

○村中企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第127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芦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。

本日の委員の出席状況ですが、井上委員、大石委員、佐藤委員、中島委員、山本委員より欠席の御連絡をいただいております。

また、御欠席の井上委員の代理として一般社団法人日本経済団体連合会経済政策本部長の清家武彦参考人、大石委員の代理として長崎県福祉保健部長の新田惇一参考人、山本委員の代理として公益社団法人日本看護協会常任理事の田母神裕美参考人の御出席について御連絡いただいております。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。

なお、新田参考人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。

それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局より確認をお願いいたします。

○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、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、時間が到来いた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。

事務局からは以上になります。

(カメラ退室)

○菊池部会長 それでは、議事に入らせていただきます。

本日は、議事次第のとおり3つの議題を予定してございます。少しボリュームがございしますので、皆様の進行への御協力をお願い申し上げます。議題ごとに、順に説明と御議論をいただきたいと思っております。

それでは、まず、議題1「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営改善支援等」につきまして、事務局から御説明をお願いします。

○濱本高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。資料1について御説明申し上げます。

まず、2ページを御覧ください。

介護人材の確保策についてでございますけれども、2040検討会の取りまとめを踏まえまして、福祉部会福祉人材確保専門委員会において議論がなされているところでございます。

3ページでございます。

10月20日に開催されました同専門委員会の資料を示しておりますけれども、人材確保のためのプラットフォーム機能の在り方を議題としております。

論点のところでございますけれども、こうしたプラットフォームの仕組みを構築するに当たり、設置主体として都道府県が考えられるのではないかと。また、役割・機能として、人材確保・定着、職場環境の改善等、地域ごとの個別課題に応じた取組を行うこと。また、対象区域や構成メンバーなど、枠組みの在り方について御議論いただいているところでございます。

4ページ、5ページは、これを図示したもの、あるいは表にまとめたものでございます。

6ページをお願いいたします。

職場環境改善・生産性向上・経営改善支援等の推進に関する論点でございますけれども、まず、現状と課題としまして、介護人材の確保が喫緊の課題となる中、処遇改善をはじめ、職場環境改善に資する生産性向上の推進、魅力の向上、経営改善に向けた支援などにつきまして、関係者が連携し、一体的に推進していくことが重要でございます。また、その前提としては、地域の状況の分析や対策の基本的な考え方を国において示した上で、精緻な人材推計を地域ごとに行うなどデータに基づき対策を行っていくことが必要です。

2040検討会の取りまとめ、あるいは「省力化投資促進プラン」におきましては、テクノ

ロジー活用やタスクシフトなどを通じた介護サービスの質の向上、人材の確保・定着の推進や、業務効率化の目標に向けた支援策を掲げておりまして、2029年度までの5年間で集中的な支援を実施してまいることとしております。

続いて、7ページでございます。

これまでの取組についてですけれども、平成27年以降、基金や補正予算において、介護テクノロジーの導入支援などを行うとともに、平成30年度には「介護現場革新会議」において「人材不足の時代に対応したマネジメントモデルの構築」「ロボット・センサー、ICTの活用」「介護業界のイメージ改善と人材確保・定着促進」を基本方針として取りまとめ、取組を進めてまいりました。さらに、直近の令和6年度介護報酬改定におきましては、介護テクノロジーやいわゆる介護助手の活用等による継続的な業務改善の実施を評価する加算を新設したところです。

また、令和5年の介護保険法改正におきましては、各都道府県の介護現場の生産性向上に資する取組の促進に係る努力義務を新設し、生産性向上に関する事項を介護保険事業支援計画の任意記載事項としました。これを踏まえ、各都道府県において「介護現場革新会議」や「介護生産性向上総合相談センター」の設置が進められております。

8ページでございます。

こうしたこれまでの取組におきまして、令和6年度時点の介護テクノロジー等の導入割合は、施設系で約6割、居宅系で約3割となり、施設系が先行しているものの、居宅サービスにおいても、ケアプランデータ連携システムの活用など、好事例が見られているところです。小規模事業者などによる居宅サービス等への支援も含め、事業者の規模ですとかサービス類型などに応じた支援を行っていく必要がございます。

都道府県レベルの取組についてでございますけれども、総合相談センターでの支援内容ですとかテクノロジー導入補助金の執行状況にはばらつきもある状況でございます。テクノロジー定着のための伴走支援や、居宅サービスに対する相談支援など、事業者のニーズに応じた支援が受けられる体制づくりが必要となっております。

9ページでございます。

介護生産性向上総合相談センターでは経営に関する御相談も受け付け、よろず支援拠点といった経営支援機関につなぐといった支援がなされています。また、地域に根差したサービス提供を介護事業者の皆様が行うことが重要ですが、その上で、個々の事業者では経営課題の解決が難しい場合にも、他事業者との協働化ですとか、経営の多角化といった大規模化などにより解決が図られるケースもございます。まずは、介護事業者間の協働化を進めていくことが有効で、例えば報酬請求ですとか記録・書類作成事務といったバックオフィス業務の効率化などを進めていく必要があります。

協働化・大規模化等による経営改善につきましては「デジタル行財政改革 取りまとめ2024」を踏まえ、取りまとめた政策パッケージに沿いまして、取組例の作成・周知、あるいは事業者が協働して行う職場環境改善への支援などを実施しています。ただ現状、支援

の実施は12都道府県にとどまっていることから、より事業者のニーズに即した支援が求められているところです。

続いて、10ページでございます。

職場環境改善に向けてはハラスメント対応の取組も重要です。介護分野では、これまで、労働法制の規定を踏まえつつ、運営基準などに係る省令において、いわゆるセクハラ・パワハラに係る対策を義務づけるといった取組を行っています。さらに、本年6月に成立した改正労働施策総合推進法では、カスタマーハラスメントの防止のため、雇用管理上必要な措置を事業主に義務づけることとされており、こうした動向を踏まえた取組も行っていく必要があります。

また、技術面での開発企業への支援としては、令和7年度に介護スタートアップ支援事業（CARISO）を立ち上げたところでありまして、今後、さらに取組を充実させていく必要があります。また、科学的介護情報システム（LIFE）につきましても、令和3年度にLIFE関連加算を導入しましたが、加算の対象サービスの事業所による届出は、施設サービス約70%、通所・居宅サービスが約40%にとどまっていることから、科学的介護をさらに推進していく必要があると考えております。

以上のことを踏まえまして、11ページに論点に対する考え方（検討の方向性）を記載しております。

1つ目の○、人材確保・生産性向上・職場環境改善等については、国や都道府県、介護事業者等が果たすべき役割を制度上も明確化し、機能強化を図るべきではないか。

また、2つ目と3つ目の○ですけれども、都道府県の「介護現場革新会議」や「介護生産性向上総合相談センター」の仕組みを発展させる中で、関係者との連携の枠組みを構築することを考えていくべきではないか。その際、地域の実情に応じた経営課題を調査するとともに、モデル的に実証した上で支援に向けた枠組みを段階的に構築していくべきではないかとしております。

また、4つ目の○、都道府県の取組について、介護保険事業支援計画での位置づけを明確化するなど、関係者が議論し、必要な対策を講じていくべきではないか。その際「介護現場革新会議」で地域の目標を設定し関係者の理解を醸成するべきではないか。

5つ目と6つ目でございますけれども、カスハラ対応についても全介護事業者に対して義務づけを行うとともに、対応マニュアルの見直しや周知の徹底など、所要の措置を講ずることが考えられるかどうか。また、国には科学的介護を推進していく役割があることを明確化することが考えられるのではないかと挙げております。

7つ目ですけれども、タスクシェア/タスクシフトについては、引き続き、いわゆる介護助手等の介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減の効果について検証していくとともに、普及を推進していくべきではないか。

最後、8つ目の○でございますけれども、国・都道府県においては、事業所の負担に配慮しながら、テクノロジー等のさらなる活用を支援していくべきではないか。また、居宅

サービス等も含め、伴走支援などの機能強化を図っていく必要があるのではないかと併せて、職場環境改善・生産性向上に取り組む介護事業者について、介護給付費分科会において議論いただき、適切に報酬上も評価していくべきではないかとの考え方を提示させていただいております。

説明は以上でございます。よろしくお願い申し上げます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様から御発言をお願いいたします。

いつものように、会場の方には挙手をお願いいたします。オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

先ほど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。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、御協力をお願いいたします。

まず、オンライン参加の大西委員が、本日、途中退席の御予定ということで、よろしければ最初に御発言いただければと存じます。この後の議題2、議題3に係る御意見等でも結構ですので、よろしくお願いいたします。

○大西委員 ありがとうございます。高松市長の大西でございます。全国市長会を代表いたしまして、2点について意見を述べさせていただきたいと思っております。

また、恐縮ですが、今、お話がございましたように、議題2あるいは議題3に係る点についてお話をさせていただきたいと思えます。どうしても中座しなければなりませんので、お許しいただきたいと存じます。

まず1点目でございますけれども、ケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しについてという中で、法定研修の受講料について、その減額が図れるように必要な措置をぜひともお願いしたいというものでございます。全国市長会では、ケアマネジャーの確保・定着が難しいということが、今、一番大きな課題として挙がっておるところでございます。これまでも資格取得要件あるいは更新・研修の見直しについて要望してきたところでございますが、今回、議題2のほうで示されております検討の方向性につきましてはケアマネジャーの確保に資するのではないかと期待をいたしておるところでございます。

その中でも分析されておりますが、現状と課題の中で、法定研修の負担について受講料が高額であるということが挙げられております。全国市長会にも、この受講料の減額・補助を求める声が多く寄せられておるところでございます。法定研修の費用につきましては、地域医療介護総合確保基金の活用が可能とされておりますけれども、この基金につきましては、令和2年度以降、年々減額されております。また、その活用状況は都道府県によってばらばらでございまして、地域によっては十分な受講料の減額が行えずに、本市もやっておるところでございますが、市区町村が単独事業として助成を行っているような例も存在しておるということでございます。法定研修に係る見直しと並行して、この総合確保基金の充実を図るとともに、多くのケアマネジャーが負担と感じている受講料の軽減に向け

た活用ができるよう検討していただくということで必要な措置を講じていただきたいと思います。っております。

もう一点は、これは議題3になりますけれども、軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方についてでございます。これにつきまして、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、総合事業の方に移行するという議論が出されておりますけれども、総合事業の整備が進んでいない自治体も多々ございますので、これにつきましては拙速に結論を出すということは避け、慎重な検討をお願いしたいということでございます。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋におきまして、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、第10期計画期間までに結論を出すとされているところでございますが、地方自治体といたしましては、総合事業の充実に努めてはいますものの、事業に必要な地域資源にはかなり限界があるということで、受け皿となるはずの総合事業の整備がまだまだ進んでいない自治体が多々ございます。その辺にも十分考慮していただいた上で、拙速に結論を出すことのないよう慎重な検討をお願いしたいということでございます。この2点について、よろしくお願いいたしたいと存じます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、会場の皆様から議題1に関して御意見を募りたいと思います。いかがでしょうか。

全員の皆様ですね。それでは、平山委員から順番にお願いします。

○平山委員　ありがとうございます。連合の平山です。私のほうから論点の5つ目の部分、カスハラについて、まずコメントさせていただきたいと思います。

まず、カスタマーハラスメントへの対応を義務化することについてはもちろん異論はございません。介護サービス利用者には介護を受ける権利がありますけれども、労働者にも安全に働く権利があります。事業者は、介護職員がカスハラによって心身に不調を来したり離職したりすることのないよう、しっかりとした対策を講じるべきと考えております。

介護労働者に対する利用者やその家族からのハラスメントを防止するためにも、訪問介護の2人派遣加算の要件緩和など、労働環境の改善を通じた離職防止策を講じることも必要と考えています。今、ハラスメントに対する介護報酬や法律上の整備は進んでいるところですので、今後はその実効性の確保と関係者へのさらなる周知徹底が重要と考えております。特に小規模事業者に対しては、今後、マニュアルの作成や研修の実施など、そういったものの支援について充実させていく必要があると考えております。

あと、8個目の論点についてです。介護分野におけるテクノロジーの推進についてですけれども、こちらについてもテクノロジーの推進は不可欠であり、国や都道府県による財政的な支援や技術的支援を講じていく必要があると考えております。

一方、テクノロジーの活用による職場環境改善・生産性向上への取組が報酬上評価され

加算されることはよいと考えますが、報酬上の人員配置基準の柔軟化や緩和であれば、かえって現場の負担増につながるおそれがあると考えております。現場で働く労働者にしわ寄せが行くことがないように、慎重に検討する必要があると考えております。

以上となります。失礼しました。

○菊池部会長 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。

資料の9ページで、経営改善の支援策について示されています。経営改善や生産性の向上についての伴走支援に当たっては専門家が伴走支援をするというスキームが示されていますが、それ自身は非常にいいことだと思いますが、必ずしもこの専門家の中で介護事業について理解をしている人が必ずしも多くないのではないかと考えております。伴走型の経営支援のやはり効果を上げていくためにも、伴走支援に当たる専門家の方々に対して介護保険制度やその事業に関する理解を広げていくような取組を併せて実施していく必要があるだろうと考えています。

