

○村中企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第130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・援護局から福祉人材確保対策室の担当者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。

師走になりまして、大変お忙しいところ、本日も御参集いただきまして、誠にありがとうございます。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

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

なお、鳥潟委員、東委員におかれましては、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。

また、御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部次長の尾崎正英参考人がオンラインで御出席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。

それでは、初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局から確認をお願いいたします。

○村中企画官 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

願いいいたします。

なお、時間が限られる中で多くの委員に御発言いただきたいと考えておりますので、御発言はお一人3分以内でおまとめいただきますようお願いいたします。また、時間が到来しましたら事務局よりベルを鳴らしますので、御協力いただきますようお願いいたします。

報道関係の方に御連絡します。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、御退室をお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

(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、まず、議事1「持続可能性の確保」について御説明を受け、御議論をいただいた後、議題2「論点ごとの議論の状況」について御説明を受け、御議論をいただきます。

それでは、まず、議題1「持続可能性の確保」につきまして、この議題については、9月29日、10月27日、11月20日と、これまで3回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論点に対する考え方を整理いただいております。

それでは、事務局から御説明をお願いいたします。

○西澤介護保険計画課長 事務局、介護保険計画課長でございます。

資料1を御説明させていただきます。

まず、5ページでございますとおり、前回の部会で一定以上所得の判断基準の論点に対しまして、一定の考え方を示させていただきました。

今回は、その考え方に沿って、所得要件の機械的な選択肢と配慮措置の具体的な内容について提示させていただいております。

6ページを御覧ください。

まず、所得要件の選択肢でございます。所得上位30%までの範囲で考えられる機械的な選択肢を提示しております。25%が260万円になりますので、その間で250、240と、それで230と置いてございます。

続いて、配慮措置の内容でございます。

1つ目は、当分の間、新たに負担増になる方について、負担増の上限を設定するというものでございます。

これは、急激な負担増を抑制するために、新たな2割負担になる利用者の負担増加額について、当分の間、1か月分の1割負担の場合と比べた負担増を最大の場合、これは4万4400円が基本的に高額介護サービスの限度額になりますので、その半分の2万2200円の約3分の1の7,000円ということでございますけれども、このイメージは、8ページのほうを御覧いただければと思います。

このように、7,000円までで負担増加額が、赤が本来の負担で、青のところで止まるというイメージでございまして、これは後期高齢者医療制度でも2割負担を導入したときに、負担増を3分の1にしたという前例がございまして、これを参考に設定しているものでござ

います。

次に、2つ目の配慮措置でございます。

預貯金等が一定額以下の方については、申請により1割に戻すというものでございます。

負担能力を所得と資産の両方から見ていくことが考えられますけれども、収入階級の中でも預貯金の額に幅があることを踏まえまして、預貯金の額が一定額以下の場合には、申請によって1割に戻すというものでございます。

預貯金の額については、高齢者世代や現役世代の預貯金の保有状況等を勘案して設定することが考えられるとしてございます。

所得要件と預貯金の要件の組み合わせによっては、1割に戻る方が変わってきますので、その事務負担を考える必要があるということを書かせていただいております。

事務フローのイメージが、9ページにございます。これは、現在でも補足給付で資産を勘案させていただいておりますので、それに沿った形で整理をしております。

自己申告をしていただきつつ、介護保険法203条で金融機関への照会ができますので、そういったことについて同意を得て、照会をした結果、見つければ、それを返していただくとか、加算金をということで補足給付を運用してございますので、これを参考にしております。2割負担というのを一旦判定した後に、そういった申請をしていただいて、補足給付のフローと同じ形で判定をするというイメージでございます。

10ページでございますけれども、事務負担についての懸念ということを前回でも御指摘をいただいております。これは、あくまで案というか、考えられるものでございますけれども、一定の事務負担の軽減というのを考えられないかということで、例えばですけれども、今、負担割合証の切替えというのは8月としておりますけれども、預貯金の判断というのがございますので、例えば、判定の時期を10月にずらして、少し全体の所得判定の業務というのも10月まで引き延ばす中で、事務の負担の平準化といえますか、というのができないかということが1つございます。

また、預貯金の申告自体も、例えばですが、2年に一度などにすることにして、預貯金の照会と併せて運用するということも考えられないかといったことでございます。

補足給付についても、同じように簡素化できるところがないかということも併せて検討することを考えるとしておりますけれども、こうした点について、もし議論が必要であれば、市町村、関係者の皆様とより検討してまいりたいと考えてございます。

6ページに戻っていただければと思います。

最後のところでございますけれども、こうした事務負担の軽減を図りつつ、現在の運用を参考にとということでございますけれども、改革工程表においても引用してございますけれども、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、介護保険における負担への金融資産等の保有状況の在り方について検討を行うとございます。

