

2025-11-20 社会保障審議会介護保険部会（第129回）

○村中企画官 ただいまから、第129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・援護局から成年後見制度利用促進室の占部室長、地域共生社会推進室の南室長、福祉基盤課の小野課長、福祉人材確保対策室の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、おはようございます。朝から大変お忙しい中、御出席賜りまして誠にありがとうございます。本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

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

なお、佐藤委員は、別の御用務の関係により、遅れて参加する可能性もあると伺っております。

また、御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部長寿社会課の中村直輝参考人、中島委員の代理として全国町村会行政部長の河野功参考人、東委員の代理として瀬口里美参考人、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に御出席いただいております。瀬口参考人には会場で、そのほかのお三方はオンラインで御参加ということですが、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、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。

資料の確認ですが、事務局提出資料と併せて、本日、佐藤委員から資料が提出されております。会場にお越しの委員におかれで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で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おります。資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ていると思います。会議の進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにしていただきます。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し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いたします。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、早速、議事に入らせていただきます。

本日は、議題1「介護保険制度に関するその他の課題」について御説明いただき、御議論いただいた後、議題2「持続可能性の確保」について説明をいただき、御議論いただきます。その後、議題3の「その他」の「（1）福祉部会における議論の状況」、「（2）福祉人材確保専門委員会における議論の整理」について報告を受けたいと思っております。

それでは、まず議題1「介護保険制度に関するその他の課題」に入らせていただきます。

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について御説明します。

2ページのとおり、今回、論点が6つございます。

まず1つ目の論点、高齢者虐待防止の推進について、3ページを御覧ください。

令和4年の際にいただいた4ページの御意見も踏まえ、3ページでございますけれども、介護報酬改定による虐待防止措置の義務化や身体的拘束等の適正化の推進、また、直近第9期計画のスタート時には高齢者虐待防止対策のPDCAサイクルを活用した体制整備が課題とされていることを踏まえて、各種取組を推進しているところでございます。

他方、発生件数等は高止まり傾向にあり、適正な手続を経ていない身体拘束も一定程度発生している状況です。サービス種別ごとの発生、再発の状況などの違いや、高齢者虐待防止法に規定されていない住まい、あるいは養護者に該当しない同居者からの虐待など、発生状況も多様化しています。

こうした現状と課題を踏まえまして、5ページでございますけれども、考え方として、有料老人ホームや、有料ホームに該当しないサ高住など、住まいにおける虐待防止対策のための取組をさらに強化していく必要があるのではないか。

また、虐待防止法に規定されていない住まいや養護者に該当しない同居者からの虐待も含めた対応方法について整理している国マニュアルの取組のさらなる浸透を図る必要があるのではないか。

また、身体拘束の廃止・防止に向けて、本年策定した手引きの浸透をさらに図っていく必要があるのではないか。それから、身体的拘束等廃止に係る未実施の原産の対象事業種別の見直しを今後検討してはどうかと提示させていただいております。

あわせて、高齢者権利擁護等推進事業を通じ、自治体における計画的な虐待防止対策の体制づくりを促進することが必要ではないかとしております。

続きまして、2つ目の論点、介護現場における事故防止の推進です。6ページを御覧ください。

介護現場における事故防止の推進については、6月の部会でもお示ししたとおり、事故が発生した場合の報告対象や範囲、方法について自治体ごとにばらつきがあり、統一的な情報収集や分析が難しい状況になっています。

9ページを御覧いただきますと、自治体において自己情報の活用が行われている例について抜粋してまとめております。

また、10ページを御覧いただきますと、昨年度の老健事業において、事業所における事故情報の活用事例や標準様式の見直しの観点について整理を行ったところです。

こうした事故を踏まえまして、11ページですけれども、論点に対する考え方（検討の方向性）としまして、収集した事故情報を基に傾向の把握や原因分析を行い、事故防止に有用な情報を現場にフィードバックすることにより事故発生の防止を推進すること。これによりよりよいケア等を実現し、利用者のQOLを向上させることが重要ではないかと考えられまして、このことを前提に、国・都道府県・市町村のそれぞれの役割について、市町村は事業所からの報告の受付、内容の集計や傾向の把握、都道府県においては報告内容の広域的な集計や傾向の把握、市町村からの相談対・助言等、広域的な研修、注意喚起等の実施、国ではシステム構築による事故情報の収集・分析・活用による全国的な事故防止のPDCAサイクルの構築といった役割をそれぞれ担うと整理し得るのではないかと提示しております。

また、一元的なシステム化を構築することとし、それに向けて報告内容の統一化を図ること。さらに、事故報告の対象範囲をどのようなものにするかについては、サービスを受ける側、提供する側、指導監督に当たる関係者等で別途専門的に議論する場を設けてはどうかとしております。

こうした考え方を踏まえまして、現時点での様式の見直し案につきまして、老健事業で関係者の皆様からいただいた御意見も踏まえ、12ページと13ページのとおりお示しております。

次に論点マル3、要介護認定の申請代行についてです。14ページを御覧ください。

本年6月の本部会においてお示しましたとおり、要介護認定等を受けようとする被保険者は、1ポツ目のマル1からマル4に記載している者に要介護認定の申請に関する手続を代わって行わせることができます。

6年度時点ではこの申請代行を利用する方の割合が78.4%と多くなっております。

現在、申請代行を行うことができるサービスにはケアマネジャーが配置されておりまし

て、申請代行は、居宅サービス計画等を作成するケアマネジャーにより介護認定に係る説明がなされた上で、当該ケアマネジャーの所属する施設等の職員により行われています。

この点、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスは、ケアマネジャーが配置されていて、居宅サービス計画等の作成といった業務を行っているにもかかわらず、申請代行ができない、現時点では対象となっていないという課題がございます。

このことを踏まえまして、15ページでございますけれども、検討の方向性として、効率的な介護保険制度の運営の観点から、ケアマネジャーが配置されている他のサービス類型についても申請代行を認める必要があるという点。

また、具体的には、ケアマネジャーの配置が指定基準となっている、資料15ページに列記しているサービスについても申請代行を可能とすることとしてはどうかとお示ししております。

次に4つ目の論点、国民健康保険団体連合会の業務の拡充についてです。16ページを御覧ください。

介護報酬の支払事務は、介護保険法の規定に基づき、国保連の委託が認められておりますが、補助金の支払事務については介護保険法に特段の定めがありませんので、国保連が担うことはできないこととなっております。このため、介護報酬にひもづけて交付される補助金の場合であっても、原則、現行は実施主体の都道府県が支払事務を担っているところです。

こうした経緯も踏まえまして、本年の地方分権改革に関する提案募集においては、都道府県の事務負担の軽減及び支払事務の効率化の観点から、こうした介護報酬にひもづけて交付される補助金については、国保連への支払事務の委託が可能となるよう見直しを求める提案が出されました。

この点を踏まえまして、論点に対する考え方として、介護報酬に関連する補助金の支払事務について、国保連が委託を受けて行うことを可能とすることについてどのように考えるか、としております。

次に5つ目の論点、福祉用具貸与・特定福祉用具販売についてです。17ページを御覧ください。

この類型について、福祉用具には貸与と販売がございますけれども、販売は物を売り切るサービスであるため、メンテナンスや使用状況の確認等に係る要件は現行なく、それに要する費用の額は規定されていないとなっております。

一方で、6年度改定では、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制が導入され、販売の場合には販売後の目標達成状況の確認を行うこととされました。

また、この改定では、BCPと高齢者虐待防止措置の未実施の場合の減算についてほぼ全てのサービスを対象に設定されましたけれども、福祉用具の販売については対象とされておりません。

ということで、論点に対する考え方としまして、貸与と販売の選択制の導入により、一部の福祉用具を販売した場合に利用者への継続的な関与が求められることとされたことを踏まえ、福祉用具販売事業者に対してもBCPの未実施減算や高齢者虐待防止措置の未実施の場合の減算を適用できるよう、所要の制度上の整備を行う必要があるのではないかとしております。

次に6つ目の論点、介護保険に係る資格喪失時の手続の簡素化です。19ページを御覧ください。

介護被保険者証については、運用上、65歳到達時に全被保険者に対して一斉交付を行っています。

また、この被保険者証の返還については、被保険者は、自治体間の転居等によりその資格を喪失したときは、省令で定めるところにより速やかに返還しなければならないこととされています。

この点について、7年度分権改革提案において、自治体の事務負担軽減等の観点から、被保険者証などの資格喪失時の返還が不要となるよう提案を受けているところです。

この点を踏まえまして、検討の方向性としまして、一斉交付については、第124回本部会での御議論も踏まえ、要介護認定申請時や特に求めがあった場合に交付する対応に変更することとしております。これにより、将来的には被保険者証の発行数自体も減少することが見込まれます。

その上で、国民健康保険での取扱いも踏まえ、発行済みのものを含めて、要介護認定者を除く被保険者の資格喪失時の被保険者証の返還義務及び有効期限の切れた負担割合証・負担限度額認定証について、返還義務をなくすこととする見直しを行うこととしてはどうかと提示しております。

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、委員の皆様から御発言をお願いしたく存じます。会場の方は挙手を、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用していただき、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、恐縮でございますが、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、よろしくお願いいたします。

それでは、まずは会場参加の皆様から五十音順ということで、栗田委員から小林委員でいかがですか。お三方ですね。

では、栗田委員からお願ひします。

○栗田委員 では、論点1と論点2についてのみ意見を述べさせていただきます。

論点1の高齢者虐待の推進ですけれども、5ページの4つの○で示されている検討の方

向性については異論はございません。

しかし、4つ目の○にある高齢者権利擁護等推進事業に関して少し意見を述べさせていただきます。この事業は、参考資料39ページにありますように、都道府県を実施主体として、市町村あるいは事業所を対象に助言、研修等を行う大変重要な事業パッケージだと私は考えておりますが、この事業が本当に効果的に機能しているかどうかについては、やはり点検ということが必要なのだろうと思います。

それに当たって、4ページの下から3つ目の○に、これは前回の「介護保険制度の見直しに関する意見」にある文章でございますが、虐待防止を推進するための一層の調査研究を推進する必要があるということが指摘されておりますが、そのような研究の結果がこの事業に反映されていくようなプロセスが必要でございます。

高齢者虐待の実態については、高齢者虐待防止法に基づいて毎年報告されているわけではございますけれども、虐待防止に向けてどのような取組が必要であるか。例えばこの事業の中でどういう研修を行うべきか、あるいは事業所指導はどうあるべきかという観点での研究がやはり不足しているのではないかと思います。

以前にも述べましたように、養介護施設従事者等の虐待判断事例の90%以上が認知症高齢者の日常生活自立度2以上であり、養護者の虐待判断事例の70%以上が認知症高齢者の日常生活自立度2以上であることを踏まえまして、特に認知症高齢者の虐待防止に焦点を当てて研究を推進する必要があると考えます。

それから、論点2の介護現場における事故防止の推進でございますが、11ページに示される検討の方向性について、これも異論はございませんが、下から2つ目の○にありますように、事故報告の対象範囲については、ぜひ関係者で専門的に議論する場を設けて検討を進めていただきたいと思います。

例えば医療の現場では、リスクマネジメントにはインシデントとアクシデントという概念がございまして、偶発的事象であって、かつ受傷がないか、あるいは軽度であれば、アクシデントではなく、インシデントと考えるのが一般的でございます。その事象がインシデントに該当するのかアクシデントに該当するかについては、判断が難しい場合もありますが、その場合は事業所のリスクマネジメントを担当する部署でありますとか委員会で判断するという流れがございます。いずれにしても、そのような考え方の下で、インシデントを網羅的に拾い上げて、その中でアクシデントに該当するものを同定するというやり方が適切でありますので、実際にヒヤリハットを含めたインシデントを積極的に報告すればするほど、アクシデントを未然に防げる可能性が高まるという考え方方がリスクマネジメントの背景にございますので、ぜひ御検討いただければと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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2点意見を申し上げます。

1つ目は論点2の介護現場における事故防止の推進についてです。提起いただいたデータベースを整備していく方向性については異論ございません。収集に当たって、様式の統一化あるいはシステムを構築した上で、原因分析とフィードバックをしっかりと行うことにより、介護事業者の取組に確実につなげていただきたいと考えています。

2つ目は論点5の福祉用具の貸与・販売についてですが、やはり利用者への継続的な関与が必要と考えています。特定福祉用具販売事業者に対しても、BCP計画の策定、そして、高齢者虐待防止措置の義務づけ、減算の対象としてすることで、福祉用具を安心して利用できるようにしていくことは重要だと考えています。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護士会の及川でございます。

私のほうからは3点意見を申し上げます。

まず、論点1にあります高齢者虐待防止の推進についてでございます。実は日本介護士会の会員を対象とした運営サポーターを対象とするアンケート結果において、介護福祉士の中核的役割・機能に関するアンケート調査というものを実施したのですが、その中で介護職チームメンバーの倫理感、それから、コンプライアンス意識というものを担保する役割・機能について、施設・事業所の業務分担表等に位置づけがあると回答したものが65%ありました。そのうちの7割がその役割・機能は介護福祉士有資格者であるとの結果を得ているところです。つまり、施設・事業所にあっては、虐待防止を推進する上で担当責任者を配置する等の対応が十分ではないものの、一定進めている状況があるということがありますが、このような体制の整備を進めることは極めて重要だと考えます。

また、介護福祉士資格は、介護福祉専門職としての倫理感、コンプライアンス意識を基盤として専門的知識・技術を有する人材であることを証するものと考えております。介護福祉士を倫理、法定遵守の担保、虐待防止、身体拘束廃止への責任を担う人材として制度上位置づける等の対応も検討すべきだと考えます。