それから、ハローワークの機能強化が必要だと思っています。やはり介護業界はハローワークからのつながりということが非常に他の産業と比べて低いという実態がありますので、マッチング機能の強化。こうしたことをやりながら、ハローワークの機能強化につなげていくということが必要だろうと思っています。また、先ほども御発言がありましたとおり、地域医療介護総合確保基金、そういう意味では各自治体によってかなり執行状況についてばらつきがあるということと、都道府県によっては多くの積み残しがあるという状況です。この介護人材のプラットフォームや各種施策を推進するために、こうした基金を積極的に活用すべきだと考えております。ぜひ国から、今もかなり働きかけが行われていると思いますが、さらなる強化を進め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 ありがとうございます。

和田委員、お願いします。

○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と申します。介護の担い手となる生産年齢人口が減少する中で、将来にわたり必要な介護サービスを安心して受けられるよう、介護人材の確保は喫緊の課題であり、介護現場で働く方々の環境改善を私たちも心から願っています。特に職場環境改善に向けたハラスメント対応の取組の強化、とりわけカスタマーハラスメントへの対応の義務づけの方向性について御意見申し上げます。

11ページ、論点に対する考え方の5番目の○にカスタマーハラスメントの対応について義務づけを行うと書かれています。介護保険制度におけるサービス利用者の多くは認知症や精神疾患を抱えています。そのため、介護保険の利用者は買い物や乗り物の利用といった一般的な消費者としてのカスタマーとは違うと思います。病気や障害の特性により、言葉や判断が難しい、あるいは大声を出してしまったり、大声でどなったり、物を投げつけ

るといった、やむにやまれず行動に出てしまう場合があることを分かっていただきたい。これらの行動は、介護労働者だけでなく家族も大変苦勞されています。これらをハラスメントとみなすかどうかの判断においては、介護を必要とする本人の病気や障害の特性をしっかりと考慮することが大前提であると考えます。

また、家族などの介護者もカスタマーだと捉えるならば、家族は日々の介護による疲弊や、複雑な制度が理解できないストレスから、ケアマネやヘルパー、介護職員などの身近な支援者に怒りや不安をぶつけてしまうようなケースもあります。こうした事例が困難事例ですとかクレーマー家族などと決めつけられてしまうということは私たち家族にとっては大変悲しいことです。もしカスタマーハラスメントと一方的に判断され、サービスを拒否されてしまったり、契約解除の要因とされるということになれば、要介護本人や家族が必要以上に萎縮してしまい、必要なサービスを受けられなくなるというような大きな懸念材料となります。

介護の現場で働く人々は、認知症や精神疾患を抱えた人々を支援する専門職です。つきましては、カスタマーハラスメントの対応マニュアルを作成する際には、介護が必要な人の特性に最大限配慮した内容とし、介護労働者の専門性に立脚した適切な判断がなされるよう、関係機関への周知を徹底していただくということを強く希望いたします。私たち本人と家族は、認知症や精神疾患をめぐる様々な困難を事業所の皆さんと共に解決していくことを願っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、こちらサイドで、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 ありがとうございます。

職場環境改善・生産性向上・経営改善支援、それから、人材確保につきましては、これまでも様々な取組が行われており、そして、今回もこの部会で大変重要な論点と考え方が示されているわけではありますが、しかし、これを具体化させていくためには、実現可能で分かりやすい総合的な政策パッケージを見える化させていくという取組が必ず必要だろうということです。実は先日、ある離島を訪問しまして、そこの保健福祉課の課長からお話を聞きましたが、その離島では保健福祉全体の人材不足とともに、そもそも、役場の職員も不足していて、県から経由していろいろな、小さな字で書かれたパワーポイントの資料を送られてくるのですが、じっくり読んで理解する時間もないのだというようなお話でございました。それでも、その島では、それなりに人材不足とかサービスの維持に向けていろいろ創意工夫はされておりました。

そういうことで、そこで感じたことなのですが、例えば資料1の4ページに比較的分かりやすいポンチ絵がありますが、第1に、国や都道府県においては、分かりやすい政策パッケージを市町村及び事業所に分かりやすく伝える取組をぜひ行っていただきたい。そして第2に、そのような政策パッケージに示される事業については、事業を行うこと自体が

目的化されないようにすること。特にハラスメント対応などが目的化されることはよくあるのですが、事業を行うこと自体がされないように、そこに示される事業を市町村が主体的に取捨選択して活用しながら、現在の創意工夫を発展させることができるように、アウトカムに方向づけられた支援を行うこと、つまり、ケアの質でありますとか、あるいはサービスの利用者とか、介護従事者のウェルビーイングでありますとか、生きがいでありますとか、満足度でありますとか、そういうアウトカムにつながるような支援を行う必要があるであろうということです。

そして、そのためには、この部会でも既に意見が出されておりますが、アウトカムをどのようにして評価するかということをはっきりと示しつつ、市町村及び現場レベルでPDCAを回転させることができるように伴走的な支援が必要であります。先ほど山際委員がおっしゃったように、この伴走的支援をするにはそれなりの知識が必要でございますので、例えば人材育成に関わる機関等がそういう知識・技能を身につけて、継続的にそういった支援を実施できるような仕組みをつくる必要があるのではないかと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。論点に合わせて幾つか御意見を申し上げます。

まず、人材確保のためのプラットフォームにつきましては、何よりも実際に機能する仕組みとしていただくことが重要と考えます。その上で、プラットフォーム機能の中で、職能団体を含む関係団体と都道府県の福祉人材センターの関係が強化されることを期待いたします。

次に、デジタル中核人材等についてですが、私どもは、介護事業所内でデジタル化を中核的に推進する人材の養成研修のお手伝いをしております。伴走支援に当たっては、これらの人材に加え、ICTスキルを有する人材を確保していくことも必要であり、介護事業所内でデジタル化を中核的に推進する人材を、生産性向上委員会の中核的な役割を担う人材として位置づけ、報酬上も評価する仕組みが必要ではないかと考えます。

次に、介護事業所間の協働化や連携を進めていくことが有効でございます。例えば報酬の請求や記録・書類作成の事務といったバックオフィスの業務など、間接業務の効率化を進めていく必要があると考えます。特に地域の小規模な事業所によるモデル的な取組というものを行った上で、横展開する等の対応が必要ではないかと考えます。

そして、改正労働施策。先ほど御説明ありましたが、総合推進法では、カスタマーハラスメントの防止のために、雇用管理上、必要な措置を事業主に義務づけることとされております。こうした動向を踏まえた取組を行う必要があると思います。以前、和田委員の発言にもありましたように、利用者に特有の症状や介護労働者の専門性に立脚した判断が必要であります。このことを踏まえたマニュアルの見直し等の対応が必要であるのではない

でしょうか。

そして、介護現場でのケアの質の向上に向けて、科学的根拠に基づく科学的介護をさらに推進していく必要があります。介護現場では、LIFEのデータをどのように活用するかについて分かる仕組みが必要であります。その上で、それが困難なのであれば、どうして困難であるか等も含めた検討が必要ではないかと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。私のほうからは論点全体的なところでお話をさせていただきたいと思います。

人材確保のためのプラットフォームにつきましては、今後、人口減少地域について、特に市町村・圏域を超えた連携が必要となることから、設置主体を都道府県として、2層を地域の実情に応じて、市町村など、狭い単位に設置しながら、関係者との連携の枠組みを構築していくことについてはおおむね賛成いたします。

介護現場において、介護福祉士は対象の生活援助だけではなく、健康や精神的な支援、また、その家族の支えとなる重要な役割を果たしていただいております。今後、地域の実情により、一体的な支援の検討がされる状況において、介護福祉士は施設と在宅両方でのケアが実施できるスキルや、特定行為ができるスキルなど、多様なスキルが求められることが想定されます。また、介護ロボット等の活用により、業務の負担軽減につながることは期待するところではございますが、必要性に応じた業務のすみ分けや進化するテクノロジーにその都度対応する能力も必要になってくると考えられます。

また今後、介護人材の確保のために外国人の養成は必要ではありますが、言語や日本文化の理解なども併せた技能の習得と介護の質の担保を図る必要性があります。現場にいる介護職員の皆様の中には、人材不足により、研修を受ける時間が取れないというお話も聞かれます。人材確保につきましては、一定の介護の質が担保されることを基本として取り組んでいただきたいと思います。

また、ケアマネジャーは、資格取得には5年の経験が必要であること、さらに、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員が配置基準であることから、先を見込んだ人材確保を検討する必要性があります。地域に必要な見込みの把握とともに、資格習得に向けての広報も併せて取り組んで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。

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、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。

地域における介護サービスを維持していくためには、事業者が持続的にサービスを提供

できる環境を整備することが重要であり、地域の実情に応じた連携強化はその有効な支援の一つです。各都道府県に設置が進む介護生産性向上総合相談センターは、伴走支援などを通じて、事業者の生産性向上を後押しする重要な役割を担っており、既に好事例も集積されつつあると認識しております。もとより、地域の経営支援機関として、商工会議所との連携も有効と思います。多くの事業者がこれらのサービスを活用し、生産性向上の裾野が広がるよう、国としても積極的な周知・広報や支援をお願いいたします。

また、介護分野における人手不足は既に深刻な状況ですが、今後の生産年齢人口の減少などを踏まえると、さらなる深刻化が危惧されます。介護サービスの持続可能性を確保するためには、事業者間の協働化・大規模化などによる経営改善や現場の負担軽減、生産性向上は不可欠の取組と考えます。これらの推進に向けて、国や都道府県がより主体的な役割を果たしていただくことをお願いいたします。

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。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。日本介護クラフトユニオンの染川でございます。よろしくをお願いします。

検討の方向性としてお示しいただいた項目の中に、いわゆるカスハラ防止法の成立を受けた対応が挙げられていますが、介護事業者に対するカスハラ対応の義務づけは、対策法の目的からすると、当然に必要な措置だと考えます。また、介護現場では日常的に介護職員が負傷する事案は頻発していますし、命を奪われるような事案も発生していることから、訪問系サービス、居住系サービスを問わず、介護職員に危害が及ぶことが予見される際の対応について、現在のマニュアル・手引の見直しに加え、臨時に介護職員を増員して複数人による介護を行う必要がある際や、施設等において人員体制を強化する必要がある際の人件費増加分の事業者への支援等について、訪問系サービスでは一部の自治体が既に実施しているところですが、国として標準化することを検討していただきたいと思います。

それから、今回は論点として示されていませんが、介護職員数の増加を目指すべきところ、直近の介護職員数は減少に転じている中で、その要因が他産業が大幅に賃金改善を進める中で、介護従事者の処遇改善が十分ではないことで、賃金の格差が拡大、他産業への人材流出が起きていることは容易に想像できることです。実際、私どもで今年3～5月に実施しましたアンケート、5,982人が回答してくださいましたが、この就業意識実態調査において、労働条件がよくなるなら転職したいと考えていますかとの問いに対して、介護業界ではない他社や、業界に関係なく他社に転職したいと考えていると答えた介護従事者は、月給制で29.1%、時給制で20.6%に上っています。今の格差拡大傾向が続けば介護現場が崩壊することを示唆する調査結果だと受け止めています。人材確保のために最も重要な介護従事者の処遇改善について、あるべき水準を明確にするとともに、その実現に向けて早急に議論を進めていただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員　よろしくお願いいたします。

人材確保ということで、都道府県が設置主体となって、事務局機能を人材福祉センターが担うというような人材確保のためのプラットフォームの構築という御提案については反対するものではありません。しかし、現在、既に介護分野で派遣人材の募集が盛んにおこなわれており、例えば隙間バイトと言われている、1～2時間だけ働くという働き方で介護分野でも募集があるというような、民間のいろいろな人材募集が数多くあります。そういったことも踏まえて、できるだけ迅速に対応していただきたいと思いますし、人材確保のみならず、その定着を目指す募集を考えていただきたいと思います。

もう一方で、職場環境改善・生産性向上というところには必ず介護テクノロジーの推進が出てくるのですが、現在、報告にありましたように、令和6年度の時点でも介護テクノロジー導入割合が、施設系で6割、居宅サービスではまだ3割という実態で、まだまだ実際、現場では進んでいないということです。

そういった現状を踏まえると、11ページにある論点で検討の方向性とされる「職場環境改善・生産性向上に取り組む介護事業者について、テクノロジー等の実証を十分に行った上」という言葉はありますが、しかし、「介護給付費分科会において評価して、適切に報酬上も評価していく」という点については、まだまだ現状が伴っていないと思っております。もう少し慎重に現状調査を行い、小規模事業者を含めた全体の介護テクノロジーの普及状況を確認してから話ではないかと思っております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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させていただいております。議題1につきまして、1点意見を申し上げます。

介護人材の確保や職場環境の改善、生産性向上や経営改善については、特に小規模な事業所を中心に、単独では解決することが難しい課題であるため、地域の介護事業者が協働したり、都道府県、市町村、福祉人材センター、ハローワーク、介護労働安定センターなどの公的機関が連携して改善に取り組むことが必要であると認識しております。また、資料にも記載のとおり、今後はこれらの関係者が集まる「介護現場革新会議」の仕組みをさらに発展させ、地域ごとに具体的な目標を設定しながら、連携体制を一層強化していくことが必要であると考えております。

