲について意見を取りまとめているところでございます。具体的には11ページから16ページに抜粋をさせていただいているところでございます。

17ページでございます。介護保険部会での取りまとめの後、政府内の動きとしまして、全世代型社会保障構築会議で社会保障全般について総合的な検討が行われました。その上で、令和5年12月22日には「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」が閣議決定されております。こちらに記載された「全世代型社会保障の基本理念」に基づき、社会保障の制度改革の取組を行うとされております。

18ページから20ページにかけて、具体的に掲げられた取組を抜粋させていただきました。ケアマネジメントに関する負担の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方、2割負担の範囲の見直し、多床室の室料負担の見直し、介護保険における金融所得の勘案、金融資産等の取扱い、現役並み所得の適切な判断基準等について記載されております。

続いて、25ページを御覧ください。こちらは直近のこの関係の決定として、本年の6月13日に閣議決定されたいわゆる骨太の2025においても、現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を生かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である、また介護保険制度については、利用者負担の判断基準の見直し等の給付と負担の見直しに関する課題について、本年末までに結論が得られるように検討するとされております。

これらの前回の議論、それから関係する政府の決定を踏まえまして、26ページでございます。論点として、こうした経緯やこれらの決定についての指摘の内容も踏まえて、次期

制度改正に向けて制度の持続可能性の確保についてどのように考えるかと論点を書かせていただきました。今後、より具体的な議論を行っていただくことになろうかと思いたすけれども、現状、この論点について考えられる点について御議論いただければと思いたす。

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、委員の皆様からただいまの御説明に関して御発言、御意見等をお願いいたします。先ほどと同様、恐縮ですが、お一人様3分以内ということでお願いいたします。

それでは、会場からまずいかがでしょうか。全員からですね。

それでは、先ほどと逆の順番で恐縮ですが、和田委員からお願いできますでしょうか。

○和田委員　ありがとうございます。認知症の人と家族の会の和田です。

私たちが制度改革に望むのは、持続可能性の確保と介護を必要とする全ての人、特に認知症の人と家族が必要なサービスを安心して利用できる環境です。この観点から、主に3点申し上げます。

22ページにあるケアマネジメントに関する給付についてです。近年、要介護認定を受けても居宅介護支援事業者が見つからず、ケアプランが作成できず、結果としてサービスを利用できないという事例を会員の声から耳にします。ケアマネジメントは介護が必要な方を支える最も大切な給付の1つであり、その役割維持のため、まず現行の10割給付の堅持を強く求めます。さらに、居宅介護支援事業所やケアマネジャーの確保策を早急に講じてください。また、ケアマネジメント業務には、法定業務外であっても人道的支援のため外せないケースもあります。これらの支援項目については、制度上の加算対象化や他給付での代替可能性を含め、丁寧な検討をお願いいたします。

第2に、軽度者への生活援助サービス等の在り方についてですが、資料の中で軽度者とは要介護1・2の人を指すようですが、ここは繰り返し申し上げてきたとおり、認知症の場合、身体的に元気で活動的な人ほど家族の負担が大きくなるという現実があります。いざというときに給付を受けようと考えている認知症の本人や家族のために、訪問介護や通所介護など生活を維持するために重要な生活支援サービスは、介護保険給付として必ず死守していただきますようお願いいたします。

最後に、23ページ、利用者負担の判断基準の見直し等の給付と負担についてです。利用者負担の2割拡大をするということは、物価高など生活が苦しい高齢者世帯の家計を直撃し、必要な介護サービスの利用控えに直結します。介護は、医療と異なり長期にわたり継続利用されるため、利用者負担増は健康状態の悪化や生活意欲の低下を招きます。利用者負担2割の拡大は断じて容認することはできません。

また、介護保険料について、70ページに「低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から」という文章がございます。私ども認知症の人と家族の会は、これまでも負担能力に応じた負担の合理的な検討を求めてきました。今回も再び検討するのであれば、被保険者の負担能力については、物価高の中での暮らしをしっかりと把握し、納得できる判