2つ目でございます。介護現場における事故防止の推進についてでございます。事故予防については、過去に事故があった際の検討や要因分析作業はとても重要でございます。事業所のリスクマネジメント力を向上させることにもつながっております。資料1の12ページ、13ページの標準様式の見直しを図ること、それから、標準様式の導入を推進することもその予防を推進することになると考えられます。あわせて、虐待事例についても標準様式等をつくり、虐待予防につなげることも一つのアイデアだと考えます。

3つ目でございます。要介護認定等の申請代行についてです。提案に異論はございません。ただし、サービスの利用については、利用者の状態を踏まえて、適正なサービス利用につなげられる仕組みとすることが重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す。

それでは、反対サイドで橋本委員から和田委員までで、皆様ですね。

それでは、橋本委員からお願ひします。

○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。

私からは、論点1の高齢者虐待防止の推進について意見をさせていただきます。

この高齢者虐待の防止の後に事故防止について書かれていますが、例えば病院では医療事故防止対策委員会、施設ですと事故防止対策委員会、ヒヤリハットやインシデント、アクシデントだったり、結構熱心に取り組んでいるという現状があります。年数も長いため、いろいろな事例も集まっていますし、各病院施設には必ずあります。虐待に関してはそこがまだ薄いという印象を受けます。

それと、事故と虐待の違いですが、事故というのは人的ミスが多い。ミスで起こる場合が多いのですけれども、虐待の場合は、ミスもありますけれども、故意の場合が多い。スタッフや職員のストレスチェックとか倫理感とかワークバランスとか教育といったことも必要になりますので、事故防止対策委員会と同じような系統立てて、システムをつくり情報収集して、分析をして、再発を防ぐ。系統立てた対策が必要な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。

瀬口参考人、お願ひします。

○瀬口参考人 ありがとうございます。

本日、東委員の代理として出席しております、全老健常務理事の瀬口です。よろしくお願ひいたします。

私からは1点、論点2についてです。資料1の11ページの論点に対する考え方の1つ目の○に、収集した事故情報を基に傾向の把握及び原因分析を行い、事故発生の防止を推進し、よりいいケア等を実現し、ひいてはQOLを向上させることが重要ではないかとあります。そのとおりだと思います。しかし、それをするためには、現場から報告する項目や定義については統一したものでなければ分析はできません。

現状の報告対象は、資料1の7ページにありますマル1死亡に至った事故とマル2医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故となっております。この要治療事故は、擦過傷、打撲、骨折等様々な治療が対象となります。そのため、膨大な事例を報告しなければなりませんので、現場の負担は大きいです。負担軽減または分析フィードバックの観点からも、この要治療事故は入院を要する要治療事故等に見直すべきではないでしょうか。

以上です。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

平山委員、お願ひします。

○平山委員 連合の平山です。

私からはまず論点1、高齢者虐待防止の推進について、高齢者の住まいが大きく多様化する中で、当初想定されていなかった要介護施設に該当しない施設やサービス付き高齢者向け住宅等においても虐待が発生している実態があるとなっています。この状況を踏まえれば、対象施設を広げ、虐待防止措置を強化していくことが必要だと考えます。

また、資料36ページにありますように、養護、被養護者の関係にない65歳以上の高齢者の虐待について、4割の市町村が把握できていないということから、まずは実態把握をしっかり行った上で、必要な援助や支援につなげていく体制強化が必要不可欠だと思っています。

身体拘束については、なくしていく取組が非常に重要です。資料34ページにおいて、適切な手続を経ない身体拘束が増加していることが示されており、対策の強化が必要だと考えます。訪問通所系については、身体拘束の実態をまずは把握した上で、身体拘束適正化措置未実施減算について検討する必要があるかどうかを考えいく必要があるのではないかでしょうか。

虐待や身体的拘束の背景には、現場の人手不足や業務の増加があると考えてもおります。ICTの活用も重要ですけれども、ICTだけに依存するのではなく、職員の配置の改善や研修の強化、現場を支える支援策を一体的に進める必要があると考えております。

また、身体拘束廃止防止の手引きについては、介護施設、事業所で働く方々へのさらなる周知と研修の強化を図り、現場が適切に判断、対応できるように支援していくことが重要と考えております。

次に、論点4の国民健康保険団体連合会の業務拡大についてですけれども、介護関連補助金の支払事務について、都道府県の事務負担を軽減するために国保連へ業務を委託することですけれども、当然、国保連側の事務負担も増加すると思われます。したがって、国保連に委託するのであれば、まず課題を丁寧に整理した上で、現場の負担をできるだけ増やさない仕組みを整えることが必要と考えます。また、業務量が増加する以上、それに見合う適切な委託費とすることは不可欠だと考えております。

最後6点目は質問させていただきたい点ですけれども、介護保険に係る資格喪失の手続の簡素化についてですが、資料の一番下のところに国民健康保険では令和3年に有効期限切れの被保険者等の返還義務の廃止とありますけれども、有効期限内の資格喪失時はどうしているのかをまず教えていただければと思います。

また、今回の提案では、介護保険被保険者証については、資格喪失時の被保険者証の返還義務をなくすとありますけれども、資格喪失に有効期限内にある保険証が返還されなくとも特に問題はないという認識でよいか、この点について教えていただければと思います。よろしくお願いします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問がございますので、お願ひします。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

国保の令和3年の取扱いですけれども、有効期限のものは返還するという取扱いと承知しております。

介護保険でございますけれども、認定を受けないと給付を受けるという意味では有効でございませんので、認定を受けて、その認定の有効の期間については返還いただくというような取扱いを想定してございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の山際です。

論点1、高齢者虐待防止についてですが、高齢者の住まいについても取組を強化していくという方向性については必要だと考えています。

論点2ですが、事故防止に関して情報公表制度を活用していくということで、自治体によっては相当体制に差があるだろうと考えております。業務量では問合せ対応が非常に重たいという状況も聞いておりますので、こうした自治体の負担であるとか、また、事業者側の負担にもなっていくということについても配慮いただければと考えております。

論点の4番、国保連の業務の拡大についてですが、支払いだけではなくて、申請業務を国に出す業務は残す形と理解しておりますので、例えばコード番号でももう少し申請が簡素化されるであるとか、事務の手間が省けるような手立てが必要ではないかと考えております。

論点の6番です。被保険者証の関係なのですが、これは以前にも議論があったと思うのですが、一斉交付しないということについてはこれでよろしいかと思うのですが、65歳となって1号被保険者になったという自覚を促していったり、介護保険制度のことを深く理解いただくという取組が併せて必要ではないかと考えております。

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です。

私からは3点意見を申し述べたいと思います。

高齢者虐待防止は私たちが必ず取り組むべき大きな課題であると考えております。住宅型有料老人ホームやサ高住における虐待防止対策対策のための取組強化は必要なことだと思います。

ただし、高齢者虐待や身体拘束には誤解されやすい面があるということも事実です。例えば危険を避けるための行為が結果として身体拘束だと受け取られてしまう場合もあったり、また、家族のほうから安全のために拘束してほしいと求められる場面もあるということも事実です。さらに、ホームヘルプサービスなど在宅介護の支援が細りゆく中で、介護を担う家族、つまり、養護者が疲れ果てた結果、これは虐待かもしくは虐待かを感じる

行為をしてしまうなどということもあります。残念ながら、多くの方がこういうことを経験しております。専門性の高い要介護者施設従事者であっても、1人夜勤など忙しい現場の中で虐待に近い行為や身体拘束に至ってしまうケースがあると聞いています。

こうした背景から、高齢者虐待防止の対策を考えるときには、養護者、そして、要介護施設従事者等がなぜその行為に至ってしまったか、その個々の事情を丁寧に聞き取り、分析し、事前に防げる仕組みを整えることが重要だと考えます。そして、本日、平山委員からも発言がありましたが、要介護者も施設従事者も介護に追い詰められて虐待することに至らないような対策を講じていただきたいと思います。

続いて、論点2の介護現場における事故防止とも関わりますが、ゆとりある労働環境、介護環境をつくるための整備と支援策のより一層の充実を強く要望いたします。

次に論点2、介護現場での事故防止について申し上げます。事故を防ぐ上で、データベースの蓄積や様式の統一は大変重要だと考えています。ぜひ積極的に進めていただきたいと思います。あわせて、本日栗田委員からも発言がありましたが、介護現場からの日々寄せられるヒヤリハット事例とかについても、蓄積や分析を進めることで現場の事故防止に大きく役立つと考えています。こうした取組についてもぜひ推進をお願いしたいと思います。

続いて論点6、介護被保険者証の交付についてです。65歳到達時の一斉交付をやめて、要介護認定申請時に特に求めがあった場合に限るという変更が予定されておりますが、認知症の人と家族の会としては、第124回の審議でここまで踏み込んだ変更が決定されていると想定しておりませんでした。私たちの相談窓口には、被保険者証を持っていても、そもそも認定申請をしていいのか分からないという声が多く届いています。被保険者の権利を保障するという観点からも、この変更についてはぜひ再考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。

それでは、オンラインから、まず石田委員からお願いします。

○石田委員 よろしくお願ひいたします。

私のほうからは論点6です。介護被保険者証のことです。これが要介護認定申請時あるいは特に求めがあった場合に交付するという形に変更するということで、もうこれが決まったということになっておりますが、基本的にこの対応については反対いたします。

この内容について、これにより将来的には被保険者証の発行数自体が減少することが見込まれるとありますけれども、結局のところ、これは事務作業等の費用を削減するためということが目的と思われます。しかし、基本的に公的社会保険である介護保険を利用できるという証明書として被保険者証を取得するというのは権利でありますし、こういう形で制限されるのはおかしいと思っております。

介護保険証というのは、今までそれが交付されることで、受け取った場合にその人が介護保険サービスについて考える動機づけであったり、制度を認識するという機会になって

いたはずです。ですから、今回こういった形で、介護保険証を交付する対応が変更されるということが強行されるということになってしまった場合には、それについて、国民全般に対する告知といいますか、アナウンスをどのようにされるかということをお聞きしたいと思っております。重ねて申し上げますが、本来、公的社会保険の保険証取得は権利ですので、誰もがいつでも自動的に交付されるというようなことについても、しっかりアナウンスを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。

広報にも関わるお話ですけれども、いかがでしょうか。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

現在、介護保険法上には被保険者証の交付を求めることができるという規定がございまして、そういう規定を維持することを想定しておりますので、被保険者証を求めるということがあれば、それを発行するという取扱いにはしたいと考えております。

御指摘いただきましたとおり、65歳になったときとか、保険料を頂くときにもいろいろ通知をしておりますので、そういうところで広報というのはしっかりしていきたいと考えているところでございます。

○菊池部会長 ということでよろしくお願ひいたします。

続きまして、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す。

4点発言させていただきます。よろしくお願ひいたします。

論点の1でございますが、3ページの特別養護老人ホームにおきましては、身体拘束廃止委員会の設置とともに、高齢者虐待防止措置の義務化に伴って、高齢者虐待防止に関する指針やマニュアル、組織的な仕組みづくり、研修会の開催、職員の自己評価チェックリスト等、虐待防止、権利擁護に関して積極的に取り組んでいます。反面、経済的虐待や心理的虐待が増加している現状を分析し、虐待防止体制の組織的な強化と質の高いケアを提供するための高い倫理感を身につけるということも重要でございます。今後も全国老施協としても継続的に研修会を開催し、質の向上に努めてまいります。また、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等においても、組織的な仕組みづくり、質の向上に向けて取り組むということが必要であると考えます。

論点の2です。11ページの事故防止に関して、介護現場は個別性が高く、密室空間に近い中でケアプランに沿ったケアが提供されております。一人の介護職員が行うケア場面も多く、一瞬目を離した先に重大な事故につながる可能性もございます。統一的な項目による様式として一元的な情報収集を行い、今後の検証分析、再発防止策に活用することは有効であると考えますので、国・都道府県・市町村の役割を明確化することによって、アクセスデータベースの構築というものが有効であると考えます。

論点3です。要介護認定の申請代行は増加傾向ですので、ケアマネジャーが指定基準と

して配置されている5つのサービスについての申請代行は可能であると考えます。しかし、施設と在宅での状態差がある可能性もあるため、配置のケアマネジャーの業務内容や家族等との十分な情報共有の下、丁寧な運用が必要であると考えます。

論点9でございます。今ほどの要介護認定申請時や求めがあった場合の介護保険証を交付する対応と、資格喪失のときの被保険者証の返還義務、有効期限の切れた負担割合等の返還義務をなくすということについては、おおむね賛成はいたしますが、40歳時、介護保険料の徴収開始、65歳時の介護保険サービスが利用できることをしっかりと説明し、取りこぼしのないよう、利用控えにつながらないよう配慮が重要だと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

確かに第2号被保険者の40歳から、何か周知していただろうかと自分の経験を振り返って、貴重な御指摘だなと思って、今、承った次第でした。失礼しました。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

1と2について発言させていただきます。

虐待防止については、本当に全ての高齢者が虐待を受けることなく、介護を受けられるようにすることは非常に重要で、これまで特養など介護保険施設で取り組まれてきた内容を住宅型の老人ホームなどにもしっかりと普及していただき、それを回避することが急務だと思います。知識不足とか、そういう体制ができていないということが大きいのではないかなどと思いますので、その辺りの対策をしっかりと進めていただくこの方針については賛同するものあります。