本県における現在の取組といたしましては、離島や中山間地域など、事情の異なる県内の8つの老人福祉圏域ごとに人材確保協議会を設置し、地域の介護事業者や公的機関など

が集まり、地域課題について協議を行い、例えばノーリフティングケアに取り組んだり、移住希望者向けに、離島の施設見学ツアーを企画するなど、圏域単位で関係者が協力して介護人材確保や職場環境改善などに取り組んでおります。国におかれましては、こうした活動が各都道府県でより一層推進されるよう、先進事例の共有や事業に必要な財源の確保など、引き続き、御配慮と御支援を賜り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。

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。それぞれの論点ごとに発言させていただきますので、よろしくお願いいたします。

11ページについてでございますが、介護人材確保は急務であって、都道府県にある現行の各種会議や介護生産性向上総合相談センター、福祉人材センターとの役割を明確にした枠組みを発展させることが重要です。枠組みを検討する中で、潜在的な有資格者等の把握とともに、活躍の場を広げ、より多様な視点で専門学校や職能団体等、関係機関との連携ネットワークの構築に期待いたします。また、民間の人材紹介会社等は、転職も含め、個人の特性・要望に即した利用しやすい実態があると考えられますが、4ページのプラットフォームに出てくるハローワークや福祉人材センターにもそのような機能が必要と考えます。

1番目の○について、国や都道府県、介護事業者等が果たすべき役割を制度上も明確にして、その機能強化を図るということには賛成です。その際、経営改善の支援として、各法人・事業所がどういう課題を持っているか、地域の実情を把握し、地域課題の洗い出しを含め、協働化や事業者連携等、有効な支援の枠組みを拡大していく必要があります。特に建設後30年以上経過している施設等がある地域で、建替えや大規模修繕等の道筋が見えないと、休止やダウンサイジングのみの方向での検討ばかりで、介護保険サービスを利用できないということになりかねない状況です。

4番目の○について、都道府県の介護保険事業支援計画において、人材確保・生産性向上・経営改善支援について、位置づけを明確にして、地域における介護保険事業計画の策定段階で、都道府県、市町村、関係機関が議論する場を設け、地域の実情に応じたサービス提供体制の対策を検討すべきと考えております。

国・都道府県は、介護テクノロジーの一層の普及とさらなる活用の支援を強化・充実させていただきたい。また、介護テクノロジー導入等の基金による補助金の地域格差は顕著であり、国においては推進目標を明確にしながら強化推進に向けて対策を講じていただきたい。また、個別のニーズに対応していかなければならないことから、介護生産性向上総合相談センターの機能強化が必要で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。

お示しいただいた介護人材の確保、職場環境改善・生産性向上・経営改善支援等に向けて、国・都道府県、市町村、地域の関係者がそれぞれの役割を明確化し、一体的に進めていくために介護保険事業支援計画の中に位置づけることは重要だと考えています。ぜひとも、関係者間の連携が実効性のある取組となるように、国が責任を持って主導あるいは支援策を講じていただくようお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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1について意見を申し述べます。

11ページの2つ目の○で、介護人材の確保・定着に向け、福祉部会等で議論されている人材確保に向けたプラットフォームの枠組みにおいて、関係者との連携枠組みを構築することが示されております。介護人材の確保は関係者が連携し取り組む必要があるため、この考え方に賛同いたします。

介護職員のほか、看護職員の確保も重要でございます。多くの都道府県で、現在、訪問看護の人材確保、質の向上等サービス提供体制の強化を図る総合的な拠点として訪問看護総合支援センターの設置が進んでおり、都道府県看護協会や訪問看護連絡協議会が訪問看護の質と量の両面での人材確保を含む総合的な支援を実施しております。地域の実情を具体的に把握・分析した上で、必要な対策を一体的に実施していくことが取組の効果にもつながりますので、訪問看護に対する総合支援が介護保険事業支援計画の方向性を示す国の指針に位置づけられ、推進が図られ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。

清家参考人、お願いします。

○清家参考人 ありがとうございます。

資料6ページの下の方に「省力化投資促進プラン」で、2040年までに介護分野全体で20%の業務効率化という大変重要な目標が示されております。今日示されております介護人材の確保、職場環境改善・生産性向上・経営改善支援の取組をより効果的なものとするためには、現在の提供体制を前提に、その延長線での取組に加えて、さらに、協働・連携、一定の集約化といったことも含めて、より効率的な介護提供体制を構築する必要があると考えます。

また、以前、委員の井上からも申し上げておりますけれども、生産性向上の一環として、行政のローカルルールの見直しについても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。

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。

4 ページのところのプラットフォーム（介護人材確保の例）を出していただいています
が、とても有用で、大事なことと思いますが、ここで、例えば福祉人材センターが、コー
ディネーター的役割、ハローワークや、介護福祉士養成施設とも書かれています。しかし、
もともと、人材センターとかハローワークに来る介護の人自体が少なく、福祉人材セン
ターなどではマッチングをしたり就労後のフォローアップをしようにも、マッチングする
相手といいますか、材料がないというところが一番大きな問題になっているということだ
と思います。さらに人材センター自体が人手不足であると。

そうすると、先ほどもお話に出ていましたけれども、やはり養成施設といいますか、資
格が取れる専門学校がもっと必要。それだけでなく、こういう人材センターとかハローワ
ーク、介護労働安定センターなど、そういったところでも勉強ができるようにするとか、
資格まではいかなくても、研修ができる講座があるという工夫をして、介護士の人た
ちの人数を増やしていくことが必要だと思います。それともちろん、それには処遇改善だ
けではなくて、施設全体の収益増とかということも必要だと思いますので、そういう収益面
と勉強する場というところもこのプラットフォームに合わせて考えていくべきではないか
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。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。論点については、いずれも重要な課題と思いますの
で、賛同するものでございます。具体策の進捗を期待しております。

特に科学的介護情報システム（LIFE）なのですけれども、マニュアルとかフィードバッ
クとか、改善はされているものの、まだ現場の方にとって非常に使いやすいかという
と、課題もあるかなと思います。例えば単に平均値との比較だけではなく、良い結果を出して
いるところは、どういう取組をしているのかがわかること、自分のところの取組との比較
をしながら改善策を検討できるということは必要ではないかなと思います。

センサーを導入したことにより高齢者の睡眠パターンが分かったことによって、睡眠薬
の使用を減らすことができた、その結果転倒を減らすことにつながったというような事例
なども共有することによって、より適切な介護につながるものと思います。そういうデー
タを適切に活用できるという力をつけていくことが重要なことと思います。

このようなデータ利活用は若い世代にも関心をもたれるのではないかと。ICTの現場活用が
期待される部分でありまして、先ほどもICTに強い人材が職場にいるということがありまし
たけれども、学生の時代から介護のデータをどんどん活用した学習を行うことによって、
介護が身近に感じられるようにするというような取組も、イメージを変えていくのに役立
つのではないかなと感じたところでございます。誰がどのように情報を活用するか、出口

まで考えた活用について、さらに推進していただければと思いました。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。

まず、資料1の2ページの「これまでの介護人材確保策について」の枠の中の3つ目の●に「介護職員の必要数を集計すると、2040年度には約272万人の介護職員が必要」と書いてございます。また「直近の介護職員数は初めて減少に転じている」とも書いてあります。しかしながら、我が国日本全体の生産年齢人口が減少している現状、全産業が人材不足と言われている中、介護だけで約272万人が必要といっても、実現はかなり厳しい状況と言わざるを得ません。今後はいかに少ない人数で、どう介護の現場を支えていくかということにさらに注力していくべきではないかと考えます。また、その視点が少し弱いのではないかと考えております。

より少ない人数で介護現場を支えていく鍵は2つしかないと考えております。一つはタスクシフト、一つはICTテクノロジー導入による業務の効率化であります。まず、タスクシフトで言えば、今回、資料にもありますが、介護助手の活用がかなり効果的だと考えます。介護の周辺業務を切り分け、介護助手に担っていただく。特に、どの地域にも多くいらっしゃる元気高齢者にその業務を担っていただくことにより、本人の介護予防にもつながり、また、介護福祉士は本来の専門的な業務に関わる時間が増え、サービスの質の向上にもつながると思われれます。介護助手の人数が多いほど、残業時間が減る効果、また、バーンアウト率や離職率が減るというエビデンスも出ています。何らかの報酬上の評価を付与することにより、このタスクシフトが現場で進むと考えます。

次に、ICTテクノロジーの導入ですが、これを実施するためには現場に多額の資金が必要となります。地域医療介護総合確保基金等により導入支援をしていただいておりますが、基金の位置づけ等により、都道府県格差がかなり大きい状況がございます。現在、この補助率、三重県、岐阜県の2県のみが5分の4でありまして、ほかの都道府県では全て4分の3でございます。ICTテクノロジー導入は、国の施策である介護DXにほかなりません。都道府県に任せるのではなく、積極的なICT導入支援を国の主導で、あるいは国の直轄により強力に推進していただきたいと考えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

11ページにいろいろと論点が示されておりますけれども、まずはあまり具体的な記載が乏しく、例えば関係者との連携の枠組みを構築するとか、関係者が議論して関係者の理解を醸成するとか、地域の実情に応じた経営課題を調査とか、いろいろありますけれども、

そんなことはとっくに現場でやっていることであり、要は、それを踏まえて、こういった具体的な手を打っていかねばいけないのかという戦略が必要な状況にあるということとを共有しないと、こういう理念・論点にあるような状況では全くないのかなと思いますし、それから、今、経営的に介護事業所も4～5割が足元は赤字であり、介護人材等が他産業へ流出している。これはみんな分かり切っていることなのです。これは既に、今、手を打っても間に合わないかもしれないぐらいの状況にあるということをもう少し緊迫感を持って、緊張感を持って共有していかないと取り返しのつかない領域に入ってきているというものは十分理解していかないといけないと思います。

その上で、これまで長年取り組んできた、例えば介護人材確保を一度、やはり国として、これは以前も申し上げましたが、総括をして、何が効果があって、何が効果が足りないのか。その辺りをしっかりと考えていく必要がある。その上で、政策の評価をして、政策のPDCAを回すということは絶対責務だと思っています。当然、これは財源のことなので、厚生労働省単独で何かができるわけではないのですけれども、そういったところをしっかりとしないと、もちろん、働きやすい職場とか、やりがいの醸成とか、まだまだ取り組む余地はあろうかと思いますが、現実問題として大変もっと厳しい状況にあり、今、若年人口は当然減ってきているわけですが、入りの部分で言うと、我々の社会保障分野に飛び込んでくる若者の数は労働人口の減少よりもっと減っています。各エッセンシャルワーカーの学校定員と入学者数の乖離はどんどん大きくなっています。こういう状況はみんな、今日いらっしゃる方も全て、事務局も分かっているはずなのです。したがって、もう少し具体的にドラスチックな対策を取っていかないと先行きがないということは意見として申し上げたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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した。

今、江澤先生がおっしゃったことと関連して、やはり政策の評価をするためにはどうしても職場環境あるいは、はっきり言って賃金なのですけれども、データが必要です。今、介護の安定センターさんのほうで毎年違う方々をサンプリングして、いわゆるクロスセクションで、横断面で取っていつているのです。それは事業所の職場環境、働きやすいとかなんとか、人間関係がどうだとか、そういったこととのつなげられるデータになっているのですけれども、皆さん、先ほどからおっしゃいますように、やはり介護人材がライフコース、彼らが家族形成をして、いわゆる子供を育てて、自分の親を見てみたい、そういういわゆるライフコースがあると思うのですけれども、そういった中で一人の介護者をずっと時系列で追って行って、彼ら彼女らの賃金のいわゆるプロファイルがどうなっているのかということが全く今の状況だと、そういったデータがないものですから、分からないのです。

ですので、ぜひ手遅れにならないうちに、政策の効果を知るためには、例えば非常に介護報酬を上げたとか、あるいは何か政府が介入した、そういった政策評価を行うためには、そういった個々の介護人材をライフスタイルに応じて、ライフサイクルに応じて、ずっと追っていく。そういった賃金情報がどうしても必要になってきますよ。どこでいわゆる彼らが離職するのか、こういったライフステージのときに彼らが本当に離職を考えるのかとか、そういったことが非常に重要になってきますので、ぜひ国でそういったデータを収集していただけるようお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。野口部会長代理からも強い要請がございまして、これは直ちに今すぐデータがそろわないものではないと思いますけれども、しっかりと基礎的な部分で御検討いただければと思っております。

ありがとうございます。皆様から様々な御意見を頂戴いたしました。以上といたします。事務局におかれましては今後の議論に向けて参考としていただくようお願いいたします。

続きまして、議題2「地域包括ケアシステムの深化（相談支援の在り方）」につきまして御説明をお願いします。

○吉田認知症施策・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。そうしましたら、資料2について御説明いたします。

まず、3ページ、それから、4ページをお開きいただければと思います。相談支援体制の整備につきまして、これは2月の介護保険部会でお示した資料でございます。

その中で、前回の本部会においては、地域包括支援センターの関係につきまして御議論いただいたところでございます。本日は、居宅介護支援事業所など、質の高いケアマネジメントの推進に向けた対応について御議論をお願いできればと考えております。

5ページをおめくりいただければと思います。現状・課題についてでございます。

1つ目の○でありますけれども、高齢化の進展に伴いまして、ケアマネジメントの受給者数が増加しているということでありまして。高齢者が抱える課題が複雑化、複合化し、ケアマネジャーには多様な対応が求められるとともに、役割の重要性が増しているところであります。