断の道筋を示していただくことを希望します。

特に、資料64ページには、2024年4月末の認定者710万人に対して、利用者は529万人とあります。認定者のうち181万人、25%もの人が給付を受けていないことになります。本人がサービスを拒んだり、家族が頑張るというケースもあるでしょうが、所得が少なくて利用料が負担できないケースもあるはずです。介護保険料には13段階の標準負担段階がありますが、利用者負担割合についても低所得者への配慮、つまり0.5割ですとか、0.3割負担などの検討をしていただく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。

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す。

論点3について、資料の10ページに書かれています前回からの継続課題3点について意見を申し上げたいと思います。

1点目ですが、利用者の一定以上の所得の判断基準についてです。医療と比較して介護サービスは長期にわたってサービスを利用し続ける場合が非常に多いですので、2割負担者を拡大した場合、利用控えなどが起こり、利用者の状態悪化を招く、結果的に費用が増加することにつながらないかという懸念が拭えません。利用者の生活実態を踏まえてどのような影響が出るのかを慎重に想定をし、丁寧な議論を尽くしていくことをお願いしたいと思います。

2点目です。ケアマネジメントに関する給付の在り方ですが、ケアマネジメントの利用者負担の導入によって、ケアマネジメントに求められる客観性や公平性、中立性の確保が難しくなること、このことを懸念しております。現在でも利用者や家族の要望、意見を調整しながらつくっているケアプランが、本来の介護保険制度あるいはケアの目的である自立支援と離れたものにならないか危惧をしているということです。現行の仕組みを維持する方向が妥当であると考えております。

最後に、要介護1・2の方の生活援助サービスについてです。前回の24年制度改定で地域支援事業や総合事業は非常に使いやすい内容に改定されたと理解をしていますが、各自治体での取組は整備の途上だと理解をしております。全国的に十分構築できているとは言えない状況です。要支援1・2と要介護1・2の方では、認知症の症状については明らかに異なっていますので、その対応についてはアセスメントなど専門的な知識、専門的な技術、対応力が必要だと考えております。

また、自立支援ケアでいえば、例えば老計10号などを使って身体介護をやっていくことが中心になるかと思いますが、認知症の方の状態像によっては、その状態像に合わせて一定期間、生活援助サービスを提供することも必要な場合があります。こうした必要な対応が十分行えない場合、利用者の状態像の悪化、結果的に費用が増大するということになりかねませんので、慎重な検討が必要だと考えます。

以上です。

○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　日本介護支援専門員協会の小林です。

私からは、14ページにもございますケアマネジメントに関する給付の在り方について意見を述べさせていただきます。ケアマネジメントに関する給付の見直し、利用者負担を導入することについては、慎重に検討すべきと考えます。ケアマネジメントは、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況、置かれている環境等に応じて、保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるように介護保険給付に位置づけたものであって、その重要性に鑑みて居宅介護支援を10割給付としているものです。

居宅介護支援では、介護保険制度内のサービスにとどまらず、利用者個々の経済的問題、社会的問題、地域性を含め、医療・保健・福祉などの多様なサービスやインフォーマルサービスを調整し、利用者さんの潜在能力を生かし、社会参加も視野に入れて検討するなど、自立支援を目指しています。また、居宅介護支援は、多様なサービスや制度が総合的かつ効率的に提供されるためのセーフティーネットとして、全ての利用者が公平に過不足なく支援を受けられる環境を維持していくことを重要としており、直接支援を提供する介護サービス等とは支援方法が異なります。

居宅介護支援、介護予防支援によるケアマネジメントに他のサービス同様に自己負担を導入することで、過不足ない中立公正な支援を展開している介護支援専門員によるサービス調整に支障を来すことになることや、負担増により利用者の介護サービスの利用控えにつながり介護状態が重度化するリスクや、ケアマネジメントを経ずに介護サービスを利用する動きにつながり、自立支援の点では、過度なサービス利用によって逆に介護給付費が増加するリスクがあります。したがって、利用者にさらなる負担を課すことのないように慎重に検討すべきと考えます。