ですので、こういったことは、全体のそういった進捗も踏まえて、今後も検討課題になってくるのかなと考えてございます。

配慮措置の御説明については以上でございまして、7ページが財政試算になっております。

左側のテーブルは、先ほどの7,000円に抑えるという配慮措置①と組み合わせた場合の影響者と財政影響になってございます。対象が増えるほど、財政影響は大きいと、対象者も大きいということになります。

右側は、配慮措置②でございすけれども、これは所得と預貯金ということで、預貯金が500万、夫婦1,500万、その前後200万ということで設定をして、財政試算をしております。

こちらの高齢者の75歳以上の要介護の世帯の中央値ですとか、65歳の中央値、あとは現役世代の預貯金の水準などを参考に、仮に設定しております。

それで、配偶者プラス1000万というのは、補足給付の基準でもそうしていますので、それを参考に置いておるものでございすけれども、下を見ていただくと、これも所得基準が広がるほど、影響者と財政影響度が大きくなると。

他方で、預貯金の基準というのを高くすると、その1割に戻す方が増えるといったような関係になっておりまして、こういった関係のところを、やはり事務負担の中でも考えていく必要があるかなと考えております。

2割負担については以上でございす。

次に、補足給付に関する給付の在り方でございす。22ページでございす。

こちらは、前回の御議論を踏まえまして、具体的な検討の方向性を示しております。具体的には、細分化をして精緻化するという方向性の中で、こういったことが考えられるかということでございすけれども、現在、第3段階①と②がございす。これを、さらに第3段階①のアとイ、①のイ、第3段階②のアとイというのを、それぞれ100万円と140万円というところで、また細分化をしまして、第3段階①のイ、第3段階②のア、第3段階②のイのところの負担の見直しをさせていただいて、負担の平準化を図ることとしてはどうかということでございす。

補足給付は以上でございす。

ケアマネジメントに関する給付の在り方でございす。

23ページから25ページにかけましては、これまでの本部会に提示させていただいた資料でございす。

前回部会では、25ページにある複数のパターンについて御議論いただきました。その内容も踏まえつつ、検討の方向性について御議論をいただきたいと思います。

まず、26ページでございすけれども、幅広い利用者等への利用者負担のパターンでございす。

利用者にケアマネジャーの仕事の価値を認識していただくことや、ケアマネジメントの普及状況、ほかのサービスとの公平性、制度全体の持続可能性の確保といった観点も踏まえて、住む場所にかかわらず、幅広い利用者に利用者負担を求めることについてどう考えるか。

また、利用控えの懸念に配慮する観点から、利用者の取得状況を勘案することについて、どのように考えるかといった点について御議論いただきたいと思います。

次に、業務負担の在り方のパターンでございます。

同じページに載っていますけれども、給付管理に関わる業務について現場の負担感がある一方、必ずしもケアマネジャーが行わなければならない業務ではないと考えられます。

こうした中、ケアマネジメントに注力できる環境を整備する観点から、ICTによる効率化を図るとともに、介護サービス事業所の請求事務の代替としての性格を踏まえ、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をどのように考えるかという点について、御議論いただきたいと思います。

27ページでございます。

これは、有料老人ホームに係る対応のパターンでございます。

今回、要介護者が入居することを踏まえた安全、適正な事業運営やサービス提供を確保する観点から、登録制といった事前規制の導入を検討しております。

事前規制の対象となる有料老人ホームは、これまでと同様、高齢者の住まいであることに変わりはありませんが、要介護者が集住し、要介護者へのサービスの提供の透明性について責任を有するという点で、施設としての位置づけも併せ持つと考えられます。

具体的には、こうしたホームに関して、新たに人員設備、運営に関する基準を設けること。

入居者へのケアマネジメントについて独立性やプロセスの透明性を確保する観点から、ホームがその方針策を作成、公表すること、また、

サービスの内容について、ホームと運営主体が同一、関連の居宅サービス事業所が存在する場合には、ホームがその情報を公表する仕組みを設けることなどを検討しております。

このように、事前規制の対象となる有料老人ホームについては、要介護者へのサービス提供を行う場として、その機能が進化し、自宅等の一般的な在宅とは異なる位置づけも有するところでございます。

このことを踏まえ、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、これらが一体的に利用者負担の対象となる施設サービスや特定施設等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の入居者に係るケアマネジメントに対して、利用者負担を求めることについて御議論をいただきたいと思います。

なお、※4のとおり、利用者負担の対象となるホームについて、負担を避けるための登録逃れや、セルフケアプランの悪用といったことが生じないよう、事前規制の導入の検討と併せて、実効的な方策を丁寧に検討する必要があると考えております。

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いと思います。

会場の方は、挙手を募ります。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いただきます。

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、各委員の皆様の御協力をお願いいたします。また、恐縮ですが、時間が来ましたら、事務局からベルを鳴らしますので、御協力をお願いいたします。