その一方で、2つ目の○ですけれども、足元で従事者数は横ばい・減少傾向にあるなど、人材確保が課題となっているということでございます。

3つ目の○でありますけれども、高齢者の自立支援の要であるケアマネジャーが、医療・介護の連携のハブとして、専門性を十分に発揮し、一人一人に寄り添ったケアマネジメントに注力できる環境の整備が必要だということを書いてございます。

このためということで、4つ目の○でありますけれども、必要な人材確保を図るとともに、負担軽減を図るということによりまして、高齢者の支援に注力ができる環境整備が重要だということでありまして。

また、5つ目の○でありますけれども、法定研修につきましては、ケアマネの資質の確

保・向上を前提に、可能な限り経済的・時間的負担の軽減を図るとともに、その在り方を検討するということが考えられるところでございます。

最後の○でありますけれども、個々のケアマネに対する指導・助言を通じてケアマネジメントの質の向上を図るため、主任ケアマネが役割を果たせる環境整備が重要だということを書いてございます。

以上のような方向性につきましては、6ページから8ページにかけまして、昨年、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で示されているものでございます。6ページから8ページは、その概要をおつけしてございます。

9ページ以降、個々の論点についての資料を御用意してございます。

まず、9ページ目を御覧いただければと思います。1つ目の論点であります、資格取得要件の見直しについてでございます。

1つ目の○ですが、現在、ケアマネジャーは、保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務や相談援助業務への従事期間が通算5年以上である者が試験を受験し、実務研修を修了することにより、資格を取得するというような形になってございます。

そうした中で、左下にグラフをおつけしておりますけれども、今後の従事者数の見込みを踏まえ、質の確保を図りつつ、幅広い職種・資格等からの受験を促すことが重要だということでございます。

11ページが検討の方向性でございます。

新規入職の促進とともに、多様な背景を持つ人材の参入を促進するため、受験対象である国家資格の範囲について拡充することとしてはどうかということで考えてございます。

具体的にはということで、2つ目の○でありますけれども、ケアマネの役割との整合性を考慮し、また、必要となる実務経験あるいは知識の習得状況に着目して、下の表で整理してございますような、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、公認心理師につきまして、新たに受験資格とすることを検討してはどうかと考えてございます。

それから、上の箱の3つ目の○でありますけれども、現行の5年の実務経験年数につきましても、介護福祉士の実務経験ルートの例も踏まえ、3年に見直ししてはどうかと考えてございます。

続きまして、12ページでございます。2つ目の論点であります業務の在り方の整理でございます。

1つ目の○でありますけれども、ケアマネの業務であります、ケアプランの作成のほか、事務的な性質を有する給付管理業務なども含めて、様々な業務が存在しているところでございます。

その下にタイムスタディー、業務時間の調査結果をおつけしておりますが、ケアプラン作成やモニタリングだけでなく、書類の印刷、給付管理等の事務作業の時間も多くなっているところであります。

また、左下、ブルーのところでもありますけれども、通院時等の送迎など、法定化業務について対応せざるを得ないケースも生じているところでございます。なお、今回の調査結果については、こうした法定外業務の発生頻度が事業所により偏りがあることに留意が必要と考えてございます。

続きまして、13ページでございます。検討の方向性についてでございます。

大きな柱のところでもありますけれども、ケアマネが、個々の利用者へのケアマネジメント業務に注力することができるよう、下にご書いてございますような取組を進めていくというように考えられるのではないかとしております。

まず、1つ目のポツでありますけれども、法定業務のうちケアプラン作成などの業務については、ケアプランデータ連携システムなどのICTの活用による効率化を推進するというようなこと。

2つ目のポツでありますけれども、給付管理をはじめとする事務的な業務については、生産性あるいは適切な業務分担のための環境整備等といったことを進めることが考えられるのではないかと。

それから、3つ目のポツでありますけれども、いわゆる法定外業務につきましては、これは前回の本部会でも御議論いただきましたけれども、地域ケア会議も活用しながら地域課題として議論して、実効的な課題解決につなげていく。そういった取組を進めることが考えられるのではないかとお示しさせていただいております。

続きまして、3つ目の論点であります。14ページでございます。ケアマネの更新制・法定研修の見直しについてでございます。

まず、1つ目の○でありますけれども、更新制は、5年ごとの更新の際の研修の機会を通じて、専門知識の向上を図るというために法定化されたものでございます。資格の有効期限の更新により研修の受講を担保しているというような仕組みでございます。

そうした中で、2つ目の○でありますけれども、ケアマネジャーの資質の確保・向上の観点から、法定研修の意義は変わるものではありませんけれども、時間的・経済的負担が大きいというような声があるところがございます。こうした観点から、利用者への支援に充当する時間を増加するという観点から、可能な限りこうした負担の軽減を図ることが重要ということでございます。

下に幾つか調査結果をおつけしておりますが、法定研修の認識に関する調査結果でございます。上のグラフでありますけれども、研修を休むと更新ができなくなるというようなことが負担だというところが8割近くあるということであります。

また、右下のグラフでありますけれども、法定研修については、意義はあると思うけれども、資格更新の条件とすべきではないというところの回答が多くなっているということでございます。

こうしたことも踏まえて、15ページありますが、検討の方向性でございます。専門性の向上に向けた取組の進展を踏まえまして、更新研修の受講を要件とした介護支援専門員

証の有効期間の更新の仕組みは廃止してはどうかということを1つ目の○で書いてございます。

その一方で、2つ目の○でありますけれども、更新制を廃止したとしても、専門職として、知識・技能の習得に継続的に取り組む。こういったことの重要性は変わるものではないと思います。そうした観点から、定期的な研修の受講を引き続き求めるというようなことが適当ではないかということを書いてございます。

その結果といたしまして（※2）で少し書いてありますけれども、更新制と研修受講のひもづけがなくなること、研修を受講しないことで直ちに資格を失って、ケアマネとしてのお仕事ができなくなるといった取扱いがなくなることによってでございます。また、ケアマネとして従事していない期間は研修を免除する。そういったことを考えてはどうかということによってございます。

それから、3つ目の○でありますけれども、その上で、研修の時間数につきましては、利用者への支援に充当する時間の増加につなげる観点から、可能な限り縮減するというようなことが考えられるところでございます。

また、最後の4つ目の○ですけれども、受講の方法につきましても、一定期間内に分割して受けられるようにする。こういった柔軟な受講の環境整備を行うということとしてはどうかということによってございます。

続きまして、16ページでございます。引き続き、研修の関係であります。

研修の受講をどうやって担保するのかということでもありますけれども、事業者に対して、ケアマネが研修を受けられるように、必要な配慮を求めるとことのほか、現行制度における履行確保の仕組みも踏まえまして、ケアマネ御本人への必要な措置ということをお願いすることとしてはどうかということでもあります。

その際には、都道府県の事務負担軽減の方策も併せて検討する必要があるということによってございます。

最後、論点のマル4、17ページであります。主任ケアマネの位置づけについてでございます。

主任ケアマネの位置づけでありますけれども、2つ目の○であります、通知に規定されているのみで、法令上に業務の位置づけがないという現状であります。

こうした中で、3つ目の○、4つ目の○でありますけれども、主任ケアマネが、他のケアマネを指導・助言する立場としての役割、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターごとの役割に応じた専門性の発揮。そういったことが期待されているわけでもありますけれども、現状、他の様々な業務との関係から、役割を果たすことが難しい。そういう状況になっているということによってございます。

こうしたことを受けて、18ページであります。検討の方向性でございます。

ケアマネジャーの活動に対する援助などを行うとともに、地域の関係者との連絡調整の中心的な役割を果たす者として、主任ケアマネジャーの位置づけを明確化し、法令上位置

づけてはどうかということでございます。

2つ目の○でありますけれども、その上で、専門性の向上やキャリアアップにつなげる取組を講ずることにより、本来の役割を発揮できるようにするとともに、そうした主任ケアマネを目指せる環境整備を検討してはどうかということを書いてございます。

私からの説明は以上となります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様からの御発言をお願いできればと思います。またお一人様3分以内ということをお願いいたします。

まず、会場からですが、いかがでしょうか。

こちらも全員の方ですね。それでは、先ほどと逆で、小林委員からお願いしてよろしいでしょうか。

○小林委員 ありがとうございます。ケアマネ協会の小林です。私のほうから論点に沿って意見を述べさせていただきます。

論点マル1のケアマネジャーの受験対象である国家資格の範囲拡充、実務経験年数を5年から3年に見直しすることについては賛同いたします。

論点マル2につきましては、ケアマネジャーが担うべき業務の整理やケアプランデータ連携システムとICTの活用による業務負担の軽減を進めていく必要がありますが、居宅介護支援事業所は規模の小さな事業所や、現在でも単独では経営が成り立たない事業所もあるため、今後もテクノロジー導入支援事業等の継続支援をお願いしたいところです。

論点マル3、ケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しにつきましては、当協会は今までも、ケアマネジメントの諸課題に関する検討会等においても法定研修の在り方の見直しについては意見を述べてきました。発言時間が限られているために、詳細につきましては意見書を提出させていただきましたけれども、ケアマネジャーは5年ごとに法定研修を受け、資格を更新することが義務づけられております。当協会が居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーに対して実施した調査では、経済的・時間的負担の一方で、90%以上の回答者が質の向上のための研修は必要であるという結果もございましたので、質の向上のための研修の機会は必要であり、負担が重いからといって容易に法定研修を廃止すれば済むという話ではないと考えています。

研修負担の要因である費用や拘束される時間の負担の背景には、受講費の自己負担や、研修受講時は有給休暇を使うなどの事業所の協力が得られないことや、更新要件として、やむを得ない理由でカリキュラムの一部でも研修に参加できない時間があつた場合、未受講と判定され、資格更新ができないという事例もあり、受講する現任のケアマネジャーは利用者や事業所に不利益や損失を与えてしまうのではないかと精神的な重圧を抱えているということがございます。また、そのような状況が影響で、5年ごとの資格更新は離職を決断するタイミングともなっています。

利用者にとって適切なサービスを提供するためにはケアマネジャーの質の確保・向上が

重要ですが、ケアマネジャーの不足も課題です。そのため、資格としての更新制度と質の確保としての法定研修を切り分け、更新制度を廃止するとともに、法定研修の分割受講等、時間的な負担を軽減することについては賛同します。更新制度を廃止しても、専門職としての自己研さんをするのは当然のこととして、事業所の質の担保のためにも、所属事業所にも研さんすることの必要性を認識していただけるような対策を講じていただきたいと思います。

これらの対策を講じる場合においては、受講管理の方法や研修実施主体の理解及び研修ガイドラインの見直し等が必要となるため、試行期間、周知方法など、検討を丁寧にする必要があると思います。

論点マル4については賛同いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私のほうからは論点マル1、論点マル3について御意見申し上げます。

まず、論点マル1についてでございます。ケアマネジャーの基礎資格に新たな資格を追加する提案がございますが、ケアマネジャーが担うのは、介護を必要とする高齢者やその家族が安心して適切な介護サービスを受けられるように支援するという役割でございます。この役割を担うために必要な知見が担保される実務経験として判断されるのであれば否定はいたしません。

論点マル3についてでございます。ケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しについてでございます。状況を踏まえると、資格の仕組みとして、更新制度と質の担保のための定期的な研修を切り分けることはやむを得ないと考えます。ただ、ケアマネジメントの質を担保するためにも定期的な研修は重要であり、それを担保する仕組みについては丁寧な整理をお願いしたいです。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 まず、論点マル1については賛成であります。

論点マル2のケアマネジャーの業務の在り方の整理でございますけれども、13ページにある論点に関する考え方に示されている3項目については基本的に賛成であります。ただし、7ページや12ページに掲げられているいわゆる法定外業務の中には、保健・医療・福祉専門職の職業倫理に基づいて主体的に行われている行為が含まれているということを一応、念のため、指摘しておこうと思います。

例えば私が勤務している認知症疾患医療センターでは、今年の夏の暑い日に一人暮らしの認知症高齢者が予約時間になっても来ないと、ソーシャルワーカーがケアマネに連絡し

まして、自宅を見てきてくれと言うのです。ケアマネが自宅を見に行ったところ、窓越しにぐったり倒れている一人暮らしの認知症の方を発見するわけです。そこで窓ガラスを割ってでも中に入って、救急車を呼んで、救急医療機関を受診させて、そして、そこにいるソーシャルワーカーと一緒に入院の手続もやってくれる。それで、別居の家族にも連絡する。これは熱中症の本人を助ける行為であります、こういった行為は保健・医療・福祉専門職であれば誰もがやっている、職業倫理に基づいた行為でございますから、こういうことがあるということを一応知っておいていただく必要があるだろう。

それから、12ページの表に掲げられている法定外業務に相当する部分に配分されている時間の合計が1%ということで、比較的小さいことについて、先ほどの説明にありましたように、事業所によって格差が大きいのだということでございます、そのとおりであろうと私も思います。しかし、そうすると、事業所によって、あるいは地域によってケアマネの法定外業務が多くなっているところがあるということでございますので、そのような事業所・地域はどういう状況にあるのかということをちゃんと見極めておく必要があるのだろうと思います。