以上になります。

○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。

意見を1点申し上げます。現在の物価上昇については、高齢者の生活に不安が広がっております。また、家族介護力の脆弱性が顕著でございます。それを踏まえると、高齢者の日常生活の継続は厳しい状態と言えます。負担能力に応じた負担というものは否定はできませんが、少なくとも山際委員もおっしゃっていましたが、これによりサービスの利用控えが生じないよう、必要な介護サービスが過不足なく提供できる仕組みとしていただくことが何より重要であると考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員　私からは、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてのみ意見を述べさせていただきます。この件については、18ページと22ページに軽度者（要介護1及び2の者）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、現行の介護予防・日常生活支援総合事業に関する評価・分析や活性化に向けた取組等を行いつつ、市町村の意向や利用者の影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い結論を得るとされております。

ここで、例えば要介護1の認知症高齢者はどういう高齢者かということ、おおむね軽度認知症の人なのですけれども、こういう人たちは服薬管理、金銭管理、買物、交通機関の利用など、IADLに明らかに障害がある高齢者でございます。要介護2の認知症高齢者はおおむね中等度の認知症高齢者で、先ほどのIADLの障害に加えて、入浴、着替え、排泄、移動等の基本的ADLの一部に支障が現れている認知症高齢者です。一般に基本的ADLの障害に対しては介護保険給付サービスで対応すべきものでありますが、要介護1のIADLの障害に対しては給付サービスではカバーし切れないという観点から実際には家族に頼っているところがございますが、独り暮らしの認知症高齢者の方も増えてきていることもあって、家族でこれをカバーするのは不可能な状況であるということで日常生活支援という考え方が現れて、2014年にはそういった観点から日常生活支援をつくり出すための一連の事業が介護予防事業に加わってつくり出されたということがございます。

しかし、その後も介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防のみにフォーカスを当てられたものがほとんどでございましたので、この事業の中で軽度の認知症高齢者の自立生活を支える有効な生活支援サービスをつくり出そうという動きは極めて希薄であったことから、令和5年に介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会が設置されて、令和6年3月29日に介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針の全部を改正する新たな指針が発出されたところでございます。この指針は「総合事業は、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が、自立した日常生活を送ること」が目的であるとされまして、「基本的な考え方」の筆頭に「多様な生活支援の充実」という項目を掲げて、これをつくり出すための制度改正がいろいろなされたわけでございます。

しかしながら、私が知っている幾つかの市町村の状況を見ますと、先ほど山際委員も指摘されていましたが、以前の状況とほとんど変わっていないということがございまして、果たして軽度の認知症高齢者の自立生活を支えるための生活支援サービスを創出しようという動きが市町村にそもそもあるのかと。独り暮らしの軽度の認知症高齢者の自立生活を支えるための生活支援サービスが果たしてどの程度整備されているのかという観点から今日の総合事業の実態を評価することと、もし整備されていないならば、そのバリアは何かをきちんと分析する調査を行わなければならないだろうということでございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、オンライン参加の皆様からお願いします。

幸本委員、どうぞ。

○幸本委員　ありがとうございます。

資料の10ページに記載された給付と負担に関する論点は、その多くがこれまでも議論が重ねられてきた重要課題です。これらの課題については改革工程や改革実行プログラムで第10期介護保険事業計画期間の開始や今年度末までに結論を出すことが求められており、これ以上先送りすることができない状況にあると認識しております。残された時間は決して多くありません。現役世代の負担を抑制しつつ、介護保険制度の持続可能性を確保するためにも、スピード感を持って議論を行っていただくよう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。