一方で、市町村による状況の把握、また、都道府県による支援等については、まだ実施していないところが少なくない。また、実施しているところほど相談件数が増えているということから、逆に相談件数が多いというのは虐待が顕在化していることでありまして、まだ密室にある状況というのは非常に多くあるのではないかと危惧されます。標準様式で方向をすることや、定期的に確認するなどの取組、また、地域の目も入るというような対策をお願いしたいと思います。

次に、事故防止であります。事故防止についても非常に重要な観点でありまして、12、13ページに標準様式を見直されるというような案が出ております。対策につなげる情報として何が有用かということで整理されたものと拝見させていただきました。事故発生時の原因と対策をする。対策については、いつまでにどのようにするのかということも必要なところには具体的な記載があるといいのかなと思いました。

一方、この報告書様式ですとかなり重いので、インシデントとか小さいものについてはこれを一枚一枚書くというのも負担が大きいと思いますので、例えば施設で取りまとめて、それに対する対策とか、そういうことをするような方式があつてもいいのかなと。もちろん重大なものに関してはこれをしっかりと使っていく。軽いものに対しては、組織内で検討

した上で取りまとめて報告するなどの方式で、現場負担を減らしながらも、そこで十分なディスカッション、対策が行われるような仕組みづくりが必要だと思います。また、これを受け取った市町村がそれに対してフィードバックをする、何らかの対応をするというようなことで事故防止の取組が進んでいくことを期待したいと思います。

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、お願ひします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

論点1、2、3について申し述べます。

論点1、高齢者虐待防止の推進について、5ページにお示しいただいておりますが、有料老人ホームのあり方の検討会の取りまとめに示されました職員研修その他の虐待防止措置の強化、高齢者権利擁護等推進事業の促進を通じた体制整備、地域のネットワーク構築、行政・施設・事業所の人材育成等は必須の取組であると考えますので、ぜひ、進めていただきたいと思います。

加えて、高齢者虐待の件数が増加している中、国や自治体において専門家の参画を得て事例の詳細分析を行い、どのような状況が虐待につながり得るのか。自治体、関係施設、事業所が実施すべき点は何か、事例の詳細を分析の上で公表し、取組を進める仕組みも必要なのではないかと考えます。

論点2について、介護現場の安全確保の取組については、利用者に対するケアの質保証とともに、介護に従事する職員の勤務環境の整備としても不可欠な取組でございます。国における一元的なデータ収集・分析、フィードバックにより、全国の情報から得られる事故防止対策に取り組むことが重要でありますので、11ページの記載の方向で進めていただきたいと考えております。

論点3については、御本人が要介護認定申請を行うことが難しい場合に必要な取組でありますので、15ページに記載のサービスについても申請代行が可能となるよう進めていただき、利用者の皆様の安心なサービス利用につなげ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。

中村参考人、お願ひします。

○中村参考人 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いため、長崎県福祉保健部長寿社会課長の中村が参考人として出席させていただいております。

1点意見を申し上げます。

論点4につきまして、検討の方向性に示されているとおり、介護報酬に関連する補助金の支払事務については、国民健康保険団体連合会への委託を可能とするよう見直すべきと考えております。

資料にも記載のとおり、現状の補助金支払業務につきましては、国保連から都道府県に口座情報を提供いただき、都道府県側で改めてその情報を会計システムに登録した上で支払いを行うという仕組みになっております。今回の見直しによって国保連の直接支払いが可能となれば、都道府県が行う事業所の口座登録、確認作業、支出に伴う各種資料の作成といった業務に要する職員の人事費、外部委託費、臨時職員の雇用経費など、膨大なコストの削減が見込まれるとともに、事業者への支払いに要する時間の大幅な短縮につながります。

本見直しにつきましては、都道府県の業務負担軽減に加えまして、都道府県、介護事業者双方にとっても事務処理の効率化につながるという面で非常に重要な見直しと思いますので、早急に実施していただきますよう、よろしくお願ひいたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず論点の1、論点の3、論点4、論点5に賛同いたします。

論点6につきましては、先ほど反対意見とかいろいろございましたので、また事務局におかれましては丁寧に進めていただければと思います。

論点2について意見を申し上げたいと思います。事故情報等統計データベースを構築し、事業所へフィードバックすることにつきましては、ずっとこれまで要望させていただいたものであり、大変ありがとうございます。

その他に関連しまして、12ページに事故報告標準様式の見直しが示されておりまして、その中に事故の種別がありますとか、例えばそこに誤薬、与薬漏れ等というのがありますと、現状、一回薬を飲み忘れた場合も事故報告することになっておりまして、そのほか1センチ未満のちょっとした擦り傷で消毒対応で済むものも今は事故報告をするようになっており、施設からの報告案件が急増しています。したがいまして、市町村には膨大な報告が上がっているものと認識しています。

もちろんこれら軽微なものについてもあってはならないもので、施設内のインシデント、アクシデント報告は当然行うべきと考えておりますが、一方で、このデータベースに格納すべき事故については一度範囲を整理する必要があるのではないかと考えております。私もこの様式の見直しの検討会に参加しておりますけれども、その検討会では診療とか治療など医療対応を要するものについて報告するというのが大方の意見だったと記憶しています。したがいまして、事故の収集・分析に当たりましては、利用者の影響度が大きい事故を優先して対策を講じるべきでありますので、例えば国において事故報告のガイドラインを作成していただき、報告すべき事項について整理をしていただきたいと思っております。

最後に、なお参考で申し上げますと、今後の医療機関の事故報告においては、A類型、

B類型、C類型、すなわちA類型は患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象、B類型は患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象、C類型はその他患者への影響度が必ずしも大きくないものという形で、A類型、B類型、C類型に整理して、院内で事故報告を行うように今見直しがなされています。こういったことも参考にしながら、ぜひ今後の事故報告がうまく対応できるように、そして、データベースシステムがうまく回っていくようによろしくお願ひしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございました。

ほかに追加で御意見がおありの方は。

小林委員、どうぞ。

○小林委員 論点1から6まで検討の方向性について特には異論はございませんが、ただいま皆様のほうから論点6についていろいろな意見がございましたので、私からも1点述べさせていただきたいと思います。

現状に即して考えますと、介護保険を使用する際に、65歳のときに配付された介護保険証の提示を求めてなかなか見つけられなくて、再度確認するであるとか、発行していただくというような業務の手間が大変かかっております。そういう状況を踏まえますと、一斉交付を変更することであるとか、返還義務をなくすということにつきましては現状に即した方向性なのではないかと思いますし、介護支援専門員の業務負担の軽減、それから、事務負担の軽減にも役立つものではないかと考えております。

ただ、皆様からも御意見がありましたように、進めていくに当たりましては、介護保険を受けられる権利についての周知ですとか、業務負担の軽減も含めまして、例えばマイナンバーカードのひもづけを進めていくなど、対策を講じながら進めていっていただきたいと思います。

私からは以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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ので、議題1については以上とさせていただきます。どうもありがとうございます。

様々な御意見をいただきましたので、また御意見等も踏まえて事務局において整理をお願いいたします。

続きまして、議題の2「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日と10月27日に御議論いただいており、その御意見等も踏まえ、事務局において論点に対する考え方を整理していただいている。

それでは、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について御説明いたします。

まず、1号保険料の負担の在り方でございます。4ページでございます。

1号保険料については、これまで累次の見直しを行ってまいりました。

5ページでございます。高齢化の進展に伴いまして、1号保険料水準の中長期的な伸びが見込まれる中で、前回の改正におきまして9段階から13段階への見直しを行ったところでございまして、この標準より多い段階設定を行っている保険者は約24%となっております。

論点といたしましては、被保険者の負担能力に応じた保険料設定についてどのように考えるかということとしております。

続きまして、一定以上所得、現役並み所得の判断基準でございます。8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については、これまでの議論も踏まえまして、一定以上所得の判断基準の議論の対象となる世帯の状況について整理を行ってさせていただきました。

まず、要支援の方のいる75歳以上の世帯の消費支出の状況でございます。9ページから11ページでございます。

これは家計構造調査という統計調査でございまして、この調査ですと、要介護認定、要支援認定を受けた方の消費ですとか貯蓄の状況というのが分けて分かるデータになっていまして、これは貯蓄のほうもそうですが、年収別のデータというのは一定の範囲のサンプルを平均して出しているものでございます。

消費支出でございますけれども、9ページにございますとおり、収入と消費の差というのは様々でございますけれども、年収別のモデルをつくりますと、10ページ、11ページのように収入に応じて高くなる傾向があるのかなと見受けられます。

他方で、これらの家庭のストック、純金融資産の水準でございます。ここでいう純金融資産というのは貯蓄から負債を除いた形で整理をしております。

純金融資産の分布というのは、収入のモデルをつくりますと、収入階級に応じて高くなっています。一定の金額貯金を有する家庭というのは2割負担の範囲の外と考えられる家庭にもあるのではないかと思われます。

要介護世帯を含めた高齢者世帯の貯蓄水準というのも同じグラフの中でお示ししておりますけれども、第2号被保険者である40代、50代が世帯主である世帯と比較すると高い傾向にございます。

補足しまして、14ページでございますけれども、これは年金受給者の年金額と預貯金の関係を見たものでございます。これもおおむね年金額に応じて世帯の貯金の額の高いレンジのほうが大きくなるという傾向が見てとれるかと思います。

また、預貯金の経時的な変化でございますが、15ページでございますけれども、これは家計調査の年報でございますが、平均貯蓄額は世帯によって異なりますが、一部の世帯類型で2024年に減少しておりますが、長期的に見ますと、例えば2割負担を導入した2015年

と比べると低くはないという状況かと思います。

こうした状況を踏まえまして、8ページのところで論点を整理いたしております。

まず基本的な考え方として、能力に応じた負担という全世代型社会保障の基本的な考えに沿って、負担の公平化を図る必要があるのではないか。1号被保険者・2号被保険者双方の保険料水準が継続的に上昇する中で、現役世代を含めた保険料水準の上昇をできる限り抑える必要があるのではないかと整理しております。

こうした観点に立ちますと、要介護高齢者の消費支出の状況ですとか貯蓄額の状況などを見ますと、現在の2割負担の対象以外の方の中で相対的に負担能力があり、負担が可能となる方に対象範囲を広げるということが考えるかと。その際、これまでの基準より収入が低い方に負担をお願いすると。また、医療と比べて介護は利用が長期にわたりますので、一定の費用がかかり続ける介護サービスの特徴等を踏まえた配慮が必要ではないかということを論点とさせていただいております。

令和5年12月に本部会にも報告されました財務・厚労大臣の大変折衝ですとか、閣議決定されました改革工程におきまして、2割負担の検討の方向性として、負担増への配慮を行う観点から、当分の間、一定の負担上限を設けること。また、負担への金融資産の保有状況等を反映すること等が掲げられていることも踏まえまして、こうした配慮措置についてどう考えるかということとしております。

なお、2番目に書いてございます金融資産の保有状況を反映するといった場合に、例えば新たに所得基準により2割になる方については、預貯金の額が一定未満の場合には1割負担にするといった運用が考えられますけれども、既に預貯金を補足給付のほうで支給決定ですか利用者負担段階というのに使ってございますけれども、この運用を考えますと、自治体の事務負担に配慮する必要があるのではないかとしてございます。

続きまして、補足給付に関する給付の在り方でございます。

16ページは、先般の本部会でお示しした見直しの経緯でございます。直近の令和3年度の見直しにおきましては能力に応じた負担とし、制度の精緻化を図る観点から、施設入所者に対する補足給付について第3段階を保険料の所得段階と併せて第3段階①と第3段階②の2つに区分するなどの見直しを行っています。

17ページでございます。このような中、骨太の方針2025においては、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、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とされたことも踏まえまして、経過的かつ低所得者対策としての性格の補足給付に対して、能力に応じた負担とする観点から見直す点はあるかと。

下図に示すとおり、令和3年度の見直しによる細分化後におきましても、同一の負担段階の中で想定される収入と支出に差がまだございますので、令和3年度の見直しのように制度の精緻化による負担の公平化を図ることが考えられないかということを論点としております。

次に、多床室の室料負担についてでございます。

18ページは、10月27日の本部会でお示ししたこれまでの見直し等の経緯でございます。

19ページです。これまでの部会では、老健施設は介護保険法上、住まいではなく在宅復帰支援、在宅療養支援施設と位置づけられておりまして、利用者に室料負担を求めるることは適切ではないという意見や、一部の介護老人保健施設、介護医療院の利用者に室料負担を求めるという見直しが、本年8月に施行されたばかりであり、介護保険の財源が厳しいというだけでは説得力に欠ける部分があるのではないかといった新たな見直しに対する慎重な意見が示されました。

これまでの見直しや議論の経緯を踏まえ、介護老人保健施設や介護医療院の多床室の室料負担の在り方に関する今後の検討についてどう考えるかという論点としております。

次に、ケアマネジメントに関する給付の在り方でございます。

20ページは10月27日の本部会でお示ししたこれまでの議論の経緯でございます。

21ページです。ケアマネジメントに関する給付の在り方につきましては、これまで2回の部会で御議論いただいたところ、見直しに慎重な立場からは負担増に伴いサービスの利用控えが生じ、介護状態が重度化するリスクが生じ得る。客観性や公平性、中立性の確保が難しくなり、自立支援を行うのは困難となる。ケアマネジメントを経ずにサービスを利用する動きにつながり、過度なサービス利用により逆に介護給付費が増加するリスクもある。単に現役世代の負担に配慮する必要があるという理由だけで議論を進めるべきではないといった御意見がありました。

また、積極的な立場からは、長年の懸案であり、持続可能性の観点も踏まえて年内に結論を出すことが必要、代替案や段階的な導入の案も含めて検討することが必要といった御意見がありました。