論点マル3のケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しについては、これは基本的に更新研修の受講を要件とする更新の仕組みを廃止して、例えば5年間という一定期間に所定の法定研修を自由なタイミングで分割して受講することを資格継続の必要条件とするというようなことであるかと思っておりますので、これは基本的には医学系の学会の専門医の更新制度とよく似ておりまして、5年間に必要な研修を受けて、しかも、いろいろ救済制度があって専門医を更新していくという考え方になりますので、妥当な方法なのではなかろうかと思っております。

それから、論点マル4の主任ケアマネジャーの位置づけの明確化に関する考え方についても賛成であります。独居の認知症高齢者を診療しておりますと、実際に介護保険給付サービスを超えて、医療支援、生活支援、権利擁護のための支援など、複合的な支援をコーディネートできる優れた介護支援専門員がおりますので、そういった介護支援専門員は、全ての介護支援専門員ができるわけではありませんので、主任ケアマネジャーとしてキャリアアップにつながるような取組を明確化させる必要があるだろうと感じます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、サイドが変わりまして、和田委員、お願いします。

○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。論点マル2について意見いたします。

7ページや12ページでは、ケアマネジャーが担うことの多い法定外業務、いわゆるシャドーワークについて、保険外サービスとして対応し得る業務と他機関につなぐべき業務が具体的に示されております。整理の方向性を示そうとする意図は理解いたします。しかし、現場の実態から申し上げれば、この区分だけでは介護を必要とする本人や通う家族の不安

をむしろ大きくするのではないかと懸念しております。

まず、法定外業務とされるものの中には、本来であればホームヘルプサービスや法定後見人が担うべき項目も多く含まれております。ところが、地域に担い手がいない、あるいは体制が整っていないためにやむなく、そして、人道的な立場からケアマネジャーが担っているケースが少なくありません。さらに、救急搬送時の同乗や徘徊時の搜索など、緊急時の対応はまさに一刻を争う事態です。現場でその場に居合わせたケアマネジャーやホームヘルパーが対応せざるを得ない局面では実務上避けて通れません。

法定業務でないので担当外と切り分けられてしまえば、一人暮らしの方、あるいは家族がいても病気や障害のために担えない家族では当の本人の日常生活はどうなってしまうのでしょうか。こういった関わりは、見えない労働ではなく、サービスの質を決定づける専門的な関わりそのものであると考えます。そもそも、そばで介護を担う家族はシャドーワークの担い手だと言えるのでしょうか。家族の介護はシャドーワークなのでしょうか。

私たちにとって、ケアマネジャーの法定外業務は13ページに書かれているような地域課題ではないと思います。介護が必要な本人一人一人の生活あるいは生存に関わる課題であると考えます。だからこそ、実効的な課題解決につながるような取組を待つというのではなく、目の前の生活を守る仕組みを整える必要があると思います。ケアマネジャーの業務を整理するに当たり、法定外業務を保険外サービスとして対応する業務と他機関につなぐ業務とするのでは、介護を必要とする本人や家族の不安は大きくなるばかりです。

以上のことから、2つ要望があります。一つは、緊急時の対応に代表される、給付で対応すべき業務を整理していただくということです。加算などで評価すべき項目を検討するというのをぜひお願いいたします。

もう一つは、在宅介護の安定・安全のため、まず、保険外サービスと他機関の準備をきちんとした上で、法定外業務の切り分けをするということをお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。民間介護の山際です。

この点についてですが、ケアマネジャーに関わる様々な要件緩和を進めるということについては賛同いたします。

一方で、裾野を広げていくということについてはいいわけですが、こうした緩和を進めるに当たって、同時に質の確保であるとか専門職としてのスキルの維持・向上に向けた取組も併せて進める必要があるだろうと思っています。特に資料の15ページに、ケアマネジャーの更新研修の受講を要件とした資格の有効期間・更新の仕組みの廃止に当たって、質の向上の観点から研修の受講を継続するという点について、この点については当然賛同するものです。

ただ、例として示されている年間32時間程度の研修を5年間で分割するというようなイ

メージ図が出されていますが、仮に5年間となった場合に、制度の変化等々が起きた場合に、それぞれ対応した研修内容が質的に担保できるのかということについては少し懸念しております。例えばICTを活用して、国が作成して、オンデマンドでいつでも受講できるようにするなど、効率的・効果的な実施方法を検討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。

平山委員、お願いします。

山際委員、どうぞ。

○山際委員　すみません。もう一点、前回の議論でも、この相談支援の在り方を議論しましたが、地域包括支援センターやケアマネジャーが対応するということについては当然あるということで、現実にも行っているわけですが、やはり介護保険制度の枠を超えた様々な社会資源が連携し、相談窓口をもっと多様に展開していくことが必要だと考えております。例えば私は、もともと母体は生協グループにいるわけですが、生協でも生活相談の窓口を持っているところがあります。そうしたところでは、専門的な部分については士業と連携するであるとか、あるいは生活相談貸付のような事業も展開しております。

そうしたことで家計の相談と伴走支援をやっていますが、要因を見るとやはり複合的な要因を抱えているということがありますので、もう少し幅の広い多様な相談窓口を設ける、そして、関係機関がきちんと連携していく。法的な部分など、専門性が高い領域については、士業との連携など、専門家との連携をするということで課題解決を進めること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。平山委員、どうぞ。

○平山委員　連合の平山です。

私からは論点マル1、まずはケアマネジャーの資格取得要件の見直しについてですが、多様な背景を持つケアマネジャーの参入を促進する観点から、受験対象となる国家資格の範囲について、新たに診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、公認心理師について、拡充することに異論はございません。新たに対象となる職種の職能団体の意向を踏まえながら、丁寧に進めていく必要があると考えております。

2つ目のケアマネジャーの業務の在り方の整理についてですが、ケアマネジャーの人材確保が難しいことや業務負担が重いことが課題となっております。法定外業務の軽減を図ることは必要と考えますけれども、その上で、ICTの活用によるさらなる効率化の推進や、適切な業務分担のための環境整備等の推進は不可欠であります。地域の課題として議論し、実効的な課題解決につながるような取組を推進する方向で異論はありません。

ただし、現在の法定外業務を誰が行うかについては今後も検討が必要であり、結局のところ、介護業界全体における人材の確保が必要で、そのためには処遇改善、労働環境の改善が不可欠と考えております。

3点目のケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しについてですが、経済的・時間的負担が大きい更新研修の廃止については賛成いたします。ケアマネジャーの質の確保のため、定期的に一定の研修を受講することには異論はございません。

ただし、そうした研修はケアマネジャーの業務を遂行する上で必要な研修であることから、研修は労働時間として適切に扱うべきと考えています。また、研修費用についても労働者の個人負担とするべきではありません。研修費用は、医療介護総合確保基金の対象にもなっております。国においては、この財源の確保、また、利用しやすい仕組みの構築が必要と考えております。事業主に向けては、この基金を広く周知し、基金を有効に活用できるようにしていく必要があると考えています。

4点目の主任ケアマネジャーの位置づけの明確化についてですけれども、法定上位置づけることに異論はありません。ケアマネジャーを地域における介護サービス推進体制の中核的人材と位置づけ、キャリアを向上させる仕組みが必要と考えております。

以上となります。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、オンラインから、染川委員、お願いします。

○染川委員　ありがとうございます。まず、それぞれの論点に対しまして検討の方向性をお示しいただいておりますが、それぞれ支持いたします。

その中で、論点③、ケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しにつきましては、私自身もケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の段階から参加させていただきまして、検討会においても本部会でも、現場のケアマネジャーの時間的・経済的負担を軽減すべきであり、特に更新制については廃止した上で、研修体系、研修の在り方を抜本的に見直し、早急に具体化してほしい旨を申し上げてきました。そして本日、検討の方向性として早急にお示しいただいたことに感謝申し上げます。

更新制が廃止され、今後の法定研修の位置づけが明確になることによりまして、更新研修が職務遂行する上で必要な研修なのか、資格保持のための研修なのかが不明確で、労働時間として扱われないケースが生じていたことなども含めて、様々な課題の解決につながるものと思います。引き続き、時間的負担と経済的負担の軽減に資するよう、今後の法定研修の内容改善等も含め、早期の見直し実現に向けて進めていただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員　まず、今回、ケアマネジャーの数が減ってきているということから、新たに受験対象である国家資格の範囲を広げるということですが、そもそも、ケアマネジャーの数が減っているということの根本的な原因は、やはり処遇改善がされていないという点が大いのではないかと考えております。ケアマネジャーの資格があるけれども、介護職員のままで働く、そのほうが報酬も高いということが実際に増えています。資格があ

ってもケアマネジャーをやらないという人が出てくるのは、やはり業務の大変さに比べて収入が伴っていないという点が大きな問題になっているということは忘れてはいけないと思います。

さらに、このケアマネジャーの業務というところで、よく法定外業務ということが言われております。この法定外業務というものの内容についても、現在、一人暮らしの人が急増しており、認知症の症状があっても在宅で生活が続けている人も少なくないといった現状の中で、これまでにある法定内業務のままで対応がカバーできるのかどうか。これに関しては、法定外業務の内容については、改めて、しっかり現状に合わせた形で見直す必要があるのではないかと思います。やはり、利用者のことを一番わかっているケアマネだからこそ、見過ごすことができないで対応してしまうということが現場で数多く発生しているという現状があるわけですから、その声も踏まえて、法定外とされている業務について見直す必要があるのではないかと思います。

また、法定研修ですけれども、その内容について、この受講の方法などは、可能な限りオンライン等を活用しながら、できるだけケアマネの負担が軽くなる方法を考えていただければと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員 全国老施協の山田でございます。論点ごとに発言させていただきます。

論点マル1、11ページについてですが、介護保険法等の理解や相談援助業務、個別性の高い直接的な対人援助を中心的な業務とすることから、医療職等の国家資格者が介護支援専門員の資格をダブル資格として活躍できる環境づくりを検討することが拡充につながると考えられることから、受験資格の追加国家資格提案には賛成いたします。

また、実務経験年数を5年から3年に見直すことについても賛成ですが、セカンドキャリア、サードキャリア等、キャリア形成によっても個人差があり、介護支援専門員の資格取得後、ケアマネジャーとして従事する場合は、地域で行う参加しやすい研修等、きめ細やかな研修体系を構築することが必要であると考えます。

論点マル2、13ページについて、法定業務と法定外業務があるという実態の中で、業務の進め方としてケアマネジャーが単独で実施することが多い現状があります。事業所内でも標準的かつ客観的に業務を評価することは苦慮しているところでもあります。ケアプランデータ連携システムや生成AI等のICTの活用は早急な対応が必要です。

また、給付管理等事務的な業務について、他の職種等との連携・役割分担も検討が可能かと考えます。今後、高齢障害者や身寄りのない高齢者等、関係機関等の連携調整が増加することが想定されますが、法定外業務の中でもケアマネジャーが実施しなければならない業務内容の見極めが重要と考えます。

論点マル3、15ページにおきまして、更新研修の受講を要件として、介護支援専門員の

有効期間の更新する仕組みの廃止には賛成です。更新研修は、経済的にも時間的にも負担感を感じているという結果からも、資格の更新と研修の受講は切り離して仕組みを考えることが必要です。

研修の重要性と継続性を考えると、例えば一定期間を分割して受講するならば、ポイント制を導入するなどして、都道府県は制度の理解や法改正時の説明、ケアマネジメントの研修の開催、市町村は圏域ごとにケアマネジャーの困り事や個別ケースの研究から地域課題への取組等の研修が考えられます。ケアマネジャーが現在抱えている課題に寄り添う内容を工夫してはどうかと考えます。

論点マル4、18ページについて、主任ケアマネジャーを法令上の位置づけとして明確化することには賛成いたします。

一方で、主任ケアマネジャーが管理者として労務・財政管理を担う業務とケアマネジメント業務、さらに、ケアマネジャーの育成を行うことのすみ分けをどのように整理するかが課題です。また、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの主任ケアマネジャーがそれぞれの立場で役割分担し、地域ケア会議をはじめとした場で地域課題を共有し、現状の把握・分析や地域資源の創出をはじめ、地域の変化を実感できるネットワークを構築していくことが重要です。

さらに、現行制度では、施設の主任ケアマネジャーや障害福祉事業等に勤務する主任ケアマネジャーが更新要件を満たすことが困難な状況にあります。見直しの方向性が本部会で検討されているところですが、施設においてもケアマネジャーの確保が一層難しくなることが予想されるために、主任ケアマネジャーの役割・位置づけ・配置等について、現状の実態把握と今後の方向性を併せて検討いただきたいと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員　ありがとうございます。

まず、論点マル1の10ページ、11ページのところなのですが、資格取得要件の見直しで放射線技師や臨床検査技師が増えるということなのですけれども、これは別に増えてもいいかなとは思っているのですけれども、ただ、1つ前の9ページで見ますと、皆さんも御承知のように、ケアマネジャーさんは高齢化していまして、20～30代の方はほとんどいないのです。

ということは、ダブル資格でもケアマネとして仕事をし出すのは遅い時期だと思えます。看護師さんにしてもほかの職種にしても、一度、看護師として仕事をしキャリアチェンジしてケアマネを選ぶ方が多いのではないかと思います。そうすると、職種を増やしたからといって、ケアマネジャーになる人がどんどん増えるということは期待はできないのではないかと思います。