染川委員、お願いします。

○染川委員　ありがとうございます。

能力に応じた負担については、以前の議論ではいわゆる総合課税の対象となる所得を捉えて判断する方向性でしたが、負担割合を引き上げる基準をその要素だけで判断すれば、介護を必要とする高齢者が過度に利用を抑制し、介護度が悪化するなどの悪影響が懸念されます。したがって、能力に応じた負担を判断する基準については、分離課税の対象となっている利子所得や配当所得などや金融資産の保有状況なども含めて総合的に判断することが必要だと思います。

論点の中には「現役世代の負担を軽減しつつ」と書かれていますが、介護従事者も現役世代です。全体的な負担軽減のために、月当たり8万円以上、年間で約100万円も賃金が低い現状を放置すれば、介護保険制度は人手不足により持続不可能となります。論点には書かれていませんが、持続可能性に影響する重要な要素ですから、単に人材確保というテーマで取扱いをするのではなく、持続可能性の確保の中で重点的に議論し、対策を検討していく必要があると思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

新田参考人、お願いします。

○新田参考人　ありがとうございます。

制度の持続可能性を高める観点から、給付の重点化や効率化を図るとともに、年齢に関係なく、能力に応じた負担の見直しを行うことは不可欠であると考えますが、低所得者については利用者負担の見直しがサービスの利用抑制につながることはないよう、十分に留意する必要があると考えております。

また、高齢化、人口減少が進む離島など、採算性の確保が困難な地域では、本県から本

部会で御説明させていただいたとおり、サービスの維持のため市町による大きな財政負担が生じております。過疎地域をはじめとした地方において、さらなる財政負担が生じることがないように、国・地方の負担の在り方も含め議論をお願いしたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員　全国老協の山田でございます。

18ページに記載されており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について意見させていただきます。

当会では、令和4年10月21日付で、関係7団体とともに、要介護1・2の訪問介護、通所介護を地域支援事業に移行することについて反対する要望書を老健局長宛てに提出いたしました。

1点目、要介護度1・2の方は、ADLが自立している要支援者と異なり、認知機能が低下し、排泄、着脱、洗身など介護給付サービスがなければ自立生活が困難な状態像にあり、もし移行すれば専門サービスが受けられず、自立を阻害し、重度化を招くおそれがあること、2点目、総合事業によるサービスの効果検証がないまま総合事業へ移行する議論は、時期尚早と言わざるを得ないというのがその理由であります。

高齢者ケアは地域包括ケアを基本に進められております。地域包括ケアでは、本人の残存能力を生かし、自立生活をサポートする自立支援が基本です。要介護度1・2での適切なケアは、在宅生活を継続するために必須です。このような見直しをすれば、専門性の乏しいケアで対応することになり、自立支援のケアを劣化させるのではないかという危惧があります。

先ほど来、皆さんからも御意見がありますように、特に認知症ケアにおいては早期の関わりが重要であることは誰もが認識していることであります。したがって、認知症ケアにおいても重大な機能低下を引き起こす可能性が高くなります。地域支援事業受託者に要介護度1・2の訪問介護、通所介護を行う力量は未知数にもかかわらず地域支援事業に移行すれば、在宅ケアの質・量を確実に低下させ、このバランスを崩し、長年築いてきた在宅ケアは著しく後退してしまうと考えます。

一方、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス提供者に目を転じますと、93ページに実施市町村の数の割合がありますが、これは令和2年3月時点とほぼ変わっておりません。また、94ページにある実施事業所数の推移もほぼ横ばいです。このまま移行すれば、サービスの質の低下、供給量不足を招くことが懸念されます。総合事業への移行を検討するに当たっては、地域包括ケアシステムの後退を招かないよう議論を重ね、慎重には慎重を期すべきと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

介護も含めた社会保障全般において、日本経済全体のバランスから見ると、現役世代の負担が重くなって、これが成長を阻害しているという大きな問題意識があります。また、制度の持続性確保の観点から、介護分野においては、22ページから示されているような、「ケアマネジメントに関する給付のあり方」、「軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方」、あるいは「2割負担の範囲の見直し」などの項目について、年内に何らかの結論を得るということになっているわけでございます。