22ページ、こうした御議論も踏まえつつ、幾つかのパターンを提示しております。本日はこうした点について御意見をいただきたいと思っております。

○の1つ目でございます。ケアマネジメントについて、ほかのサービスと同様、幅広い利用者に利用者負担を求ること、そして、利用控えへの懸念に配慮する観点から、利用者負担の判断に当たって利用者の所得状況を勘案することについてどう考えるかという論点をお示ししております。

○の2つ目です。ケアマネジメントに係る課題としては別途議論している事項がございます。これらへの解決策として、さきに挙げた検討の視点や利点も踏まえ、利用者の所得人の如何にかかわらず、以下の対応を行うことをどう考えるかという論点をお示ししております。

まず有料老人ホームについてでございます。関係検討会の議論も踏まえ、前回部会でも議論いただきましたが、有料老人ホームは実質的な機能が施設サービスと同様になっており、自宅等は性格が異なっているところ、事前規制の強化と併せて、ケアマネジメントのプロセスの透明化の必要性が提起されております。あわせて、一定の独立性が担保されない形での事業運営を行っているホームがある現状を踏まえ、ケアマネジメントの関係性を

整理することが必要とされております。

あわせて、住宅型有料老人ホーム等は、利用者の住まいでありながら、関連する居宅介護支援事業所を通じ、居宅サービスの提供内容の決定に事実上関与しているケースが見られます。こうしたことに鑑み、拠点運営、ケアプラン作成、介護サービス提供が一体的に実施され、一体的に利用者負担の対象としている施設サービスや特定施設との均衡の観点から、特定施設以外の住宅型有料老人ホームや該当するサ高住の入居者に関するケアマネジメントについて、利用者の負担を求めるについてどのように考えるかという論点でございます。

次に、10月27日に本部会でも御議論いただいた業務負担の在り方についてです。ケアマネジャーがケアマネジメント業務に注力できるような取組が必要であり、法定業務の中でも給付管理をはじめとする事務的な業務については、生産性向上や適切な業務分担のための環境整備等を推進することが考えられます。給付管理に関する業務については、現場の負担感がある一方、ケアマネジャーが必ず行うべき業務ではないと考えられ、ICTによる効率化を図るとともに、例えば業務効率化が十分に進展するまでの間、事務に要する実費相当分を利用者負担として求めることについてどう考えるかという論点をお示ししております。

次に、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。

26ページ、27ページは、10月27日の本部会で示したこれまでの議論の経緯等でございます。

28ページでございます。総合事業の実施状況を見ると、6～7割の市町村において多様なサービス・活動のいずれかが実施され、訪問型、通所型サービスの実施事業所の2～3割がサービス・活動A～Dを実施しております。

現在、令和6年の要綱改正等を踏まえまして、各市町村において、軽度認知症の方も含めた要支援者の自立生活を支える受皿の確保など、総合事業の見直しに向けた取組が進められています。

要介護1・2の方には認知症の方も一定数見られるところ、専門職の関わりの必要性が指摘されております。また、地域の実情に応じて、専門職によるサービスと地域住民をはじめとする多様な主体による支え合いの仕組みが適切に連携する体制づくりを整備することの必要性も指摘されております。

こうした状況に鑑み、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、専門職と地域の支え合いの仕組みの連携の取組状況も含めた総合事業の実施状況や、市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、引き続き包括的に検討を行うことについてどのように考えるかという論点を示しております。

続きまして、被保険者範囲・受給者範囲でございます。

29ページは、10月27日の本部会でお示ししたこれまでの議論の経緯等でございます。

30ページ、これまでの部会では、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、介護は高齢者特有のニーズでは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状態を解消して、制度の普遍化を図るべきという御意見ですとか、一方で、第2号被保険者の対象年齢を引き下げるについては、若年層は子育て等に関する負担があること、受益と負担の関係性が希薄であることから反対といった双方の御意見がございました。

これまでの議論の経緯を踏まえ、介護保険制度における被保険者・受給者の範囲についてどのように考えるかということを論点としております。

9番、その他（金融所得、金融資産の反映の在り方）でございます。

金融資産については、先ほど一定所得のところで少し触れさせていただきました。

31ページでございます。金融所得の関係で、介護保険では、保険料や窓口負担割合の算定につきまして、税法上の合計所得金額等を用いております。金融所得については、確定申告を行う場合には、合計所得金額等の算定において勘案される仕組みとなっております。また、補足給付については、所得要件に加えて預貯金の資産を勘案して、利用者負担を決定しているという運用を今しております。

この金融所得のほうの反映の在り方につきましては、後期高齢者、あと、国民健康保険と併せまして、改革工程において、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ検討を行うとされてございます。

医療保険における在り方については、158ページのとおり、先日の医療保険部会でも議論されているところでございます。

これらを踏まえまして、金融所得については、確定申告を行う場合は課税所得とされ、結果として保険料や窓口負担等の算定においても所得として勘案されておりませんけれども、確定申告を行わない場合は課税所得に含まれず、勘案されないという取扱いになっておりまして、その是正に取り組む必要があるのではないかと。

一方で、法定調書のオンライン提出義務ですか、法定調書へのマイナンバーの付番・正確性確保、システムの整備、関係者の事務負担等の留意点が考えられるところでございまして、保険料や窓口負担等の仕組みをどのように反映するかについて、医療保険の対応も踏まえ、まずは制度面・運用面、総合的な観点からの検討を進める必要があるかという論点としております。

その他、次に高額介護サービスの在り方でございまして、32ページでございます。

介護保険制度においては、取得の段階に応じて利用者負担額に一定の上限を設けまして、これを超えた場合には、超えた額が高額介護サービスとして利用者に償還されることになってございます。これは過大な負担を防ぐという仕組みでございます。

高額介護サービス費の所得段階及び上限額は、制度創設時には生活保護受給者等の方、住民税非課税の方、これ以外の方という設定でございましたけれども、上限額については制度創設時から医療保険の高額療養費制度も参考に設定されてきております。

こちらは過去2回の見直しが行われてきておりまして、平成29年改正においては、一般区分の負担上限額を医療保険の一般区分の多数該当と同水準とともに、長期利用者に配慮して、1割負担のみの世帯については年間の負担額が現行の年間の最大負担額を超えることのないよう、年間上限を設けております。

令和3年改正におきましては、医療保険における自己負担の上限額に合わせて、現役並み所得区分についての細分化を行っております。

これまでの見直しの経緯や制度の運用状況等を踏まえ、今後の検討についてどのように考えるかということを論点としております。

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。

多くの論点があるところでございます。

西澤課長からございました論点9ですが、金融所得については先週木曜日の医療保険部会で議題として取り上げられたところで、対応については医療保険との関係性も問題になってくるかなと思いますが、今日のところは介護保険について御自由に御議論いただきたいと思います。

それでは、また会場からお願いしたいと思いますが、恐縮ですが、お一人3分以内ということでお願いできれば幸いでございます。

それでは、先ほどと逆回りでいきたいと思いますが、和田委員から橋本委員までいかがですか。皆さんですね。

では、和田委員からお願いします。

○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。

まず、論点3について申し上げます。今、これまでの基準よりも収入が低い方まで2割負担の対象を広げるということが論議されています。しかし、これは年金を主な収入とする家計に非常に深刻な影響を与えます。物価高で可処分所得が減っている中、利用者負担が引き上げられれば、必要な介護サービスを諦めたり、利用を減らしたりする人が増えることが予想されます。介護が必要と認定されても、負担をためらうあまり給付を受けない人が増えるような状況は、介護保険制度の目的そのものを損ないます。したがって、2割負担の基準引下げには強く反対いたします。

また、医療に比べて利用期間が長く、費用がかかり続けるという介護サービスの特徴を踏まえると、今回示されている負担増への配慮というのは、現状では配慮になっているとは言えません。私たちは、これまでも介護が必要と認定された方の利用者負担については、低所得者にしっかり配慮し、負担能力に応じた負担を求めるよう繰り返し要望してきました。第1号保険料に13段階の負担区分があるように、利用料でもより丁寧な配慮を検討していただきたいと思います。さらにこれ以上保険料を引き上げるということは極めて困難です。利用者負担の拡大に頼るのではなく、公費負担割合を増やすべきだと強く申し上げます。利用を妨げるような負担増は絶対に避けなければなりません。

続いて論点6です。本人や家族にとってケアマネジメントは相談支援の要です。ここに利用者負担が生じれば、ケアプランの作成を断る、すなわちサービスを利用しない方が増えてくるということが懸念されます。特に認定者の多くは80歳以上で、制度が複雑な中、納得できる説明とケアプランがあって初めてサービスにつながります。だからこそ、ケアマネジメントは現行の10割給付を維持すべきです。

今回、一案として特定施設との比較、つまり有料老人ホームの外付けのサービスへの負担導入が示されていますが、この妥当性を判断するためには、特別養護老人ホームなど特定施設の基本報酬の中でケアマネジメントに相当する単位がどのくらいなのか、その割合がどれほどなのかを明示していただく必要があります。示されなければ比較はできませんし、バランスのひずみの有無というのも判断できません。

さらに、給付管理業務の実費相当を利用者負担とする案についても、ケアマネジャーに求められている役割を踏まえれば、今回の全ての負担導入案が利用者やケアマネジメントの質にどのような影響を及ぼすのか総合的に検討すべきです。

私たちは現役世代の負担増を抑えるという理由だけで議論を進めるべきではないと考えております。現行の10割給付を守り、同時にケアマネジャーの確保と処遇改善を確実に進めるということを強く要望いたします。

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。民間介護の山際です。

前提として応能負担の考え方を否定するものではありませんし、現役世代、特に就職氷河期世代と呼ばれる世代への対応が重要であるということは共通認識ではないかと思っております。

その上で3点意見を申し上げたいと思います。

論点の3番目、2割負担の拡大のところですが、現役世代との比較ということで貯蓄額の資料が出されていますが、年齢の高い高齢者の貯蓄額が多くなるというはある意味当たり前ではないかと考えています。多くの場合、退職金制度があり、老後の備えをつくってきた世代の貯蓄額が高く、また、退職金もこれから、そして、子育て費用もかかっている現役、40代、50代の世代の貯蓄額が低いのは当然ではないかと考えています。

また、総務省の家計調査でいいますと、65歳以上の世帯については2022年から24年にかけて赤字幅が増えているという実態がありますので、そういう生活の実態についても踏まえる必要があると考えております。

さらに、1割負担から2割負担に急に増えていった場合に、利用控えの懸念があり、重度化してかえって費用が増加するのではないかということについても懸念しております。

論点の6番目、ケアマネジメントの利用者負担についてですが、所得の高い方、それから、有料老人ホームの業務負担の部分ということで、主に2つの観点から新たな提案があ

ったと受け止めました。以前より課題となっていた公平・中立性の課題については、この中身では解決し得ないのではないか。また、利用控えにつながるということについて、ここも同様と考えております。

また、有料老人ホームへの在宅サービスはあくまでもやはり外付けサービスです。在宅サービスについては区分支給限度額が適用されていますので、施設とは明らかに構造が違うということで、施設系とイコールという形で議論はできないのではないかと思っています。

また、給付管理の業務負担ですが、給付管理は本来保険者が行うべき機能と考えており、介護保険制度導入時にこの業務をケアマネが実施することになったという経緯もありますので、利用者への実費負担というのは筋違いではないかと考えております。

さらに有料老人ホームでは、囲い込み等について問題になっており、一方で、事実上提携、一体という理由づけでは矛盾があるのではないかと考えております。ここは有料老人ホーム等に関わるケアマネジメントの在り方であるとか、業務負担は機能の在り方の問題としてきちんと議論していく必要があるだろうと思っています。

論点の7番目です。要介護1・2の方の地域支援事業への移行については、継続検討ということですので、これは妥当だと思います。ただ、地域の支え合いの仕組みづくりがやはり大事だということで、その中にぜひ総合事業を位置づけることが必要だと考えております。地域の支え合いの仕組みづくりをスローガンであるとか理念ではなくて具体化できる内容、先進的な自治体もありますし、有用な事業者も存在していますので、こうした視点で引き続き包括的な検討を継続する。今回以降の改定の論議で継続論議、2割負担の拡大、ケアマネジメントの利用者負担については、今回の制度改定の論議の中でさらに検討を深めていくことが必要だろうと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

平山委員、お願いします。

○平山委員 連合の平山です。

私からは論点3です。一定以上所得、現役並み所得の判断基準について、今回、貯蓄額を基準に2割負担の対象を拡大する提案がされておりますけれども、そもそもこの貯蓄については、高齢者にとって突然の入院や家族の介護、不測の支出に備えるものであり、また、同じ貯蓄額であっても、独居や老老介護世帯では実質的な負担能力は大きく異なると考えます。また、そもそも貯蓄金額を正確に判断することは現時点では現実的には結構難しいのではないかと考えています。そういうことから、公平性を本当に確保できるのか。この点については疑問があります。したがって、貯蓄額で負担能力を判断するということに関しては慎重であるべきと考えております。

さらに、介護はサービス利用期間が医療と比べて長期化しやすく、利用者負担の増加はサービス利用控えにつながり、結果として重度化を招く懸念があります。このため、従来

どおり1割負担を基本とし、貯蓄額に基づく2割負担の拡大には慎重な検討を求めます。

次に論点6、ケアマネジメントに係る給付の在り方について、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は非常に重要なことです。利用者負担を導入すれば相談やサービスを控える人が増え、必要な支援につながりにくくなるおそれがあります。こうした観点から利用者負担を導入するべきではないと考えております。