次に、論点マル2のほうで、法定外業務、シャドーワークと言われていますけれども、

先ほどからの御意見にもありますように、シャドーワークといっても、誰かがしなければいけないので、シャドーワークという言葉がどうなのかと思います。誰か連絡したら協力してくれるとか、先ほど加算というものも出ていましたけれども、きちんと業務としてもう一度見直したほうがいいのではないかなと思います。

それともう一つは、やはり人が少なくなってきていますので、民間の企業とか、そういったところとも協力して、ケアマネジャーさんの法定外業務に関してはだれかがやるべき業務として扱ったほうがいいのではないかなとは思っています。

論点マル3です。資格更新の条件もありますけれども、これは勉強はしたいと皆さん思っておられると思うので受験しやすい状況にするとか、ポイント制にするとか、いろいろあるので、ばさっとやめてしまうというのは乱暴ではないかと思っています。

ただ一方で、医療界において、医者も含めてですけれども、ほかの職種は5年とか10年で資格更新というものはほばないので、ケアマネだけが資格更新を条件づけているというところにも違和感があります。そこは考えるべきではないかと思っています。

論点マル4です。主任ケアマネさんですけれども、簡単に言うと、仕事の量が多過ぎて、それも、居宅介護支援事業所は経営が赤字のところが多く、経済的なことも考えながら仕事にあたっているのでまず経営改善を先に考えたほうが良いと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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2について意見を申し述べます。

ケアマネジャーの要件・更新に関して緩和策が示されており、提案に反対はいたしません。が、室の担保が重要である点と、13ページにありますとおり、多くの時間を要している法定業務内の事務的な業務や法定外のシャドウワークへの対応については、「環境整備等の推進」、あるいは「地域課題としての議論」といった表現にとどまっており、具体的な対策を講じる必要があると考えております。

また、重要な課題として、居宅介護支援事業者や訪問看護事業者等は現在の介護職員等処遇改善加算の対象外となっており、その処遇が十分とは言えません。要件や更新制を緩和し入り口を広げるだけではなく、業務負担の軽減や質の担保、何より処遇改善の抜本的な対応策が急務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。

津下委員、お願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

主任ケアマネの対象職種を増やすということですが、これをしっかりと周知することにも必要ですし、それから、研修については都道府県等が実施するだけでなく、各職種の大学とか養成課程において主任ケアマネの資格が取れますというようなことの周

知が必要と思います。各専門職種の養成校との調整をしっかりと行うことが必要だと思います。

研修についてはできるだけオンラインを活用できるようにし、現場とか対人で行う実際と整理した上で体系的に行う。できるだけ負担が少なく、仕事の範囲内として実施できるようにお願い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。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。

資料2の9ページのグラフを見ますと、介護保険制度の基本の基であるケアマネジャーの減少、それから、高齢化はゆゆしき問題であると考えます。その上で、今回提案されていることにつきましては全て賛成です。

しかし、先ほど石田委員もおっしゃっていましたが、そもそもケアマネジャーの賃金が低いことを是正しない限り、ケアマネジャーの減少には歯止めがかからないのではないのでしょうか。6月の「骨太の方針」におきましては、介護事業所の全ての職員の賃上げを他産業並みにすると書いてございます。今までは介護職員処遇改善加算でございましたが、今後はケアマネジャーを含む全ての介護事業所従事者の処遇改善が必要と考えます。

最後に、資料2の18ページの論点、主任ケアマネジャーの位置づけの明確化でございしますが、法令上の位置づけにすることについては賛成でございます。

しかし、これも法令上に位置づけるのであれば、その評価・報酬もセットで考えるべきだと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。4つの論点については賛同した上で意見を申し上げます。

まず、論点マル1につきまして、新たに受験資格と認める資格が並んでおりますけれども、これは窓口を広げるという意味ではよろしいかと思っておりますけれども、職種を拝見いたしますと、そんなにケアマネジャーを目指されるかどうかはまだ少し疑問点がございしますので、一応、導入後はこういったところのデータをぜひ追いかけていただければと思います。

続きまして、論点マル2につきまして、ケアプランデータ連携システムについては、居宅介護支援事業所と連携する側の事業所にぜひ周知なり、もう少し支援なり、あるいは今、無料キャンペーンをされておられますけれども、効果があるのかどうかといったところも見えていく必要があろうかと思えます。

箇条書き3つ目の地域ケア会議も活用とありますけれども、法定外業務については、市

町村にケアマネジャーの相談できるような窓口を設けたり、あるいは市町村内に法定外業務、シャドーワークへの対応について、協議する会議体が必要ではないかとも思っております。

それから、論点マル3につきましては、更新の仕組みを廃止して、研修の受講の仕組みを新たに設けるというところでございますけれども、以前も申し上げましたが、例えば日本介護支援専門員のほうでは積極的にこれまでもかなりの教材を作成されてきておりますので、そういったものが活用できるかどうかとも検討しながら詰めていく必要もあるのではないかなと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。よろしいですか。

ございませんようですね。

ありがとうございます。本議題につきましても様々な御意見をいただきましたので、引き続き事務局には、いただいた御意見も踏まえながら、検討を進めていただきたいと思います。

私から1点、山際委員の後半部分の御発言について、今日のケアマネジャーに関わるものではないのですが、1点述べさせていただきたいのです。

先週、社会・援護局の成年後見制度利用促進専門家会議がありまして、そこで複数の委員から、前回の介護保険部会の議論を聞いていて、少し射程が狭いのではないか。要するに、権利擁護支援とか、そういった観点も踏まえた、もう少し介護保険を超えたところでの、そういったところも踏まえた議論をしてほしかったという趣旨の御意見が出ました。

確かにそういった意味では、前回の本部会に関わるものですが、前回も今回も一応大きな枠としては地域包括ケアシステムの深化という論点になっていますので、そういった論点で捉えた場合、ともすると介護保険自己完結型の議論になってはいなかったかというところは私も反省したところございまして、やはり大きくくりでの地域共生社会とか、あるいは包括的支援体制整備に向けた、地域で住民の方をどうやって支えていくかという、来年に向けて、介護保険、医療保険、そして、社会福祉法、それぞれの改革が全体として進んでいるわけで、先週の会議でも私は社会・援護局、障害保健福祉部、そして、老健局からも来られていましたので、各所管に対して今後に向けての御対応をお願いしたところです。

改めて、局長もおられますので、やはり介護保険は先達といいますか、他分野を引っ張るような存在でもありますので、その点、他の会議でもそういう御意見が出たということを改めて皆様の前でも御紹介させていただきたいと存じます。山際委員に触発されてということでございましたが、お許してください。

それでは、あと1つございます。議題3「持続可能性の確保」に入らせていただきます。この議題については9月29日に一度御議論いただいております、その御意見も踏まえて事務局

において改めて現状や課題を整理いただいています。最初の2つの議題のように、まだ検討の方向性というところまでは行ってございませんので、今後、さらに議論を重ねていくという位置づけの議題と考えてございますが、まず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。資料3について御説明いたします。

1 ページ目でございます。

目次でございます。総論と各テーマの現状と論点ということで説明させていただければと思います。

2 ページ目でございます。

総論でございます。介護保険は創設から24年たちまして、費用が4倍、14兆円になりまして、保険料もそれに応じて上がっている。さらに、今後の高齢化を踏まえたと、さらなる費用の増加も見込まれますので、持続可能性を高めていくことが重要と考えております。

中段辺りですけれども、全世代型社会保障構築会議や「骨太の方針2025」においては負担能力に応じた負担ということがうたわれておりまして、改革工程においては、2割負担の範囲の見直しですとか、負担への金融所得、金融資産の反映の在り方等が検討項目として挙げられております。さらに、2040年頃を見据えて、人生100年時代を見据えた、負担能力に応じた公平な負担の在り方の検討といったことが掲げられております。

次に、各論に入ってきますけれども、次の3ページでございます。

1号保険料については、御案内のとおり、負担能力に応じた負担を求めるということで、所得段階別になってございます。当初5段階だったものを5段階から6段階、9段階と、さらに、前回の制度改正において9段階から13段階への見直しというものを行って、所得再分配機能を強化し、低所得者の負担軽減というものを行っているというところでございます。

4 ページでございます。

「一定以上所得」「現役並み所得」の判断基準でございますけれども、利用者負担については、制度創設時は、御案内のとおり、1割負担ということでございます。1割負担の原則を維持しつつ、世代内・世代間の負担の公平化や負担の能力に応じた負担を求めるという観点から、2割負担、3割負担を導入してまいりました。それぞれの導入時においては、サービスの利用の傾向に顕著な差はなかったということが過去報告されてございます。

自己負担率を見ますと、平成18年度、導入前が約7.7%でございますけれども、令和3年度から5年度も約7.6%ということで、大きな変化はないというところでございます。

5 ページでございます。

直近の令和4年12月の介護保険部会での意見書では、見直しに慎重な立場・積極的な立場といった御意見がございまして「現役並み所得」につきましては、医療保険制度との整

合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。さらに「一定以上所得」、2割の基準については、令和5年にも本部会において議論していただきまして、最終的に厚生労働大臣・財務大臣折衝において、第10期、まさに次の期の開始の前までに結論を得るとされたことを本部会にも御報告しているところでございます。

次の各論でございます。6ページで、補足給付でございます。

平成17年の改正で、在宅の方との公平性等の観点から、3施設、あと、ショートステイについて、居住費・食費を給付の対象外といたしました。その一方で、住民税非課税世帯の方については、補足給付による負担軽減を図るということをしてございます。このいわゆる補足給付につきましては、これまで平成26年改正で、在宅で暮らす方をはじめとする、その他の被保険者との公平性確保の観点から、一定額の預貯金を持った方ですとか非課税年金を段階設定で勘案するといった見直しを行っております。

令和2年の改正では、これを踏まえまして、能力に応じた負担とする。さらに、制度の精緻化を図るという観点から、区分の細分化などをするということをしております。直近の令和4年12月の介護保険部会の意見書では、補足給付に係る給付の実態等も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当であるとされております。

次に、7ページでございます。多床室の室料負担でございます。

先ほど補足給付で御説明しましたとおり、施設における居住費については給付の対象外としつつ、補足給付で給付するということにしています。個室は基本的に光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として考えるということに当初なっております。

その後ですけれども、平成27年度からは、特養につきましては、事実上の生活の場としてなっているという実態も踏まえまして、一定の所得を有する方から居住費（室料）の負担を求めるということにしております。さらに本年8月からは、老健と介護医療院の一部につきましても新たに室料負担を求めるといった見直しをしております。

改革工程においては、令和6年度介護報酬改定で決定した、一部の老健施設及び医療院の多床室の室料負担の見直しを着実に実施する。その上で、引き続き、さらなる見直しを含む必要な検討を行うといったことが書かれているところでございます。

続きまして、8ページでございます。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要する費用については、制度創設時にケアマネジメントという新しいサービスを導入するに当たりまして、要介護者等が積極的に本サービスを利用できることを目的に利用者負担を求めているとしているところでございます。ケアマネジメントは、利用者の心身の状況・置かれている環境・要望等を把握し、多職種と連携しながらケアプランを作成するとともに、ケアプランに基づくサービスが適切に提供されるよう事業者との連絡調整を行うものでございます。それで、介護保険制度創設から時間がたちまして広く普及しているといったところでございまして、ケアマネジャーも、医療と介護の連携や、地域における多様な資源の活用等といった役割を一層果たすということが期待され

ております。

令和4年10月、同じ介護保険部会の意見書では、利用者負担を導入することに慎重な立場・積極的な立場の両論がございまして、包括的な検討を行うということにされてございます。こちらについても、改革工程において、第10期の開始までの間に結論を出すということが書かれているところでございます。

続きまして、9ページでございます。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。

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けれども、平成26年改正で、総合事業に移行しています。総合事業の実施状況を見直すと、6～7割の市町村において従前相当サービス以外の多様なサービス・活動のいずれかが実施され、訪問型サービスと通所型サービスの実施事業者の2～3割がサービス・活動A～D（通所型にあつてはA～C）が実施されているところでございます。

こちら令和4年12月の介護保険部会の意見書でございすけれども、慎重な立場・積極的な立場の両論がありましたので、そういったところが併記された上で、介護サービスの需要が増加する一方、介護人材の不足が見込まれる中で、現行の総合事業に関する評価・分析等を行いつつ、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出すことが適当とされております。

10ページに続きます。

併せて、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、9期を通じて、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とされているところでございます。

これを受けて、検討会が設置されまして、取りまとめられた中間整理に基づき、昨年8月に、地域支援事業実施要綱等の改正などを行っております。こうした改正も踏まえた実施状況については、今後、速報値を提示したいと考えております。

こちら改革工程において、10期までの間に結論を出すということを書かれているところでございます。

続きまして、11ページでございます。被保険者範囲・受給者範囲でございます。

こちら御案内のとおり、介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えるという制度の目的から、被保険者は、65歳以上の1号被保険者で、40歳以上64歳以下のいわゆる2号被保険者ということでございます。

制度創設以来、ここをどうするかという議論がございまして、介護保険の性格、「制度の普遍化」なのか、「高齢者の介護保険」なのかということも含めて、議論が行われてきているところでございます。

直近の令和4年12月の介護保険部会の意見書では、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当とされております。