当然のことながら社会保障制度でございますので、生活が破綻するとか、そういうことがあってはいけないのですけれども、今、申し上げたような項目について何ができるのか、よく議論すべきだと思います。もし全く難しいということであれば、それに代わって何をやらなくてはならないのかという代替策も考えていかなくては、全体の持続可能性は維持できないのではないかと思います。

加えて、昨今、負担を増やすことも給付を減らすことも非常に難しい世論になってきていますので、もう一度なぜこういった改革が必要なのかを分かりやすく丁寧に説明していくことに注力することがますます重要になってきているのではないかと思います。

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。

持続可能性の確保というお題目ではありますが、給付と負担の関係としては、受給者と被保険者の範囲を拡大する検討も中長期的な視点からは重要と考えます。介護は高齢者特有のニーズではないのにもかかわらず、被保険者でなければ介護給付を受けることができない状態を解消して、制度の普遍化を図るべきと考えます。

また、負担の面では、介護はサービスの利用期間が長期化する場合が多いですし、利用者の負担増に伴うサービスの利用控えによって重度化する懸念も考えられますので、現役世代の介護離職を防ぐ観点もしっかり考慮していくことが重要と考えます。

さらに、第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担の構成は人口比に応じて変化してはいるのですが、資料101ページに示されている40歳以上人口の推移を見れば、人口減少と超少子高齢化が急速に同時進行する期間に限っては、現行は公費が50%とされている財源の構成比率を見直して、公費投入を増やすことを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。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

持続可能性の確保について、これまでの経緯等をお示しいただきましたが、年齢に関わ

りなく能力に応じて負担をして支え合う全世代型社会保障の取組を進めて、介護保険制度の安定性、持続性を確保していくことが重要だと思っています。そのためには、給付と負担の不断の見直しは避けられない状況にあると考えています。

特に利用者負担の見直しについては、令和4年以降3回も見送りをされています。今年は部会としての見直しの方向性を示していくべきであり、年末まで時間も限られていますので、早急に議論を重ねて、見直しという方向で結論を得て確実に実施いただきたいと考えています。その際には、低所得者の方々に配慮しつつ、原則2割負担ということだけではなく、3割負担の判断基準の見直しも必要だと考えています。

このほか、長年懸案事項となっていますケアマネジメントに関する取扱いや軽度者への生活援助サービス等々、給付の在り方についても確実な検討と実施をお願いしたいと思います。

保険料負担については、既に現役世代は限界に達しています。また、現役世代は将来に向けて保険料負担の増加に不安を抱えています。保険料負担の抑制、負担軽減が実現できる見直しは不可欠であり、新たな公費負担の投入、あるいはより踏み込んだ給付と負担の見直し、さらには現役世代が負担する第2号保険料の在り方について、負担の上限を設定するなど、負担構造の見直しについても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。

多田参考人、お願いします。

○多田参考人　ありがとうございます。

資料の26ページに記載の給付と負担の議論に当たっては、丁寧な議論を行っていただきたいと存じます。今年の骨太の方針に記載されております2025年末までに結論を得るとされている給付と負担の議論につきましては、見直しに当たっての課題や影響を十分に調査・分析し、利用者や都市自治体等の意見を十分に踏まえた上で、丁寧な議論を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。

中島委員、お願いします。

○中島委員　町村会の中島でございます。

論点3について申し上げます。給付と負担につきましては、持続可能な介護保険制度とするため、1号保険料や一定以上所得の判断基準について検討するとともに、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費、利用者負担の適切な組合せにより、十分な介護保険サービスを受けることができるよう、将来を見据えた制度の確立が必要であると考えております。

次に、16ページに記載があり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について申し上げます。全国町村会では、従来より申し上げていることではありますが、要

介護１・２の方々は要支援の方々とは状態が大きく異なります。また、総合事業の実施状況も各自治体で一様ではありません。そのため、要介護１・２の方々の生活援助サービスを地域支援事業に移行することは難しいのではないかと考えております。