また、有料老人ホームにおけるケアマネジメントについても、まずは独立性や透明性を高めるなどの改善を優先すべきであり、利用者負担の扱いについては慎重な検討が必要と考えております。

次に論点8、被保険者範囲・受給者範囲についてです。この点については10月27日にも発言をさせていただいておりますが、改めて同様の内容を発言させていただきます。

介護は高齢者特有のニーズでは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と考えております。その際は、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などについて慎重に検討する必要があります。また、新たに被保険者・受給権者となる若年者に丁寧に説明を行っていくべきと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

瀬口参考人、お願いします。

○瀬口参考人 ありがとうございます。

私からは6点あります。

論点3ですけれども、介護保険制度の持続可能性を高めるため、さらなる応能負担を求めるることは仕方ないことと考えます。応能の負担の方法として、所得金額を下げる、または金融資産の保有状況等を反映することだと思いますが、前者ですと、現状より低い所得の方への負担が大き過ぎるため、後者の金融資産や不動産などの資産保有状況等を反映する方向で検討すべきと考えます。

論点4について、資料2の17ページの論点に対する考え方の制度の精緻化による負担の公平化については賛成ですが、そもそも補足給付は低所得者対策で設けられたはずのものですけれども、現状では特養入居者の約65%、老健入所者の約50%が補足給付の対象者となっており、これは多過ぎておかしいと思います。預貯金は反映されているようすけれども、不動産、金融資産等も反映すべきで、補足給付は本当の低所得者に使われるべきと考えます。

論点5についてです。特養等は、介護保険法上、住まいと位置づけられています。一方、老健は住まいではなく、在宅支援施設と法律上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られることは適切ではないと考えます。

論点6についてです。資料2の21、22ページに論点に対する考え方があります。22ペー

ジの1つ目の○に利用者の所得状況を勘案するとありますが、保険料の利用者負担は所得、金融資産の保有状況を求められ、ケアマネジメントにおいても所得状況を勘案することとなると非常に複雑になりますので、反対です。

また、一番下の業務負担の在り方についても、ICTの活用による効率化の事務に要する実費相当を利用者負担として求めるとなっていますが、これも同様に複雑になると考え、反対です。

真ん中の記載にあります有料老人ホームに関わる対応については、現状の有料老人ホームの活用状況として、居宅サービス等を組み合わせ、実質施設サービスや特定施設と同様のサービス提供を受けている現状を踏まえ、そのような有料老人ホームから施設サービス等に含まれているケアマネジメント費用を求めるることは筋が通っていると考え、賛成です。

論点7についてです。現状、要支援1・2の方についても十分なサービス提供ができるていない状況ですので、それを軽度者の要介護1・2まで対象とすることについては反対です。

論点9についてです。所得、年金、預貯金のみではなく、株などを含む金融所得、不動産等を把握することは厚労省にとっては業務が大変膨大だと存じますけれども、これらが反映されないと公平性につながらないと考えます。

以上です。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

論点5と論点6について意見させていただきたいと思います。

多床室の室料負担、それと、論点6のケアマネジメントの利用者負担の導入、どちらも財源が厳しいから自己負担を進めていくというようなニュアンスがあるのではないかなど思います。それでは説得力に欠けるのではないかと思います。

多床室に関しては、先ほど言われたように、やはりそれぞれの施設はそれぞれの役割があるので、老健施設はもともとの役割が自宅ではないということなので、そこは考えたほうがいいのではないかと思います。

次に、ケアマネジメントの利用者負担に関してです。ケアマネジメントのサービスの利用控えというのが起こってくるのではないかと思います。家族や患者さんの自己判断ということになってくる。今でも例えば車椅子を借りるとか、そういった簡単なことは、ケアマネジャーさんに言わなくてはいけないですかとか、そこを通さなくてはいけないですかというような御意見もある。適切な医療や介護、治療や予防といった自立支援の観点からは離れたようなサービスの形態になっていくのではないかと思いますので、慎重に考えたほうがいいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

反対サイドで御意見のほうは。皆様ですね。

では、小林委員、お願ひします。

○小林委員 ありがとうございます。日本介護支援専門員協会の小林でございます。

私のほうからは論点3と6について意見を述べさせていただきます。

まず論点3につきまして、負担能力に応じた負担につきましては、自治体に預貯金把握等の事務負担が生じると予測されるために、手続が煩雑にならないような方法を検討する必要があると考えます。また、2割負担の枠を広げる際には、介護が必要な高齢者に与える影響を十分に勘案しながら、10にあります高額サービス費についても併せて検討いただきたいと思います。

論点6につきまして、ケアマネジメントに利用者負担を導入した場合には、サービスの利用控えや必要な支援を受けにくくなる等のおそれがあります。ケアマネジメントの役割や機能、中立公正の観点からも、現行の給付の維持を強く求めます。また、収入に応じて利用者負担を課すということは中立公正にならないため、慎重に考えるべきです。

一方で、ケアマネジメントへの利用者負担導入につきましては、今回の御提案のようなこれまでとは別の角度から考えてみるとことも必要であるとは思います。住宅型有料老人ホーム等に関する同協会のモニター調査では、必要性がないにもかかわらず、施設側からサービス料を増やすように求められた事例が34%に上り、そのうちおよそ半数が求めに応じないと入居を断られるなどの理由でやむを得ず応じているということが確認されました。これは自立支援を重視したケアマネジメントや、利用者の尊厳の確保という観点から看過できない課題です。このような事案は一般の居宅介護支援では発生することは極めてまれであり、住宅型有料の課題とも言えます。

今回の提案は、実務上、それらの事業所を事実上特定施設と同視し、報酬体系を居宅介護支援の考え方ではなく、施設支援に準じて整理するということですが、その場合は適用範囲や影響を精査する必要があると考えます。具体的には、形式上は住宅型有料老人ホーム等と同様でありながら、今、創設される登録制において無登録で運営している事業所など、対象となる有料老人ホームをどのように定義するか、住宅型有料老人ホーム等を運営する法人等にとって都合がよいプランを作成し、セルフプランとして保険者に届け出るなど、適正なケアマネジメントプロセスを経ず、利用者意向を無視した囲い込みや過剰なサービスの提供を行うなどというセルフケアプラン制度の悪用なども懸念されます。

また、要支援の入居者がいる施設に対して、地域包括支援センターとの連携や、介護予防マネジメントを市町村が適切に担えるかなど、制度の実施に当たっては、関係者や現場の実態に基づく丁寧な検証を行うとともに、利用者に不利益が生じないことを最優先に議論を重ね、慎重に制度設計を行うことを強く希望します。

業務負担の在り方につきましては、今、ケアプランデータ連携システムの導入とともに、事務職員の配置も進めているところです。ケアプランデータ連携システムを活用することによる給付管理に係る時間や業務の負担軽減に向けてICTを推進していくべきです。この提

案は、かえって事務負担を増やすこととなり、業務負担の軽減や介護基盤の構築に向けていこうとしている動きと一致していないと思われます。また、利用者に実費を求めることが、介護支援や介護予防における実質的な利用者負担とならないように慎重に検討すべきと考えます。

最後に、これは給付費分科会の議論であるとは思いますが、介護支援専門員の人材確保・定着や職責の重要性を鑑み、処遇の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にお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護士会の及川でございます。

私のほうからは3点意見を申し上げます。

まず論点2、1号保険料負担の在り方でございますが、これまでにお伝えしております。重ねてなりますが、介護サービスを必要としている方々が適切に必要な介護サービスを利用できることが重要でございます。サービスの利用控えが生じないような対応をお願いしたいです。

次に論点6、ケアマネジメントに係る給付の在り方でございます。焦点とした特定施設入居者、生活介護以外の住宅型の有料老人ホームについて、同一または関連法人、また、連携関係にある事業所が実施するケースは確かにあると思いますが、そうでないケースがあることも事実でございます。このことを踏まえれば、一律に利用者負担を求めるのが妥当とは言いづらいのではないかでしょうか。訪問介護サービスでも通常の訪問介護と集合住宅の訪問介護の状況を区分して整理する必要性に言及する声も少なくございませんが、同様にこの部分については丁寧な整理が必要だと考えます。

最後にもう一点ですが、論点7です。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、整理方針としては異論はございません。特に地域の支え合いの仕組みについては、記載のとおり、地域の実情に応じて専門職によるサービスと地域住民をはじめとする多様な主体による支え合いの仕組みが適切に連携する体制づくりを整備することが重要と考えております。国側の支援体制も含め、各地の実態等を踏まえながら、包括的な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。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

本件については、制度の持続可能性の確保が論点になっており今後、現役世代が急激に減少して、その一方で高齢化に伴う介護費用のさらなる増大が見込まれるという状況を考えますと、現役世代の負担を軽減しつつ、能力に応じて負担をしていくことが求められて

いると思います。そうした観点で、やはり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言わざるを得ません。また、これまでの本部会においても複数の委員から御指摘がありましたように、新たな公費投入といった負担構造の見直しについても検討していく必要があると思います。

個別の論点ですが、まず一定所得以上の判断基準の見直しについては、低所得者に配慮することは当然ですが、その上で利用者負担を原則2割負担とするといった踏み込んだ見直しも必要だと考えています。より踏み込んだ議論をしていくためにも、様々な幅広い選択肢あるいは財政影響を示していただき検討を深めていく必要があると考えています。

また、今回お示しいただいた高齢者の資産の保有状況のデータを踏まえると、やはり負担能力のある方には一定程度負担していただく必要があり、その負担能力の判定については、預貯金を反映させていくことも必要だと考えています。現状も補足給付で預貯金等を勘案していますので、事務負担の課題があることは承知しておりますが、やはり世代間、世代内の公平性の観点からも検討を進めていくべきだと考えています。

あわせて、対象範囲を拡大する場合は、上限を設けるなどの経過措置を行うことなど、議論の方向性に異論はございません。

利用者負担の見直しに当たっては、令和5年末の大臣折衝の確認事項で、きめ細かい負担割合の在り方とあわせて検討ということが示されており、所得基準を細分化した負担の設定といった選択肢もあるのではないかと考えています。

補足給付に関する給付の在り方について、お示しいただいた所得段階の基準の細分化による制度の精密化については、公平性を図る観点からも取り組んでいくべきものだと思います。

ケアマネについては、我々としてはやはり利用者負担を導入すべきと考えています。今回お示しいただいた有料老人ホームにおけるケアマネの負担については、施設間での公平性あるいは介護サービスの適正な提供といった観点からも、議論の方向性について異論はございません。

軽度者の生活支援サービスについては、総合事業の実施状況を踏まえつつということは理解していますが、なかなか進んでいないという状況ですので、要介護1の生活援助サービスから実施するためにはどのような手立てが必要なのかといった観点からも検討してもいいのではないかと考えています。

最後に、被保険者の範囲については、以前も申し上げましたが、やはり若年層の子育ての負担、あるいは受益と負担の関係からも、改めて反対を申し上げます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員　私からは、論点3と論点6についてコメントさせていただきます。

論点3については、負担への金融資産の保有状況反映ということですけれども、具体的

にどの程度の金融資産を反映するかという具体案がないのでなかなか難しいかと思うのですが、いずれしても、この辺はかなり丁寧に検討していただきたいと思います。

それから、論点6のケアマネジメントに係る給付の在り方でございますが、21ページの3つ目の○にこれまでの部会での議論が要約されておりまして、慎重な立場からの意見では、負担増に伴うサービスの利用控えのことではありますとか、ケアマネジメントの客観性、公平性、中立性のことは記載されているのですけれども、これは私、以前も発言させてもらったのですが、判断力が低下した認知症の人のケアマネジメント、特に独居の認知症の方のケアマネジメントの課題と申しますか、特殊性と申しますか、今は特殊でもなくなってきたているのですが、これについて触れられていないので、改めて指摘しておきたいと思います。

一般に、認知症の方は、そうでない方よりもサービス利用の必要性の認識が低く、現在の自分の状況がなかなか理解しにくいということをございまして、サービスの利用に当たっては不安とか不信が非常に大きいということがございます。要介護認定を受けたとしても、サービス利用の段階でそれを拒否されるという方は非常に多い。こういったことに対して、ケアマネジャーは本人の意向に従ってケアマネジメントを行わないとするわけではなくて、実際は主治医らとも協働しながら、本人と信頼関係を構築する努力を重ねて、本人の意思決定支援をしながら、時間をかけてサービス利用につなげていくということをしております。

こうした活動は、介護保険制度が導入される前は精神保健に精通した市町村の保健師が公的な仕事としてやってきたことでございますが、介護保険制度が導入されてから、それをケアマネジャーが引き継いでおります。当初は様々な課題もあったのですが、経験の積み重ねの中で、私の印象では、ケアマネジャーはかなりそういった知識や技術を身につけてきたという経緯がございます。

ということで、ケアマネジメントを単にケアプランをつくる業務と考えて安易に有料化すると、そのような活動自体が抑制されまして、認知症とともに生きる人の人権の確保という観点からもケアマネジメントの質が低下する可能性があるということを指摘しておきたいと思います。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの皆様からお願いします。

大西委員、お願いします。

○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。

私のほうからは2点について意見を申し述べたいと思います。

まず論点3でございます。預貯金等を勘案して2割負担の対象範囲を拡大するという提案でございますけれども、具体的な方法論の議論がされていない現時点におきましては時期尚早であると考えております。効果的な施策となるよう、引き続き丁寧な検討を続けていただきたいと思っております。