12ページでございます。その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）でございます。

12ページに書いてありますけれども、金融所得、金融資産の反映の在り方でございますけれども、介護保険は所得で言いますと、保険料や窓口負担割合の算定に、合計所得という税法上の概念を使っております。金融所得については、確定申告を行う場合には、合計所得等の算定において勘案される仕組みとなっておりますが、一部、そこが入らない部分があるというところの取扱いが課題になっております。補足給付につきまして、金融資産でございますけれども、今、制度内で使っているのは、補足給付において、先ほど申し上げたとおり、要件の一つとしているところでございます。

改革工程については、こうした点について検討を行うということが書かれているところでございます。

最後、13ページでございます。

以上のとおり、各テーマについて、現状と課題を御説明いたしましたが、これまでの本部会での議論や全世代型社会保障改革の議論及び介護保険制度の現状を踏まえて、各テーマの今後の検討について、どう考えるかということを論点とさせていただいております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、残りの時間、本議題につきまして、皆様から御発言をお願いしたいと存じます。お一人様3分以内ということでお願いいたします。

まず、石田委員が途中退席御予定と伺っていますので、もし御発言がおありのようでしたら、先にお願ひできればと思います。

○石田委員　ありがとうございます。御配慮いただきまして申し訳ありません。私のほうからは課題③、課題⑥、課題⑦について意見を申し上げたいと思います。

まず、課題⑥のケアマネジメントに関する給付ですけれども、ケアマネジメントの役割や機能、そして、もともと公正・中立性が重視されているといった業務内容を踏まえ、利用者負担を求めている他の介護保険サービスとは異なることから、今までとおり、現行給付のまま、10割給付を維持するという意見です。

それから、課題⑦の「軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」についてですが、要支援1・2の方に対して、各市町村で総合事業が展開されておりますけれども、実際のところ、資料にも書いてありますように、多くの市町村においては、現在もまだ従前相当のサービスが基本であるということです。ただし、ガイドラインも改正され、やはり少しずつ、この総合事業については各市町村の努力で展開を進めているところはあると思います。しかし、その中で、総合事業によってどのぐらいの成果があったか。いわゆるアウトカムの評価とか、その内容について、もう少ししっかり調査して検証する必要があると思います。地域住民の協力やボランティア団体との連携などは、まだまだ時間がかかりますので、これについては、もう少し時間をかけて、長いタイムスパンで実施していくということが必要なのではないかと思います。

ただし、総合事業の対象者を拡大するとして要介護1・2が挙げられています。軽度者

とありますけれども、要介護１・２は決して軽度ではなく、むしろ重度化を防ぐために介護保険サービスを特に必湯としている人たちであると思います。そういった方を対象として総合事業を考えるとということに関しては反対いたします。総合事業は要支援１・２のところで、踏みとどまるべきであると思います。

最後に、課題③の「一定以上所得」ということで、いわゆる２割負担対象者の範囲を拡大するという件です。この説明の中では、実際にこれがスタートしたのが2015年ですが、施行前後において調査したら、サービス利用の傾向に顕著な差は見られなかったというような報告がございました。しかし、実は、つい最近、介護保険のことでお話をさせていただいた会場にいらっしゃった方が、次のような話をされました。「90歳の夫が介護認定を受けて、この６～７月にデイサービスと訪問リハ、ベッドレンタルサービスを１割負担で受け、本当にありがたいと思っておりましたら、８月より２割負担になったということで、驚いて市の介護課に行きました。すると、昨年、年金が少し上がって、ちょうど線引きの上に入ってしまう、２割負担になったという説明を受けました。ほんの少しだけ年金が上がったということで、負担がこのように大きくなり、受けているサービスを減らすしかなく、本当に困って途方に暮れている状態です」ということでした。これが実際に１割負担から２割負担にされた方々の生の声だと思います。

今、やはり物価も高騰しております。年金暮らしの方々の生活は大変苦しいという状況でもあります。国の政策で物価対策をいち早くやるというようなことも聞いております。そういったことも踏まえ、まずは高齢者の生活をしっかり安定させた上で、この２割負担対象者の幅を広げるというようなことを検討していくべき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。

それでは、会場に戻りますが、御発言いかがでしょうか。

皆さんですね。では、ここは五十音順ということで、栗田委員からお願いしてよろしいでしょうか。

○栗田委員　私からは、課題マル７の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。

この要介護１・２の生活援助サービス等の総合事業への移行につきましては、確かに現在の総合事業においては、例えば認知症の高齢者に必要な生活支援が提供できるのかという問題はございます。しかし、離島などの人口減少地域では、そのような取組、それに近い取組を先取的に始めなければならない状況にあるという事例を少し御紹介したいと思います。

これは先週訪問いたしました新潟県の栗島浦村という人口320人の離島でございますが、本年４月より地域支援事業の枠組みで訪問サービスを開始しています。任意事業ということでございましたが、そこでは要介護状態に相当する高齢者であったとしても、その枠組みの中で、これは社会福祉協議会に委託しているのですが、社会福祉協議会に勤務する介

護福祉士が訪問している。週3回とか訪問することもあるというようなことでやっているということでございます。これは居宅サービスの一部を市町村の事業として維持しようとする工夫でございますが、かなりイレギュラーなやり方なのですけれども、それが全国の自治体に適用できるとはもちろん思いませんが、既存の制度の範囲内でそのような方法が最適だと考えられている地域もあるということを一応指摘しておきたいと思います。

したがって、現時点では、この軽度者の生活援助サービスについては、それぞれの地域の実情に応じて、給付サービスでも、あるいは地域支援事業でも、いずれでも選択できるような仕組みを考えていくというのが現実的なのではないかと思います。ただ、それが総合事業がベストかどうかというのは何とも言えないなというところでございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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、課題マル2と課題マル7について御意見を申し上げます。

既に前回のときに発言させていただいているのですけれども、やはりこの物価上昇であるとか、独居であったり高齢世帯であったり、家族介護力の脆弱性というものが広がっておりまして、高齢者の生活は本当に不安が多いだらうということを踏まえると、負担能力に応じた負担というものは否定はしないのですが、これによりサービスの利用控えが生じないような仕組みとすることがとても重要だと思いますので、そのことを御意見申し上げます。

それから、課題マル7についてでございます。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、特に要介護1・2の人については、認知症の方など、対応に専門的な知識や技術、対応力が必要なケースは少なくないのが実態でございます。ADLはほぼ自立しているが、認知機能の低下などによって、特に在宅で支援と考えると、服薬支援、それから、排せつなどの把握をしっかりとするというようなことで、排せつの支援、そして、洗濯、ごみ出しなど、見守りであるとか声かけであるとかということが必要で、これは1週間に1～2回やればいいことではないのですが、そういうところでしっかり、その支援を担保する方々が大事です。つきましては、要介護1・2の方々の生活援助サービスを一律に総合事業へ移動すべきでないと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員　私のほうからは、課題マル6のところの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。

居宅介護支援費、介護予防支援費に関しまして、現行給付の継続を求めます。資料3の8ページのところの1つ目の○に、ケアマネジメントに要する費用について、要介護者等

が積極的に本サービスを利用できるようにすることを目的としていただいておりますが、居宅介護支援の解釈通知には、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、その心身の状況や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保険給付に位置づけたものであって、その重要性に鑑み、居宅介護支援を10割給付としているものであるとございます。

第125回の本部会でもお話しさせていただきましたが、中立・公正の観点や利用者控えなどの懸念に加え、ケアマネジャーは利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実践はもちろんのこと、経済的な損失ともなり得る家族介護者の離職防止、ヤングケアラーのための相談支援、8050問題などの利用者本人にとどまらない世帯全体への支援や、災害時の被災者支援、地域福祉の増進など、その役割は年々大きくなっています。さらに近年、一人暮らしによる家族機能の低下や認知症等に起因する生活課題の顕在化に伴い、入院時のサポートや見守り、介護保険以外の相談支援など、介護サービスだけでは支えられない、生活を支えるケアマネジメントをしなければならないケースも増加しています。この視点からも、負担増しに伴う利用者控えが起きないように、現行給付を継続すべきです。

最後に、前の議論の中でもほかの委員さんから御発言がありましたが、介護給付費分科会の議論におきましては、介護支援専門員の人材確保・定着や職責の重要性を鑑み、処遇改善の実現は促進されるべきであり、そのためにも報酬の引上げを検討いただくようお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

平山委員、お願いします。

○平山委員　連合の平山です。私から幾つかコメントさせていただきます。

まず、課題マル1の総論についてですけれども、人口減少や超少子高齢化が急速に進む期間に限っては、現行の公費50%の構成比率を見直し、公費投入を増やすべきと我々は考えております。

課題マル2の1号保険料負担の在り方及び課題マル3の「一定以上所得」「現役並み所得」の判断基準についてですが、現在、医療においても負担の在り方に関する議論が同時並行で行われているところですので、医療と介護も必要な高齢者に与える影響を十分に勘案しながら、丁寧かつ慎重に議論を進めていくことが重要と考えています。

次に、課題マル6のケアマネジメントに関する給付の在り方についてですが、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントを受ける機会を確保することが重要となります。利用者負担を導入した場合にはサービスの利用控えにつながり、必要な支援を受けにくくなるおそれがあります。障害者総合支援法における計画相談支援との整合性などの観点からも、利用者負担については導入すべきでないと考えております。

課題マル7の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ですが、市

町村の財政状況により、必要な生活援助サービスを提供する事業者を確保できず、サービス給付や利用者負担額に格差が生じるとともに、生活援助サービスが利用できなくなることで利用者の重度化が進み、家族などの介護者の離職増につながる。そのような懸念があるために、移行すべきではないと考えております。

課題マル8になります。介護は、高齢者特有のニーズでもない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ことから、被保険者と受給者の範囲については、18歳未満を除く全ての医療保険加入者に拡大し、制度の普遍化を図るべきだと考えております。ただ、その際には、介護保険財政の持続可能性の問題だけでなく、全ての被保険者の納得が得られるよう、負担と給付のバランスについて慎重に検討する必要があると考えています。

以上となります。

○菊池部会長　ありがとうございました。

山際委員、お願いします。

○山際委員　ありがとうございます。

この持続可能性の確保については、前回も意見を申し上げました。利用者にとってはベースとなる生活があって、地域包括ケアシステムをどうやって充実させていくのか。その観点で、介護保険制度の仕組みを位置づける必要があるだろうと考えています。

具体的には、地域の支え合いの仕組みづくりがやはりベースに置くべきだろうと思っております。これは地域住民の参画意識の醸成の上に、地域住民による助け合い・互助の仕組みを広げていく。併せて、地域で生活支援サービスを展開している介護以外の事業者に力を発揮していただく。例えば食材の配達であるとか、移動の足、社会参加の機会など、都市部や一般市では多様なサービスが存在しています。また、中山間・人口減少地域でも、残された資源の活用でこうしたサービス実現は一定可能であろうと思っております。これらの事業のネットワーク・プラットフォームづくりを厚生労働省も開始し、今後、都道府県単位に広げて市町村とも連携を図るという予定になっておりますので、このことが非常に重要だろうと思っております。

先日、私も奈良県の5,000人未満の地域あるいは1,000人以下の小さな自治体を訪問させていただきましたが、残された事業者と地域住民が連携して、こうした課題を解決する実践事例を拝見してきました。先進自治体では、こうした取組の中で介護保険財政の改善も行っているというところも聞いておりますので、ぜひ、こうした取組について評価をしていく必要があるだろうと思っております。介護保険制度による介護サービスは、こうした地域づくりの取組と連携し、専門性のあるサービスとして提供するということ、それから、地域の互助的活動を担う地域住民の中から専門性を備えた介護職員となる方も生まれたり、介護サービスの業務分解をする中で、専門性が比較的高くない業務を担う方やユニバーサル就労の取組につなげることも期待できるだろうと思っております。

また、地域支援事業、総合事業については、こうした地域住民の参加を促し、地域全体

で高齢者を支える体制づくりのやはりきっかけづくりの事業として位置づける必要があるだろうと思っています。前回の改定で様々な要件緩和が行われました。より事業が組み立てやすい内容となっていますので、各自治体がそれぞれの地域に合った事業設計を行って、介護予防地域づくりの推進、専門職のサービスとの連携機能を果たすということが期待されるだろうと思っています。また一方で、地域づくりの取組を総合事業だけで賄うということは不可能ですので、限られた財源の中でどううまく設計していくのか。総務省であるとか経産省の施策もありますので、これらと併せて展開していくことが必要だろうと思っています。

最後に1点ですが、課題マル3についてですが、資料の46～47ページに高齢者の貯蓄状況の資料、あるいは平均貯蓄額が上がっているということが示されていますが、2022年はコロナ禍における給付金であるとか先行き不安からの消費行動による影響もあったのではないかと考えられます。これは直近の2024年度のデータまでこうした傾向が続いているのか、よく見る必要があるだろうと思っています。総務省のデータでは、2022～2024年にかけて65歳以上の高齢者の家計については不足分が増加しているというデータも出ていますので、ぜひ議論のミスリードにならないような資料提供についてお願いしたいと思っています。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

和田委員、お願いします。

○和田委員　認知症の人と家族の会は、これまでも給付と負担については応分の負担を求めてまいりました。その基本に沿って意見を申し上げます。

論点マル2ですが、65歳以上の1号被保険者のほとんどは年金から介護保険料を天引きされています。また、最近の食費や水道光熱費の物価高騰、後期高齢者医療保険の患者負担の引上げなど、介護が必要な人の家計は圧迫され続けています。認定者が増えれば給付費も比例的に増えるのは承知しておりますが、高齢者の所得は比例的には増えておりません。第1号介護保険料の負担段階の設定が適切なのか、年金生活者の所得水準に応じた適切な見直しを希望いたします。