私からは以上です。

○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　よろしく願いいたします。

持続可能性の確保ということで、18ページにありますケアマネジメントに関する給付の在り方、これについてはケアマネジメントにおける役割や機能を鑑みて、利用者負担ということには反対をしております。この場合、利用者やケアマネジメントに与える影響、もし利用者負担をすることになった場合にどのような影響があるかについては、実際に実態調査などが行われているのかどうか、その辺はお聞きしたいところです。

もう一つ、軽度者で要介護１・２について総合事業の中に移行ということの内容ですけれども、実際に今までも御意見がありましたが、総合事業に対して現在ある要支援１・２の方へのサービスの提供状況について、これはなかなか自治体において進んでいかないというのが実態です。こうした現状についてどのぐらい調査がされているのか、どのような理由でなかなか進んでいかないのか、特にサービスＢのような住民参加型のタイプがなかなか展開できないのはなぜか、この辺はしっかり分析をしておかないといけないと考えます。そうした現状分析の結果が出た上で、さらにその結果が十分な高い評価を得られた後に、ようやく要介護１・２の方に対してもそれが可能かどうかということが考慮されるようになるのではないかと考えます。

それから、利用者の２割負担ですけれども、ここにアということで「一定の負担上限を設けずとも負担増に対応できると考えられる所得を有する利用者に限り２割負担」と書いてありますが、この負担増に対応できると考えられる所得を有するということの判断基準がどういうことになっているのか御説明いただければと思います。

その後、２割対象の幅を広げるということについて検討していくということですが、令和４年12月20日の介護保険部会でも、「高齢者の生活実態や２割負担になったときに生活にどのぐらいの影響がもたらされているかということについてはしっかり把握した上でこのことについては検討していく」という話になっていたと思います。現在、生活必需品、食費などを中心に物価が高騰しており人々の生活を直撃しています。そういった苦しい生活の中で実際に年金生活者がどのような暮らしをしているのかという実態の調査もさらにしっかりした上で、これが議論されなければいけない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。

申し訳ございません。事務局への質問があったかと思うのですが、もう一度どの点が質問か述べていただけますとありがたいのですが。

○石田委員 まず、ケアマネジメントに関して、これを実際に有料化していくかどうかということに関して、どのぐらいの影響があるのかの実態の調査が行われているのかどうかということ。

次に、総合事業において現在要支援１・２の方へのサービスが提供されているわけですが、これが実際はなかなか進んでいかない理由は何かについての調査がちゃんと行われているかどうかということ。

それから、２割負担の方の範囲をもし広げることがある場合に、現状の物価高騰の中で高齢者の生活実態はどのぐらい調査されているのかどうか。

その辺をしっかりといただいた上でないこういった検討はなかなか難しいとも思いますので、ぜひその辺、実際のところの調査について教えていただければと思います。

○菊池部会長 今日お答えできる範囲で、いかがでしょうか。

○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つ目のケアマネの関係でありますけれども、有料化の影響の実態とはどのような調査を想定されているのかにもよるのだろーと思いますけれども、我々の承知しているところでは、有料化をすることについての考え方について、ケアマネ協会さんでアンケートでお調べした、そういった調査はあるということで承知をしております。

それから、総合事業の関係でございますけれども、これは石田委員にも加わっていただきました総合事業の充実に向けた検討会ということで、総合事業は多様な主体を含めて活用するというところでうたっているわけでありまして、なかなかそうした現状が広がっていないという課題を踏まえて、一昨年でありますけれども、検討会を開催いたしまして、いろいろ制度的に使いづらい部分があるという課題がございました。補助金の仕組み、委託の仕組みなど、結構複雑になっている部分があって、現場で十分活用いただけない、そういった課題があるということであります。そうしたことを踏まえて、昨年でありますけれども、総合事業の実施の要綱等を大幅に改正したということであります。

それを受けて、現状どのような状況にあるのかについては、本日は給付の負担の関係のテーマでありますけれども、総合事業も次の制度改正に向けた大きな検討事項になっておりますので、総合事業の充実について本部会で御議論いただくときに、今の総合事業の状況はどうかも含めて少しデータをお出しできるように準備をしていきたいと考えております。