といいますのは、所得に加えて預貯金等を勘案して2割負担の対象範囲を拡大するとした場合、保険者、市町村が要介護者の預貯金等を捕捉する必要が生じますけれども、現在行っております本人申告による預貯金等を勘案して実施している補足給付におきましても、正確な捕捉は困難であるという実態がございます。そうしますと、利用料の負担増となるこの提案において正しい申告がなされるかどうかという懸念もされ、その捕捉が果たして実効性のあるものになるのか疑問が残るところでございます。

また、補足給付における預貯金等の勘案におきましても、金融機関への照会等の作業が自治体職員の事務負担となっておりますことから、今回の提案におきましても同様の確認方法が必要となった場合、現場の事務負担が過重となることも我々として危惧されているところでございます。

いずれにいたしましても、具体的な捕捉方法が詰められていない現時点におきまして、預貯金等の補足によって2割負担の対象範囲を拡大するという提案は時期尚早であると考えられますので、引き続き丁寧な検討をお願いしたいと思っております。

また、仮に介護保険サービスの利用者負担の判定についてのみ預貯金等を勘案するとした場合には、従来どおり、所得によって判定する保険料との整合性が取れなくなるのではないかと考えております。また、その他医療保険等といった他の制度等における状況についても考慮する必要がありますして、その辺、他の制度とのバランスが崩れることのないよう、社会保障制度全体を視野に入れた大局的な検討をぜひお願いしたいと思います。

それから、2点目、論点7でございます。軽度サービスでございますが、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、第127回、前々回の本部会におきまして慎重な検討をお願いしたところでございます。いずれにしても、先ほどから御意見が出ていますが、受皿となるはずの総合事業の整備等が進んでいない自治体も多々あることを十分に考慮していただいた上で、今後におきましても、現状を鑑みながら拙速に結論を出すことのないようお願いいたしたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

論点3と論点6でございますけれども、これらにつきましては、いずれにしてもどなたかに対して一定の負担を求めるということになりますので、単に負担の話ということではなくて、そもそもの見直しの必要性について丁寧な説明をした上で話を進めるのがこれからも重要であると思います。

また、現役と高齢者の方の対立のような構図にならないように、全世代型社会保障の基本的な考えにあるように、年齢にかかわらず能力に応じた負担をしていただくということを強調して進めていただきたいと思います。

その上で、論点の3でございますけれども、やはり一定以上の取得について対象範囲を

広げることについてやむを得ないことだと思います。その上で、負担増への配慮につきまして、これも必要なことだと思いますけれども、先ほど申し上げたような負担能力に応じた負担という観点では、やはりマル2にありますような金融資産の保有状況を反映するという形で進めていくべきではないかと思います。

自治体の負担につきましても、懸念は理解させていただきますけれども、やはり医療においても負担能力の判断の在り方というのが非常に重要になってきておりますので、この辺りと連携をしながら、政府全体でマイナンバーの預貯金口座へのひもづけなども併せてぜひ進めていただきたいと思います。

今回、現役並み所得の判断基準というのは提案にございませんけれども、これにつきましても引き続き検討していくべきだと思います。

いずれにしましても、今、目下の大きな政策課題となっております現役世代の負担軽減ということにも十分配慮しながら進めていただきたいと思います。

論点6、ケアマネの給付の在り方でございますけれども、これにつきましては、私どもとしても他のサービスと同様に幅広い利用者の方々に負担を求めていくべきではないかなと思います。

負担増への配慮ということにつきましては、他のサービスとの関係や制度の簡素化ということを考えると、ケアマネジメント制度独自の基準というよりは高額介護サービス費の中で考えていくべきではないかと考えております。

そのほか、論点8、2号被保険者の対象年齢につきましては、これは過去にも発言しましたけれども、そもそも現役世代の負担軽減というのは今課題となっていますので、それと異なることとなりますので、これにつきましては現段階では反対ということでございます。

論点9、金融所得、金融資産につきましては、先ほど申し上げましたように、これは政府全体となって負担能力を判断する基準、ツールというものが必要になりますので、ぜひ検討を進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

介護保険制度の持続可能性の確保に向けて、その対策を急ぐ必要があることは委員の共通認識だと理解しております。全世代型社会保障の構築に向けて、能力に応じた負担の強化は避けては通れません。また、現役世代の負担軽減は、公平性の観点に加え、経済成長と社会保障を両立していくためにも必要不可欠と考えます。

そのため、御提示のあった2割負担に関する上限設定の在り方や金融資産の勘案、ケアプランの自己負担の見直しなどの方向性は妥当なものと考えます。低所得の方々への配慮や、必要なサービス提供体制の確保などの手立てを講じつつ、具体的な制度設計をお願い

します。

なお、将来のあるべき姿に向けて、マイナンバーのさらなる活用やDX化を引き続き強力に推進いただきたいと思いますが、当面は可能な範囲で段階的な対応を進め、まずは改革の第一歩を踏み出すべきと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

では、石田委員、お願ひします。

○石田委員 よろしくお願ひします。

まず、2割負担対象者拡大の件です。現役世代と高齢者世代の貯蓄額を比較するというようなことがありましたけれども、そもそも貯蓄に関して、現役世代はこれから増えていく可能性がある貯蓄額ですけれども、高齢世代のほとんどの貯蓄はこれから切り崩されていく貯蓄額でもあります。数字そのものは同じ土俵で比較する数字ではないので、あまり参考にならないと思います。

そして、多くの年金生活者への、年々切り崩されていくであろう金融資産も対象とするという御提案がありますけれども、実際に年金で不足する部分を、預貯金の切り崩しで何とか対応している人たちの生活中で、1割負担から2割負担となった場合には、確実にサービスの利用控えが生じるということがあります。そうなった結果、当然ながら重度化のリスクというのは高まります。状態が急変したり、疾患が重症化するというようなこともあります。そうなると、結局、医療費が増大することになってしまいます。

こうした状況の中で、今、この物価高騰の折で年金生活者の暮らしは大変厳しい状況です。その中で頼りにしている介護サービス費用が倍になるというようなことになったらどうしようと、多くの人が非常に不安に駆られている現状でもあります。

まず、この対象者拡大という御提案ですけれども、今ではないと思います。この物価高騰の現状がもう少し解決していかない限りは、今、年金生活者は、この先を見据えてただただ怯えるだけということになりかねません。ぜひとも、まずは人々の生活の安定化を最優先し、その後にこの対象者の拡大ということを考えていただきたいと思っております。

次に、ケアプランの有料化についてです。これについては基本的に反対の立場です。ケアプランというのは、もともと公正中立の立場を守って、偏りのない、利用者のニーズに合わせたプランを策定するという公的な保険制度の要になる仕事です。これが利用者負担になるということは反対です。

もし有料化になってしまふと、先ほどお話にもありましたように、例えば認知症の方であったり、最もケアマネジメントが必要である人にとって一番困る状況に追いやられてしまうということにならうかと思います。

ちょっと視点を変えますと、ケアマネの事業所というのは、基本的にケアマネジャー数が1事業所当たり平均2.3人というように、非常に小規模の事業所が多いのが実態です。そういう中で、例えばもし万が一ケアプラン有料化というようなことになりましたら、そ

れに伴う様々な事務作業、費用、そうした管理業務等など、関連する業務が膨大に膨らみます。そういったときに、そこが事務員を雇うことができるかどうかということです。小規模事業所にとって、これは難しい話で、現実的ではありません。もともとケアマネジャーの収入も、全産業平均から比べて年収100万円以上の差があります。事務所にかかる手間と必要経費が増えれば昇給も難しく、減収となれば閉鎖する事務所も増えると考えられます。そういった状況の中で、ケアプラン有料化というようなことが導入された場合には、ケアマネ事業所が窮地に追いやられるということは明らかです。今一度申しますが、ケアプラン有料化は反対いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山田委員、お願ひします。

○山田委員 ありがとうございます。全国老施協の山田でございます。

私のほうからは5点について発言させていただきます。

8ページ、能力に応じた負担をするという考えにおいては負担の公平化に係る必要性があるということは理解しております。ただし、制度上所得に応じて負担割合を設定したこと、年金が上がらない現状からも、預貯金の保有状況を反映することや一定の負担上限を設ける等については具体的な水準が示されていないため、2割負担の対象範囲を広げることについては何とも言い難いことがあります。利用控えにつながらないよう、慎重な検討が必要だと思います。

関連しまして、論点9ですけれども、技術的な課題があると考えております。資料31ページの3行目には、補足給付においては、所得要件に加えて預貯金等の資産を勘案して、利用者負担段階を設定しているとありますが、補足給付では、福祉事務所で把握することができる生活保護受給者を除き、預貯金等の額は自己申告によっているのが現状でございます。金融所得、利子所得、株式譲渡益への課税ですら、確定申告をしない人については分からぬという課題がございます。こうした問題をクリアしなければ、高齢者の金融資産によって自己負担割合を判定するのはかえって不公平を招くのではないかと危惧いたします。

論点4でございます。16ページ、補足給付の食費について、令和3年8月の改正以来、食費の基準費用額は1,445円に据え置かれておりますが、その後の食費の消費者物価指数の推移を見ると27.1%上昇しております。全国老施協の令和7年6月の調査では、利用者1人当たりの食費は1,787.6円という結果でございまして、基準費用額と343円の開きがあり、実勢価格に合わせた食費の基準費用額の見直しが早急に必要です。

論点6、20ページのケアマネジャーはやはり公平中立が重視され、ケアマネジメントは負担を求める介護保険サービスとは異なる考えがあると思います。一方で、施設利用者は実質的にケアマネジメント費用を負担しているとも言えます。また、障害者総合支援法の計画相談支援との整合性も必要です。ケアマネジャーの役割として、法定業務以外の内容

を整理してケアマネジメントに注力できる環境整備も重要であり、ケアマネジメントにおいて利用者負担を求めることに関しては、より慎重な検討をお願いいたします。

論点7、28ページでございます。要介護度1・2の方は、ADLが自立している要支援者とは異なって、認知機能の低下、排せつ、着脱、洗身等、介護給付サービスがなければ自立した生活が困難な状態像にあります。もし総合事業に移行すれば、介護給付サービスが受けられずに自立を阻害し、重度化を招くおそれがあります。さらに、要介護度1・2の方は、認知症高齢者の日常生活自立度の構成割合が大きく異なり、自立度が上がることでより高い専門性が求められます。真に必要なサービス提供体制の確立がない中で、要介護度1・2の方へのサービスの低下が危惧される軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方の見直しには強く反対いたします。

論点8でございます。29ページの第2号保険者の対象年齢の引下げについては、若年層は子育て等にかかる負担があることや、医療保険等とは違い、受益と負担の関係性が希薄であることが実情です。障害者総合支援法の利用者との整合性の必要があることから、介護を必要とする全ての人にサービス給付を行うか、高齢者の介護保険を維持するかは慎重に検討すべきと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

現役世代の保険料負担が限界を迎えており、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、能力に応じた負担により給付と負担のバランスを図るという全世代型社会保障の実現に向けて、スピード感を持って制度の見直しを進めていかなければならないと考えております。

8ページの論点3について、9ページ目以降に高齢者の収入と消費の関係や貯蓄の状況について分析した資料があります。現行の2割負担の世帯よりも年収が低い世帯について、2割負担対象世帯と支出のモデルや貯蓄額の分布がそこまで大きく変わらない世帯もあることが見てとれます。

こうした実態を踏まえて、制度の持続可能性に加え、利用者間の公平性の観点からも2割負担の対象範囲を広げていくべきと考えております。その際には、医療・介護連携が深まる中で、両サービスの間の平仄は可能な限り合わせるべきと考えており、医療制度における判断基準の在り方を踏まえて対象範囲を検討すべきです。これまで何度も先送りされてきた経緯を踏まえ、今回は確実に見直しの方針を得るべき論点と考えております。

なお、負担増への配慮が必要と様々な場で指摘がされています。こうした御意見を踏まえると、医療保険で後期高齢者への2割負担を導入した際の対応を参考に、経過措置を導入することは一つの考え方だと思います。一方、医療と比べて、介護では継続的なサービス利用が考えられる中、能力に応じた負担をお願いするという見直しの趣旨に立ち返って、

上限額やその期間について設定していくべきだと考えます。

次に論点4ですが、補足給付について、17ページ目に分かりやすい資料を用意してくださいました。御指摘のとおり、現行、収入と支出の差に違いがある制度となっていることを踏まえると、負担の公平性の観点からも見直しの余地があると考えます。

論点6についてですが、ケアマネジメントの給付の在り方についても長年の課題となっており、今回の見直しで一定の結論を得るべきと考えております。既に介護保険制度においてケアマネ制度が利用者やほかの事業者の方にとって十分に普及し、ケアマネの果たす役割が関係者の中でしっかりと確立されていると思います。一方、ほかのサービスでは利用者負担があることから、制度内での整合性の確保や利用者がケアマネのサービスについて関心を高めていただくためにも、基本的な考え方としては一律に利用者負担を求めていくべきと考えております。

最後になります。論点9の金融所得、金融資産の反映について、医療保険の分野でも議論が始まっていますが、現役世代に負担構造が偏りがちな社会保険構造を見直すために必要な検討課題であり、議論を進めていくべきと考えます。一方で、金融所得や金融資産の把握や、それに応じた保険料徴収は、特に2号被保険者について実務面での課題が非常に多い点は配慮する必要があると考えます。

以上です。

○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。

論点3、一定所得以上、現役並み所得の判断基準について、新たに金融資産の保有状況を反映するという方向性については異論はありません。その際、その水準や金融資産の範囲については、公平性を毀損することがないよう制度設計することが重要だと思います。