利用者負担について、課題マル3、マル4、マル5、まとめて意見を申し上げます。年金をメインとする家計では、利用者負担の引上げが生じることにより、サービスを減らす、あるいは諦めてくる人が出てくることが予想されます。介護保険料を天引きされ、介護が必要と認定されても、利用者負担をためらい、給付を受けない人が増えることのないよう、利用者負担の引上げには反対いたします。また、介護保険料と公費負担の分担についてですが、保険料をこれ以上増やすことは難しいと思います。ぜひ公費負担割合を増やすということを希望いたします。

課題マル6ですが、ぜひ10割給付を守ってください。介護が必要な本人・家族にとって、ケアマネジメントは相談支援の要です。欠かすことのできない給付です。利用者負担が生

じるとケアプランを断る、つまり、認定を受けてもサービスを利用しない人が増えてくる
ことが懸念されます。特に、認定者の多くは80歳以上の高齢者です。複雑な介護保険制度
の説明を受け、納得できるケアプラン、そして、サービス利用につなげるために、ぜひ10
割給付を守ってください。

課題マル7ですが、要支援者へのホームヘルプサービスとデイサービスを既に総合事業
に移されています。要支援認定者は増え続けているのに、総合事業の利用者は比例的に増
えているとは言えません。要介護認定者のホームヘルプサービスとデイサービスまで総合
事業に移すことを反対いたします。認定を受けた人には全国共通の給付を保障・維持して
ください。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインから、幸本委員、お願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。

介護保険制度を取り巻く環境は、依然として厳しい状況にあると認識しております。そ
して、制度の持続可能性を確保するためには、国として適切と考える給付の水準について、
国民的な議論を行い、一定の方向性を示すことが不可欠であると考えております。その上
で、介護保険制度の範囲や給付と負担のバランス、現役世代の負担軽減について、踏み込
んだ議論を行うことが必要と思います。

このような認識に立ちますと、資料の3ページから10ページに記載されている各項目に
ついては、能力に応じた負担により、制度の持続可能性を高める観点、そして、現役世代
の負担軽減の観点から、必要な見直しを行うことは避けられないのではないかと考えます。
結論を先送りすることなく、早期の決定をお願いいたします。

ただし、11ページの被保険者・受給者の範囲について、対象年齢の引下げに関しては慎
重な検討をお願いします。若年層における受益と負担の関係性が希薄であることに加え、
負担増の対象は若者、そして、子育て世代となってしまいます。少子化対策を含む全世代
型社会保障構築の観点、持続的な経済成長と社会保障の好循環に向けた動きを維持するた
めにも、現時点で行うべき施策ではないと考えます。

また、12ページの金融所得などの反映の在り方について、能力に応じた負担の方向性は
必要と思います。一方で、国民の状況を正確に把握するためには、まずはマイナンバーの
活用基盤を整備していくことが不可欠となります。全世代型社会保障全体の課題でもある
と思いますので、国による基盤整備の推進をお願いします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございました。

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は、これまでも申し上げてきたことと重なりますが、現役世

代が急速に減少して、高齢化に伴う介護費用のさらなる増大が見込まれる中で、介護保険制度の持続可能性を確保していくためには、やはり給付と負担の不断の見直しは避けられないと考えています。「一定以上所得」「現役並み所得」の判断基準の見直し、あるいは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、これまでも繰り返し先送りされてきた経緯もございますし、第10期の開始までの間に結論を出さなければいけない項目となっていますので、検討項目を整理した上で議論を進めていただきたいと思います。

その中で、課題③の利用者負担については、年齢にかかわらず負担能力のある方には一定程度負担していただくことが必要だと考えています。もちろん、低所得者の方には配慮しつつ、利用者負担は原則2割とするといった踏み込んだ見直しも図るべきと考えています。年末まで時間がない中で、早急に幅広い選択肢や様々なデータを御提示いただき、議論の時間を確保した上で見直しを確実に実施していただきたいと思います。

また、課題⑥のケアマネジメントに関する給付の在り方については利用者負担を導入すべきと考えていますが、一定の定額負担から始めるなど、段階的な導入も検討すべきではないかと考えています。

併せて、課題⑦の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も、総合事業の実施状況を踏まえながら、例えばまず要介護1の生活援助サービスから移行していくなど、段階的な見直しも検討いただきたいと思います。

このほか、課題⑧の被保険者範囲・受給者範囲につきましては、幸本委員からもお話がございましたが、第2号被保険者の範囲を40歳未満へ拡大していくことは、現役世代の負担軽減の観点から、反対です。

なお、保険料負担の在り方について、現役世代が負担する2号保険料は増加の一途をたどっているため、現役世代の保険料負担の抑制の観点から、新たな公費投入あるいは負担の上限設定といった負担構造の見直しについても御検討をお願いします。

以上になります。

○菊池部会長　ありがとうございます。

染川委員、お願いします。

○染川委員　ありがとうございます。

本日お示しいただいたこれらの項目についてですが、これまで結論を出すことを先送りしたという扱いにはなっていますが、それぞれの項目について、介護保険制度の普遍化や、介護を必要とする高齢者や介護者への影響が大きいことなどから、実施ができないという判断が正確なのかなと思います。

これから各論を議論するに当たりましてお願いしたいことは、2024年の改正に向けて議論してきた中で、懸念事項・障害事項となっていたことを解消できる具体的な方策やエビデンス等についてお示しいただきたいと思います。

また、持続可能性の確保の議論が、言い換えれば、財政圧縮のための負担の拡大とサー

ビスの縮小に関する議論になりつつあることには違和感があります。介護保険制度上の無駄があるのであれば無駄はなくすべきですし、利用者の生活に支障が出ない範囲で応能負担を見直すことや、2号被保険者の負担を薄める意味での被保険者の範囲の見直しについて、必要性は理解していますが、それらに加えて、税と保険料の割合の見直し等も含めて、広く議論をする必要があ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。

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。議題3につきまして、1点意見を申し上げます。

高齢化が進む我が国において、介護保険制度は高齢者が尊厳を持って暮らすための社会的な支えとなっておりますが、制度を支える現役世代や第1号保険者、さらには市町村や都道府県の負担は年々大きく増加しており、給付と負担のバランスを適切に保たなければ介護保険制度の持続は極めて困難な状況となってまいります。介護保険制度が持続できなければ、介護を必要とする高齢者の生活の質の低下や介護の負担が家族に重くのしかかることで介護離職などの問題が生じ、個人の生活だけでなく、社会全体にも深刻な影響を及ぼすこととなります。

今回、介護保険制度の持続可能性を確保するため、様々な現状・課題が提示されております。給付の見直しや負担の増加といった対応はいずれも困難な判断を伴うものでありますが、介護保険制度が持続的に維持されることが重要でありますので、現役世代や高齢者の負担能力、地方自治体の財政状況、そして、介護現場の実情を十分に踏まえていただくとともに、関係する多くの方々の意見をしっかりと伺いながら、制度の在り方について丁寧に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。

山田委員、お願いします。

○山田委員 ありがとうございます。私のほうからは3点について発言させていただきます。

総論の給付と負担の課題につきましては、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支え合うということで、見直しは必要ですが、必要な介護保険サービスの利用控えにつながらないようにすることが重要だと考えます。また、介護保険サービスというものは利用者の生活と健康状態に直結し、影響が大きいので、慎重な検討が必要であると考えております。

課題マル6、8ページについてですが、ケアマネジメントに関する給付の在り方については、人材確保が困難な中で、現在の法定外業務の増加や主任ケアマネジャーの業務の明確化、多様な課題を解決しケアマネジメントに集中できる環境整備が優先であると考えております。

課題マル7、9ページについて、軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方については、先日の本部会でも意見があったように、総合事業における要支援1・2の方へのサービス提供について、自治体の取組が進まない理由や現状の把握、検証の結果を公表した上で、今後、慎重な検討を行う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。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

まず「一定以上所得」「現役並み所得」の判断基準につきましては、高齢者の健康状態の改善や所得状況の変化を踏まえて見直していく必要があります。先日の医療保険部会において医療側の議論も始まったものと認識しており、介護においても同時にそうしたデータをお示しいただき議論を進めていくべきだと考えております。

また、ケアマネジメントへの利用者負担の導入、軽度者の生活援助サービス等の総合事業への移行について、制度の持続可能性を確保するためには、これ以上先延ばしできない課題であり、改革工程に記載のとおり、次期介護保険計画の開始に間に合うように議論を進める必要があります。

私からは以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

清家参考人、お願いします。

○清家参考人 ありがとうございます。ほかの委員の方と発言が重なりますが、申し上げます。

制度の持続性の確保、あるいは現役世代の負担軽減に向けて、必要な給付と負担の見直しは実行していくことが不可欠と考えます。この観点から、特に何度も先送りされております課題マル3の「一定以上所得」の判断基準、課題マル6のケアマネジメントの給付の在り方、課題マル7の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きましては、今回の議論を通じて、見直しを確実に前に進めていくべきと考えます。年内に結論を出し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。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。先ほど菊池部会長がおっしゃられたように、今回の課題とは直接関係ないですが、全体的なことで意見させていただきたいと思います。

持続可能性の確保という観点から、介護保険全体を見ますと、総論にも書いていますように、介護保険の開始から総額で約4倍の14.3兆円に上がった。高齢化がどんどん進んでいくし、介護保険を取られる方が多くなっていっているというのは理解できますが、データを見ますと、2000年から24年間で高齢化率170%近く。ただ、介護度4と5の寝たきり

の患者さんというものは233%、2.3倍なので、介護する人が追いつかなくなってきた。介護を受ける人、要は、寝たきりの患者さんを減らす、寝たきり期間を短縮するということもすごく重要な課題ではないかなと思います。

そこで、どうしたらいいかという具体的な案はないのですけれども、介護度で言いますと、介護度1から5までありますね。介護度5を介護度3にするとか、介護度4を頑張って介護度1にして動けるようにしたとしても、点数が下がる、収入減になるということだと、例えばリハビリとか栄養問題とか、いろいろなことを改善して元気に、寝たきり期間を短くしたとしても、収入が下がってしまうのではインセンティブは働かないと思うので、やはりその辺りからそろそろ見直す時期ではないかと感じますので、意見を言わせていただきました。

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。

時間ありませんので、まず、総論的には、他の委員もおっしゃっていましたが、やはり介護保険の持続性を担保するために、公費投入の割合も今後議論していかなければ、なかなか各論だけでは解決しないのではないかと思います。その上で、今日は論点ではございませんので、課題の一つ、多床室の室料負担割合についてだけ発言させていただきます。

介護保険法の法律上は、特養、介護医療院はともに住まいと位置づけられております。一方、老健施設は住まいではなく在宅支援施設と位置づけられておりますので、住まいではないところから室料負担を求めるところは適切ではないと考えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

我が国は、2040年にかけて85歳以上の人口が増加してまいりますから、当然、介護保険に要する費用も高くなっていくわけですが、一方で、要介護認定者が増えながら介護保険3施設の稼働率が低下するなど、いろいろな現象が起きています。したがって、将来の精緻な需要を基に、公費、保険料がどれくらい必要なのか、青写真を描いて、そして、その青写真の対応が現実的に可能かどうか、場合によっては新たな公費の導入を要するのかどうか、やはり幅広い視点で中長期的に見ていく必要があるのだらうと思います。

もちろん、応能負担は、これは委員の方、皆さんおっしゃったように、当然進めていくべきであろうと思いますけれども、いろいろ今日出ている論点につきまして、また現場の実態はどうなのか。例えば多床室の室料負担についても、今年8月から始まったばかりで、老健や介護医療院のカーテンで仕切っただけの4人部屋で居住費というものは職員も説明に苦慮しているところもありますし、それから、課題マル6のケアプランの自己負担も、

介護保険は財源が厳しいから自己負担を取るというだけでは説得力に欠ける部分がありますし、もともと最初の介護保険創設の経緯から、いろいろと丁寧に見ていかないと、いきなり自己負担というものはなかなか国民にも容認されないのではないかと思います。

最後に、課題マル7の軽度者への生活援助サービスは、以前も申し上げましたけれども、総合事業のデータベースの構築を以前から私も要望しておりますけれども、今、総合事業にどういった利用者が行かれて、どういうサービスを受けて、どのような状態になっているかというデータが全く見えないので、そういったブラックボックスにまた要介護1とか2の方を送り込んでサービスするというものは、今の段階では誰もが容認できないのではないかなと思います。いろいろ、そういった課題も踏まえながら、中長期的に大きく見る部分と、足元で何ができるのかというものをしっかり分けて考える必要があろうかと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

ありがとうございます。議題3につきましても様々な御意見をいただきましたが、これについては、今後、また議論の機会があるかと思います。それでは、議題3については以上といたします。

議題4「その他」については、本日は特段予定されているものはございません。全体を通じて、何か御発言ございますでしょうか。

よろしいですか。

ございませんようですので、本日の審議はここまでとさせていただきます。

次回の日程について、事務局からお願いします。

○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。

大変御多忙の中、どうもありがとうございました。