○西澤介護保険計画課長 御質問いただきました一定の負担上限額を設けずとも負担増に対応できるというところですが、これは検討の考え方でもございまして、具体的に今、この線というものがあるわけではございません。この19ページの（い）のアとイの対比で、イは一定の上限を設けるといったことで、オプションを書いているという整理で、こういったいろいろな対応を幅広く今後検討していただく必要があるのかと思っております。

あと、高齢者の生活の実態ということですが、まさにいろいろなデータを入手可

能な範囲で使いながら御議論いただくのかと思っております。

○菊池部会長 現時点でのお答えとしては、このようなことでございます。

○石田委員 ありがとうございます。

ケアマネジメントに関しては、ぜひとも利用者側の意見などもまた調べていただければと思いますので、よろしくお願いします。

○菊池部会長 それでは、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した。

御案内のとおり、この1年で社会保障を含めて負担をめぐる世論が大きく変わっているのですね。むしろ今は負担を下げろという話になっているわけで、特に現役世代の現行の負担に対する不満は非常に高まっているわけです。世の中は今、所得税の減税というところで総裁選を争っていますけれども、本丸は社会保険料のほうだと思います。そういう点においても、現役の方々が支え切れる制度にしておかなくてはいけないというのは、これは別に介護に限らず社会保障の置かれている現状かと思えます。

そうであればこそ、物価高は決して高齢者だけに直撃するわけではなくて、若い人たちの実質賃金は実際に下がっているわけなので、これは若い人たちの生活を苦しめるものでもあります。そうであればこそ、全世代型社会保障構築会議でも言われているとおり、年齢ではなくて能力に応じてちゃんと負担を適切にいただくことが本来の筋だと思いますし、医療の世界でよく言いますが、大きなリスクと小さなリスク、認知症を含めた大きなリスクは共助でしっかりと保険で支える、小さなリスクについてはできるだけ自助を求めていく、そのめり張りも求められてくるかと思えます。

ただ、技術的に難しいのは、高齢者の方々の負担能力はどうやってはかるのだというときに、現役並み所得という所得だけで見ていいと言われると、そこは何人かの委員から御指摘のとおり、金融所得がカウントされていないケース、金融資産が把握されていないケースがありますので、こちらをちゃんと整えないと正しい公平な能力に応じた負担にはならないかと思えます。

もう一つ、細かいのですが、現役並み所得とよく言うのですが、あれは公的年金等控除を引いた後なので、特に公的年金等控除は給与所得控除に比べても手厚いものですから、実際的には現役並みでも結構な収入になってしまっているのですね。ですから、この辺りのはかり方を、いわゆる本当の現役と平仄が合っているのかどうかということ、ここも併せて負担能力を考える上では評価していかななくてはいけないかと。

あと、2割、3割をどこで切るのだというところ、これは医療制度との整合性を担保する必要があるかと思えます。

私からは以上です。

○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。

10ページの被保険者範囲と受給者範囲のところの一番下の第2号被保険者の対象年齢を引き下げることに対しての検討というところですが、引き下げるとことは財源の確保の点ということと、もう一つは40歳未満でも介護が必要な方がいる。実際にリハビリなどをやっておりますと、10代、20代の介護が必要になる方はおります。そういう方の御両親は若い人たちなので、財政的にすごく苦慮している。全体的なことをいうと制度の普遍化、介護保険は高齢者のものだけではないということを考えると、能力別というところがいいのではないかと思います。

さらに、いろいろ制度が混在して大変かもしれませんが、介護保険と医療保険との兼ね合い、それから介護保険と障害者保険、障害福祉サービスとの兼ね合い、どちらを優先するか。両方のときには大体が介護保険優先になっているので、そういう制度のところ、大きな話になってしまうのですけれども、そこも考えていかななくてはいけないところではないかと思いました。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