あわせて、論点9でお示しいただいている確定申告の有無による課税所得に関する不公平な取扱いの是正等も講じていくことが重要だと思います。また、所得基準そのものを変更することは、各所得ごとの収入と支出の状況からして、介護保険サービス利用を想定すると生活を維持することが困難な水準であり、所得基準は変更せず、金融資産が一定の額以上あることを反映することと課税所得の不公平是正にとどめるべきだと思います。

次に論点6、ケアマネジメントに係る給付の在り方ですが、利用者負担を求めるにより介護保険制度の利用抑制につながり、適切な介護を受けないことで重度化につながるおそれがあることや、利用者の権利意識が高まることでケアマネジャーの中立公正な立場が崩れ、不適切な要求や介護保険サービス過剰利用につながるおそれがあること、そして、利用者負担の請求業務、収受業務、金銭や債権管理業務が新たに発生することで、ケアマネジャーの業務がますます煩雑化すること、また1割負担でおよそ1,000円から上位加算を取得していたとしても、2,000円の金額であり、収受するための費用対効果の観点で効果が薄いことや、その費用が発生することで事業所の収支悪化につながることなどから、現行

の範囲で10割給付を維持するべきだと考えます。

また、有料老人ホームに係る対応は、居宅サービスの提供内容への有料老人ホームの事実上の関与、働きかけを認めることとも受け取れ、利用者本位が損なわれるおそれがあるということや、有料老人ホーム以外の居宅介護サービス利用者との公平性の観点からも課題があると思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

介護保険の持続可能性は非常に重要な課題でありまして、今回様々な御提案がなされていますが、第10期に向けてさらに高齢者が増加し、または現役世代の減少のフェーズを迎える中で、このような対策でどのぐらいそれがカバーできるのかという見通しありがなのでしょうか。これらの対策を全てやっても賄いきれないのではないかというような心配もしながら意見を申し上げさせていただきます。

まず、2割負担の範囲でございますが、応能力に応じて範囲を広げるということについては致し方ないのかなと思っております。実際に1割負担の場合、定価の9割引きということになるので、高齢者にとっても比較的それを頼みやすいとか、そんなような状況もないわけではないかなと思っております。介護のコストということ、また、補助器具など福祉用具のコストなども意識しながら、大切に使っていくという意味でも必要なことかもしれません。一方で、認知症等の状況に応じて、どのような対策を行うかということなど、軽減策も同時に考えていくことも必要ではないかと思っております。

2点目なのですけれども、ケアマネジメントに関しては、介護保険を適正に使っていくためには非常に重要であり、それに対する対価についても本人の理解を得ることも必要かと思います。医療機関での相談や初診料、法律に関する相談などにおいてもすべてが無料、自己負担がないわけではありません。ケアマネのシャドーワークなどの話もあり、ケアマネさんの仕事の価値をきちんと認識していただく上でも、一定の御負担をいただくことも検討してもよいのではないかと思います。

一方、公平性、透明性ということは非常に重要でありまして、以前のように市町村が措置を判断するとか、そういうような介護保険側、保険者側が判断するのではなく、どちらかというと事業者に近いところに所属されていることで、限度いっぱいのやや過剰なサービスということも御指摘があるところでございます。ケアマネジメントの透明性、また、評価も含めて、介護保険のサービス提供面だけではなく、経済的な効果についても検討すべきかなと思います。

それから、40歳未満についてはそろそろ本格的な議論、40歳未満も含めて介護保険をどう考えるかという国民的な議論を始めてよいタイミングではないかなと考えます。

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、お願ひします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

30ページの論点8について意見を申し述べます。全世代への在宅療養等の提供体制の整備が進む中で、重度の状態、あるいは看取り期にある若い世代の方が地域で療養している例がございます。本人と家族を支えるには、訪問診療や訪問看護のみならず、介護サービスの提供が必要な状況の方がいらっしゃいます。現在では、自費での利用や、一部の自治体では事業として介護サービスの利用の補助をしている状況がございます。対象者数としては非常に少ないものの、介護保険や障害サービスの対象にならない方で介護サービスのニーズが高い若い世代の方がいらっしゃいます。全世代への療養の支援の観点での検討も今後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。

中村参考人、お願ひします。

○中村参考人 ありがとうございます。

地方においては団塊の世代が全て85歳を迎える2035年以降、介護ニーズの大幅な上昇が見込まれております。一方で、生産年齢人口は既に減少しておりますし、今後もその減少が続していくという状況では、一人当たりの保険料負担の増加、また、市町村・都道府県の公費負担の増加というのを避けられない状況になってございます。

こうした状況を踏まえますと、制度の持続可能性を確保するために、給付の重点化や効率化を図りつつ、年齢に関係なく、能力に応じた負担を求めていくという視点に立つことは極めて重要であると考えておりますし、資料2に示された様々な課題をしっかりと議論した上で必要な見直しを行うべきであると考えております。

特に論点6につきまして、ケアマネジメントの給付の在り方についての考え方を示されておりますが、今回示された施設サービス等との均衡の観点から、住宅型の有料老人ホームの利用者に負担を求めるという考え方を理解できるものであります。テクノロジーの活用や業務負担の軽減といったケアマネジャーの処遇改善とともに推進していくべきであると考えております。

ただし、利用者負担の導入に当たっては、先ほど小林委員からも御指摘がありましたが、高齢者の住まいとして届け出された有料老人ホームだけでない、それ以外の類型も幾つかございますので、こうした施設との違いをどのように整理するのか、利用者、事業者、保険者に対して明確な考え方を示す必要があるとも考えてございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

河野参考人、お願ひします。

○河野参考人 中島村長が公務により出席がかないませんので、参考人として1点発言さ

せていただきます。

論点3では、利用者負担2割の対象範囲を広げることが検討の方向性として示されており、これについて金融資産の保有状況を反映することが考えられるとあります。

さらに、論点の9では、金融所得、金融資産の範囲の在り方として、預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、検討を行うと記載されております。

また、利用者負担2割の対象調査を行う場合は、範囲が広く、事務の負担が増えることが考えられるところでございます。人数の少ない町村役場では複数の事務を一人の職員が負うなど、事務が輻輳しているのが現状でございますので、町村役場の事務負担が大きくなり過ぎないように、慎重に検討を重ねた上で丁寧な制度設計をお願いしたいと存じます。

私からは以上でございます。

○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 全国老人クラブ連合会です。

論点3について意見を申し上げます。制度の持続可能性の検討について、利用者負担の見直しを図るため、応能負担を進めるという考え方について反対するものではございません。ただし、今回の一定以上の所得、現役並みの所得の判断基準について、貯蓄額の状況をもって負担能力を図るという考え方については、現状、正確にそれを把握するのは難しいのではないかと私どもは考えてございます。したがいまして、負担する側の公平性が担保されないということが生じると考えてございますので、今後この部会についてより丁寧な検討が必要ではないかと考えてございます。

私どもからは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

では、論点について意見を申し上げます。

まず、論点5については前回申し上げたとおりでございます。

続いて、論点7につきまして、以前から総合事業のデータベースを構築して見える化を図るよう要望していたところですけれども、現状どういった利用者がどういったサービスを受け、どういった状態に変化しているのかという実態が全く分からぬので、いわゆるブラックボックスとなっておりますので、要介護1・2の生活援助を支えられる枠組みかどうかというのは全く不明で今判断できないので、一刻も早くデータベースの構築をお願いしたいと思います。

続きまして、論点6につきまして、住宅型有料老人ホームの入居者に係るケアマネジメントについて利用者負担を求めるにつきまして、介護保険制度の仕組みから考えますと、論理的な根拠は全くなく、同じ自宅でありながら、住む場所によって利用者負担が異なることはあってはならず、後々に禍根を残すことになろうかと思います。

高齢者住宅においては、一部の事業者による過剰サービスの問題があるわけですけれども、それについてはケアプランの中身をあるべき姿にすべきことでありまして、ケアマネジメントの負担導入とは無関係であります。

また、住宅型有料老人ホームは、介護保険施設とは異なって、低所得者への食費、居住費の補填である補足給付がないため、所得の低い入居者への配慮がないことも留意すべきであります。

あと、業務負担の在り方の提案につきましても、これまでの介護保険制度の考え方を覆すものであり、行うべきではないと思います。

いずれにしましても、論点6の提案は国民に説明がつかないものであり、反対いたします。

続きまして、論点の3と4と10について申し上げます。これらは新たに負担増となる方が生じ得る論点と認識しております。あくまでも介護保険制度の健全な持続の確保、応能負担は進めていくべきである上で申し上げますけれども、現状、物価高騰により多くの国民が生活に困窮しており、国としても大型の補正予算を組んで対応について議論している最中でございます。利用者負担増をお願いするのは今このタイミングではないことは強く申し上げたいと思います。

本日の論点はこれまでのデフレ時代と同様のものであり、インフレ社会への対応が全く講じられていないとも判断しております。現在、インフレ社会による苦しい国民生活を守るために、国民の可処分所得、すなわち手取りをいかに増やすかという観点で国会でも政策議論がなされており、本日の論点は逆行しているものとも感じています。

足元の法人税収、消費税収は過去になく高まっており、健全な制度の持続、国民の介護保険料が負担とならないためにも、新たな公費の導入を検討すべきと考えております。

サービス提供体制の確保の観点からは、現状の医療・介護は過去に経験のない経営危機に瀕しており、しっかりと支えていく必要もあります。物価高騰の折、基準費用額も上げるべきであり、基準費用額は、現状公費ではなく介護保険財源を活用していることもあります。公費負担の在り方については幅広く議論すべきだと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

佐藤委員が間に合われたようですので、意見書も出していただいているので、お願ひします。

○佐藤委員 意見書を出させていただきましたので、端的に。遅れて参加となり、申し訳ありませんでした。

2点ほど、論点3、4に関わるところですけれども、9ページ目に御案内いただいたとおり、収入と支出の関係をまとめさせていただいているけれども、そこで2点言えることがあると思います。

一つは、消費というのは実は能力なのです。支払い能力なのです。消費ができるという

ことは、その裏には所得と資産があるということになるからです。経済学的にはそういう解釈をします。なので、特に見ていただきたいのは、収入が少ないにもかかわらず、極端なことを言うとゼロにもかかわらず、支出の多い方がいらっしゃるのです。そこにもばらつきがあります。この裏にあるのはやはり資産です。ですので、自己負担の決定においては、補足給付のところもそうなのですけれども、やはり収入だけではなく資産というのは、この場合、資産というのは当面は預貯金にならざるを得ないのですけれども、やはり預貯金を反映させて、自己負担の決定やあるいは補足給付の在り方というのを考えいくのは必須かなという気がします。

何人かの委員が御指摘のとおり、私はこちらの専門なので、現在市町村が使っている合計所得金額は完全に不完全です。あれは確定申告されていない金融所得は入っていないからです。ただ、これも今、マイナンバーの付番と名寄せによってこの辺りを見直していくというのは税制との関係や市町村の財政運営との関係でも重要視されていますので、そちらの議論を踏まえながら、順次精緻化させていけばいいかなという気がしています。

あと、最後はそろそろ決めないといけないということです。検討するとか実態の調査というのは聞こえはいいのですけれども、これではいつまでたっても決まりません。もちろん今はインフレなので、明日やれという話ではないとは思いますけれども、いずれ新たに自己負担の範囲を広げる工程表というのは早急につくっていく必要があるかと思います。

あと、公費の投入につきましては、もちろん消費税の自然増収になれば、その部分は増えます。他方で、公費というのは要するに消費税なので、国民の間では増税については全くコンセンサスが得られていませんので、公費の投入と言われても、自然増を除けば財源はないということになるかと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、最後になります。野口部会長代理からお願ひいたします。

○野口部会長代理 どうもありがとうございました。

何人かの皆さんがあっしゃったように、生産年齢人口は本当に今後も減っていくわけで、介護も含めて社会保障財政の逼迫というのはますます深刻化することが考えられている。今、佐藤先生もおっしゃいましたけれども、応能負担を強化して、負担能力に応じて自己負担割合を見直すという議論は医療や介護についても避けられないと思います。現行制度では所得のみで、今のところ、1割から3割負担が決まっておりますけれども、高齢者というのは所得よりも、スライドの11ページ、12ページに見られるように、やはり金融資産の保有額に大きなばらつきがあるということが分かると思います。所得だけでは実際の負担能力を十分に反映することができない。この点を考えると、一定程度、金融資産、預貯金ですね。佐藤先生があっしゃったように、自己負担割合に反映する方向性には公平性や世代間のバランス面から一定の合理性があると思います。

一方で、これも皆さん多くの方が指摘されたように、資産要件の導入には幾つかの重要な

な留意点があつて、まず第一には、資産把握は行政コストがかかる。制度運用が複雑化する可能性があると。2番目は、負担増は利用控えを招いて、軽度者のサービス利用が減ることで、家族介護の負担、特に女性を中心に影響が大きくなる懸念がある。第3に、これは経済学的視点からで、経済学は基本的に人が悪いので、非常に重要なのは、試算で基準を決めるというのは資産行動をゆがめるという点です。これは、資産を多く保有すると自己負担が増えるわけですから、資産を増やさないようにするとか、資産保有の回避行動が起こる。一方で、制度がいわゆる試算基準に段差があるようなクリフ型、崖があるような型で制度設計されてしまうと、基準を下回るために資産を早期に取り崩す。これはアメリカとかでよく起こってしまう現象なのですけれども、いわゆるスペンドダウン、使い切ってしまうという行動が起きる可能性がある。

つまり、資産テストというのは資産の貯蓄あるいは取り崩しの両方向にゆがみを生じさせるわけです。これは非常に望ましくない行動変化です。したがって、資産要件を導入するときには、例えばここでいうところの資産、このグラフにありますけれども、金融資産が例えば3000万以上の高額資産層に対象を絞るであるとか、急な段差のない段階的な負担制度とするということが非常に重要だと思います。プラス家族介護負担への対策をセットで行うということが不可欠だと思います。

ですので、総合すると、この金融資産、預貯金を応能負担に反映させる方向性というのは一定の合理性がありますし、これは不可欠だと思います。その副作用として、皆さんおっしゃられているように家族、特に女性のインフォーマルケアラーへの影響に対しては十分に配慮しながら慎重に進めるべきだと思います。

以上です。どうもありがとうございました。

○菊池部会長 どうもありがとうございます。

よろしいでしょうか。

多数の論点につきまして、賛成、反対、その他様々な多数の御意見をいただいたところでございます。

例えば中医協、中央社会保険医療協議会ですと、公益、支払側、診療側と立場がそもそもはっきり分かれて、その中で議論を進めるわけですが、審議会というのは、本来は全員が公益の立場にある委員ということになります。そういうことで言えば、様々な御意見がある。本来であれば、みんなで膝を突き合わせてかんかんがくがく議論する。その中で落としどころを見つけていくというような作業を本来であればやりたいところなのですが、さはさりとて、皆さんお忙しいですし、私も年末にかけて予定が詰まっていますし、なかなかそうはいかないということで、現実的には事務局に今日の様々な御意見を勘案したさらなる整理をしていただくということになります。

私からのお願いといたしましては、また事務局から各委員の皆様それぞれにいろいろな御相談をさせていただくかと思いますけれども、ぜひ皆様それぞれのお立場から、全体として今回どうまとめていくかという観点も踏まえて、ぜひお知恵をお出しいただければと

思ってございます。とても抽象的な言い方しかできないのですけれども、ぜひ御協力いただければ幸いでございます。

ありがとうございました。

それでは、最後に報告事項となります、議題3「その他」の中で2つ、「福祉部会における議論の状況」、「福祉人材確保専門委員会における議論の整理」について続けて御説明をお願いします。

○南社会・援護局地域共生社会推進室長　社会・援護局地域共生社会推進室長でございます。

資料3に沿って御説明をいたします。

今週11月17日に福祉部会におきまして論点整理を行っておりますので、特に介護保険部会にも関連の深い事項を中心に御説明をいたします。

資料3をおめくりいただきまして、目次がございまして、1から5まで大きく5点について議論を進めております。このうち、介護保険部会でも御議論いただいて内容と重なる1と2について御説明いたします。

まず1、地域共生社会の更なる展開につきましては、9ページ以降で過疎地域等における包括的な支援体制整備のための新たな仕組みについて議論を行っております。

10ページ、この間、福祉部会と並行いたしまして、市町村・都道府県等に御参加いただきまして、ワーキンググループを開催しております。市町村や都道府県等から出ている御意見に対して、一定の対応の方向性を整理してございます。

相談、地域づくりともに人員配置について、分野横断的なものとして柔軟な配置としていく方向で検討を進めていくということにしております。その際、これまで持っていた機能をしっかりと維持していくために、相談については専門相談、後方支援体制として都道府県や近隣市、専門職団体等との連携体制を確保していく方向で検討をしております。その際、都道府県の支援事業の強化等も図っていきたいと思っております。

また、市町村・都道府県等から、相談に対しては研修の適切な実施、あるいは場合によってはAI等の活用、それから、地域づくりについては地域の様々な取組等の連携、こういったところの御意見もいただいておりますので、次年度はモデル事業を検討しておりますので、この事業の中で検証を進めていきたいと考えております。

その他といたしまして、特に担い手が不足する市町村を対象として想定しておりますで、事務手続の簡素化等についてもその方向で進めていきたいと考えてございます。

続きまして2番目、身寄りのない高齢者等への対応について御報告いたします。

16ページ以降で資料を整理しております。

身寄りのない方に対応するための新たな事業の創設ということで、18ページ以降に検討の方向性を提示しております。

9月と前回11月に御議論いただけておりますけれども、主には22ページで、9月に福祉部会でいただいた御意見について追加で課題ということで整理をしております。

また、加えまして、25ページ、補足説明資料ということで、9月の福祉部会でいただいた御意見を踏まえて整理をしてございます。一つは市町村、自治体の役割、もう一つは新たな事業を実施する際の事業者のチェック体制について御意見がございましたので、この点について対応の方向性を整理してございます。

自治体の役割につきましては、包括的な支援体制の整備の中で身寄りのない方への対応についても含んで対応していただくということを明確化した上で、法律に基づく指針あるいは地域福祉計画のガイドライン等について明記していく方向で検討したいと思っておりますし、新たな事業のチェック体制につきましては、社会福祉協議会が実施主体になる場合は、運営適正化委員会による適正な運営の確保、さらには新たな事業を実施する事業者に対するガイドラインの検討等を行っていきたいということで整理をしております。

これらの点について、引き続き年末の取りまとめに向けて議論を進めていきたいと考えております。

説明は以上でございます。

○芦田社会・援護局福祉人材確保対策室長 続いて、社会・援護局福祉人材確保対策室長の芦田です。よろしくお願ひいたします。

お手元の資料4の1ページ目を御覧ください。

介護人材の確保が喫緊の課題となる中で、福祉部会に設置されました福祉人材確保専門委員会の議論の整理が11月11日に取りまとまりました。11月17日に福祉部会に御報告いたしましたが、こちらの介護保険部会のほうにも御報告いたします。

議論の内容は、黄色い部分のとおり、大きく4つに分かれます。

まず、地域における人材確保の取組といたしましては、10月27日の本部会でも御報告したプラットフォームにつきまして、都道府県を設置主体とし、情報共有の場と個別課題に実践的に取り組むプロジェクトといった重層構造を取ること等について取りまとめられてございます。

2つ目、多様な人材の確保・育成・定着につきましては、最新の介護に関する情報発信、テクノロジー、介護助手等の活用による業務改善・生産性向上に取り組むことなどが必要とされております。

3つ目、中核的介護人材の確保・育成につきましては、その役割・機能等の整理などの必要性ですとか、介護福祉士の届出制度の拡充、そして、複数資格の取得に係る方策などについて盛り込まれたところです。

また、令和8年度卒業者までの介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験義務づけの経過措置につきましては、終了すべき、延長すべき、二者択一の議論では不十分といった様々な御意見を踏まえまして、必要な対応を講じられたいとされているところでございます。

あわせて、養成施設の今後の在り方といたしまして、国家資格の取得に向けた取組の強化、地域において求められる役割を果たしていくことなどの必要性についても盛り込まれ

ております。

最後4つ目、外国人介護人材の確保・定着につきましては、小規模法人で受け入れが難しいことを踏まえ、プラットフォームを活用した地域ごとの支援策の検討、また、准介護福祉士について廃止すべきとの御意見を踏まえた適切な対応が必要とされております。

これらに加えまして、この専門委員会におきましても、人材確保のために処遇改善や専門性の評価が重要であるといった御意見も多く出されました。そうした中で、介護保険部会等におきましても必要な議論を進め、人材確保策をより一層進めていくことが重要とされたところでございます。

なお、福祉部会の全体の議論に合流させるため、先行してこちらの議論の整理を行いました。そのため、先ほどの福祉部会の論点整理とは別の報告となったところでございますが、最終的には福祉部会の取りまとめの中に人材確保についても含まれていく形となってございます。

私からの説明は以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

ただいまの資料3及び4については報告事項ということですが、御発言を求められる方はいらっしゃいますでしょうか。時間の関係上、あらかじめ把握させていただきたいと思います。

栗田委員、及川委員、橋本委員ですね。それから、オンラインでは田母神参考人でよろしいですか。

では、4人の方からということで、まず栗田委員からお願ひします。

○栗田委員 私から包括的な支援体制に向けた対応、特に過疎地域等における包括的な支援体制整備のところで、1つだけですが、お願ひというようなことでお話しさせていただきたいと思います。

9ページ、10ページ、11ページに相談支援の構造化と地域づくりの構造化という具体的なイメージが書かれておりまして、相談支援の構造化は大変分かりやすいのですけれども、地域づくりの構造化が少し分かりにくいかなと思っております。一般に相談支援の本質は、個人が持つ複合的な支援ニーズに対して必要な社会的支援を分野横断的に調整することで、地域づくりの本質はそれが可能な地域社会の構造をつくることだと思うのですが、この地域コーディネート機能、地域活動運営機能が本当にそれにつながっているのかなというの、私の理解不足かもしれませんけれども、いま一つ見えてこないというところがあって、実際に現実に離島などの中山間・人口減少地域では、制度がない中で創意工夫しながら包括的な支援体制づくりを始めているのですけれども、分かりにくい制度を持ってくると、それをやること自体が目的化してしまって、柔軟な創意工夫が阻まれてしまうことがありますので、ぜひモデル事業を通して分かりやすい事業の構造化をお願いできればと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願ひします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護士会の及川でございます。

福祉人材確保専門委員会における議論の整理というところの参考資料について少しお話を申し上げたいと思います。

最後のページの「おわりに」というところでも、人材確保については福祉介護分野の処遇改善や専門性の評価についても併せて検討することが重要という趣旨の記載がありますが、まさにそのとおりだと考えております。福祉人材の確保策につきましては、処遇改善と専門性の評価の在り方を含めて、一体的な議論となるようにぜひともお願ひしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

橋本委員、お願ひします。

○橋本委員 ありがとうございます。

福祉人材確保専門委員会における議論の整理という資料4についてですが、福祉人材を確保するためにどうしていくかと。養成したり、定着させたりするという議論も大切だと思います。大事で外せないと思うのですが、今後、介護人材が増える見込みは正直に言つてないと思います。介護人材だけではなくて、日本の労働人口も減ってきますから、その中で、介護人材や福祉に関わる人材だけが増えるということはあり得ないです。努力は必要なのですけれども、それと同時に、AIとかITというほど大きなことではなく、今ある介護機器の活用が必要だと思います。介護機器は今、眠りセンサーとかいろいろなことがありますので、そういう機器を使って、人材が少なくともやっていけるようなことを考える。それからこういう場の議論ではないかもしれません、定年60歳を65だけではなくて70歳ぐらいにして働く人を増やしていくというようなことも考えていかなかったら、本当に現実と乖離してしまうのではないかとは思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、田母神参考人、お願ひします。

○田母神参考人 資料3、17ページからの身寄りのない高齢者等への対応、2-1 新たな事業についてでございます。この事業については必要性の非常に高い取組であると考えておりますが、具体的な内容のところで1点意見でございます。入院・入所等の手続支援とございますところですが、療養や施設入所に関する本人の意思決定そのものについては、医療機関や介護施設事業所等が本人の意思決定支援を行い、また、意思の確認をしておりますけれども、20ページにお示しいただいております新たな事業において、「入院・入所等の手続支援」の事業内容の例として契約の立会や付き添い、そして、緊急連絡先の提供などが示されております。こうした手続において、どこまでを新たな事業所が対応するのか。実際には非常に多様な場面があり、線引きが難しい状況があるかと思いますので、そ

の対応の範囲について、そして、医療機関や事業所との連携の在り方についてはより詳細な検討が必要であると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかにはよろしいでしょうか。

平山委員。

○平山委員 連合の平山です。

資料4の人材確保の関係ですけれども、人材確保の大前提として待遇改善は必須だと考えています。介護サービスを安心して受けられるよう、その担い手を確保することは喫緊の課題であることは皆さん共通の認識だと思います。

しかし、現在の待遇であったり、職場環境が他産業と見劣りする状況ではなかなか人材確保が難しい状況になっています。骨太の方針2025でも明示されているとおり、介護職員の待遇改善を進めることは人材確保の土台として欠かせないと考えます。

関係各所と連携しながら、この議論の整理に沿って、今後、介護人材確保に向けた取組を進めていただくとともに、介護業界全体の待遇改善に向けた取組をぜひ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。

時間が来ておりますが、せっかくお出ましいただいてお話をいただき、御意見をいただきましたので、南室長、芦田室長からコメントなりなんなりお願いできるとありがたいです。

○南社会・援護局地域共生社会推進室長 過疎地域の特例につきまして、地域づくりのところをしっかりと構造化ということでしたけれども、まさにモデル事業で検討したいと思っていますし、その中では、いろいろな地域で取り組まれていることも踏まえて、どういった形で示せるかをしっかりとモデル事業と併せて、そういったバックアップというか市町村の支援と併せて検討していきたいと思っております。

○芦田社会・援護局福祉人材確保対策室長 本部会での御議論も踏まえまして、人材確保対策の検討をしっかりと進めていきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 もうちょっと中身に入って何かコメントをいただきたかったなと思うのですけれども、もうひと声いただけませんか。

○芦田社会・援護局福祉人材確保対策室長 人材の確保につきまして、資質の向上なども重要な点ですので、引き続きしっかりと対応してまいりたいと思います。

また、待遇改善などについて御議論いただきました。こちらは関係部局とも連携しての論点かと思いますので、引き続き厚労省として考えていきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 よろしくお願ひいたします。

ありがとうございます。よろしいですか。あとは特にございませんか。

ございませんようでの、本日の審議はここまでとさせていただきます。非常に活発な御議論をいただき、ありがとうございました。

それでは、次回の日程について事務局からお願ひいたします。

○村中企画官 次回の本部会の日程については、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とさせていただきます。

お忙しい中、御参集いただきましてどうもありがとうございました。