最後の点は7月ですかね。最高裁判決が障害者総合支援法7条との関係で出たばかりということで、ただ差戻しなので、まだ結論は出ていないところでございます。

それでは、津下委員、お願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

これからのことを考えたときに、軽度者への生活援助サービス等における総合事業への拡充ということはどうするかということで、分析と包括的な検討ということが入っております。参考資料になりますけれども、96ページに総合事業の充実ということで、地域の多様な関係者、市町村はもちろんですけれども、介護事業者と多世代、企業も含めていろいろな方々が総合力を発揮するというイメージ図もあるのですけれども、多くの介護事業関係者からは地域支援事業では支えられないというコメントもありました。

そういう中で、総合事業を育てるというか、そこにおける介護事業者の知識や技術やノウハウ、これをどういうところは地域住民などいろいろな方々に移転しつつ、マンパワーの確保や足りないところを補えるのか。それが駄目だからということだけではなく、何ができるかをしっかりと議論をしていくことが必要と思います。98ページにありますように、現在ざっくりと総合事業と言っているものを一度整理した上で、介護事業者、ケアマネなどの介護の専門職が後ろで支える仕組みも含めて、総合事業の拡充の可能性はないのか。誰もが住みやすく、やりがいがあり、そして負担もどんどん増えていかない社会の構築につなげる建設的な議論をこれからも期待し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。

応能負担は前提として申し上げますけれども、現状、約半数の介護事業所が赤字であって、介護従事者の処遇の低さから他産業への流出を来しており、利用者負担、被保険者の保険料負担も厳しいものとなっています。すなわち、介護保険制度にきしみを生じており、制度自体が揺らいでいる状況であります。したがって、制度の持続の観点からは、公費を含む新たな財源の投入は避けられないものと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

ほかには御発言を希望の方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいですか。

2つ目のテーマにつきましても多くの御意見、御発言をいただきまして、ありがとうございました。

議題1については以上といたしますが、事務局におかれましては、本日いただいた御意見等を踏まえて、引き続きこの先の議論に向けた御準備をお願いいたします。

続きまして、議題2「その他」の「(1) 令和7年度税制改正に伴う介護保険制度の対応」に移らせていただきます。

資料の御説明をお願いします。

○西澤介護保険計画課長　介護保険計画課長でございます。

資料2でございます。

まず、ページ番号2、3枚目になりますけれども、令和7年度の税制改正におきまして、住民税の給与所得控除の最低保障額が、この図の左にありますとおり、55万円から65万円に上がるということになります。給与所得控除の額は住民税の均等割の数えベースとなります合計所得額に影響いたします。

1ページ戻っていただいて、介護保険制度ですけれども、こういった課税か非課税かや合計所得金額で保険料の段階を設定しております。まさに今は計画期間3年間の令和6年から8年度の間でございますけれども、中途の8年度の保険料に意図せざる収入不足が生じる可能性がございます。こういった影響を防ぐために、令和8年度の1号保険料に限りまして、給与所得控除の見直しの影響を遮断して、合計所得金額等が変わらない場合については令和7年度と同じ保険料にするという対応をしたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、御発言がございましたらお願いいたします。まず会場でいかがでしょうか。特にございませんか。

オンラインからいかがでしょうか。特にございませんか。

それでは、本件につきましては、事務局の提案どおり進めていただくということでよろしいでしょうか。

(委員首肯)

○菊池部会長　特に御異議ございませんようですので、そのように進めさせていただきます。

す。

本日の議題は以上でございますが、皆様から何か追加での御発言等ございましたらお願いしたいと思います。いかがでしょう。特によろしいですかね。

ございませんようですので、それでは、本日の審議はここまでとさせていただきます。少し予定より早いのですが、最初から2時間を設定して時間を気にしながらやるよりは、このほうがじっくり御議論いただけるかと私としては思っております。

最後に、次回の日程について、事務局からお願いいたします。

○村中企画官 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。

大変お忙しい中、どうもありがとうございました。