本日ですが、途中退席を御予定の委員がおられます。いずれもオンライン参加の委員でいらっしゃいますので、会場の皆様より、先に御発言をいただければと思います。また、議題1に係る発言の場でございますが、議題2に関しての御意見等でも併せて御発言いただいて結構でございます。

中島委員、大西委員、それから鳥潟委員もお入りですね。それでは、その順にお願いできればと存じます。

まず、中島委員からお願いします。

○中島委員 全国町村会、茨城県美浦村長の中島でございます。

まず、論点3について申し上げます。

6ページの、配慮措置の②では、預貯金等が、一定額以下の方を1割負担に戻す措置が示されております。

一方で、人手不足が顕著な町村役場においては、補足給付における預貯金等の確認業務だけでも相応の事務負担となっているのが実情でございます。

新たな仕組みの導入により、事務負担が増大しないよう、10ページにある保険者の事務負担軽減策など、丁寧な制度設計を検討いただくことをお願い申し上げます。

次に、論点6についてです。

27ページでは、一部の有料老人ホームの入居者に関わるケアマネジメントについて、利用者負担を求める方向性が示されております。

現時点では、具体的な事務内容は明らかになっていませんが、ケアマネ事業者や保険者である市町村が、適切に保険給付の事務を行うことができるような、それぞれに発生する事務負担へ十分に配慮した制度設計が必要になると思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

私のほう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。

大西委員、お願いします。

○大西委員 高松市長の大西でございます。御配慮ありがとうございます。

私のほうからは、今の中島委員の意見にも重なりますけれども、一定以上所得、現役並み所得の判断基準について意見を申し述べたいと存じます。

預貯金額等を利用者負担の判定に用いるということでございますけれども、これを用いるのであれば、全世代型社会保障全体の中で、負担能力についてどう考えるかというのをある程度整理した上で検討していただきたいということでございます。

また、預貯金額を用いる場合にも、現実的な補足方法について具体化した上で、意見交換をして決めていくという慎重な議論をお願いしたいということでございます。

介護サービス全体に係る利用者の負担能力を判断する上で、所得の状況に加えて、預貯金等の額を用いることについてでございますけれども、医療保険制度など、社会保障制度の他の施策と整合性が取れて、なぜ介護保険でこれを取り入れるのかといったことの説明ができないと、被保険者から理解を得ることは困難ではないかなと思っております。

また、全世代型社会保障という考え方のもとで、世代間や他の制度とのバランス等についても十分考慮した上で、社会保障制度全体の中で負担能力の判断をどのように考えていくのか、これを整理した上で大局的な見地で検討を行っていくことが必要かと存じております。

また、お話にもございましたけれども、現在も補足給付で行っているということでございますけれども、実際補足給付の預貯金額の判定につきましては、限られた期間の中で被保険者等の世帯状況や預貯金等を把握して、金融機関等への照会を経て判定する必要があるということで、現在でも煩雑な事務を処理しなければならないということで、実際、現場の職員にとりましては、過重な事務負担になっておるということでございます。

これらの現状に鑑みますと、これ以上、さらに事務負担を求めるということになりますと、なかなか現場が耐えられないということも危惧されるということでございますので、この点につきましては、今後、市町村の保険者と協議していきたいというお話もございましたけれども、より具体的な、効果的な補足方法を、ある程度具体化した上で、その上で検討をするという形で、慎重な議論を特にお願いしたいということでございます。

私のほう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。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員　ありがとうございます。

論点3につきまして、所得要件と配慮措置の内容について、7ページ目に幾つかのパターンとその影響を試算していただいております。

まず、所得要件につきましては、前回、医療・介護間で可能な限り整合を取るべきと申しましたが、医療と比べて、介護は継続的なサービス利用が考えられることも考慮されて、この選択肢が示されているのだと認識いたしました。

それでも可能な限り整合を図るとともに、人口減少、少子高齢化社会において、能力に応じた負担という全世代型社会保障の実現により、介護保険制度の持続可能性を図る観点から、なるべく多くの方が「一定以上の所得」の対象になるよう、所得要件を設定すべきと考えます。

また、配慮措置につきましては、②は能力に応じた負担という観点から、一定理解はできるものの、預貯金等の正確な把握が困難であることに加え、自己負担割合は所得基準で設定しているという制度の整合性の観点から、①の負担増加の上限を設定するほうが現実

的であると考えます。

もし、②を取る場合においては、正確な把握と事務負担の軽減が両立できるよう配慮が必要であり、また、時限の措置とすべきと考えております。

次に、論点4につきましては、22ページに示された方針で進めていくべきと考えます。

最後、論点6についてですが、介護保険制度においてケアマネジメントは当然あるべきものとして、その役割が関係者の中で確立されており、利用者や事業者の方に十分に普及したと考えます。

制度の持続可能性に加えて、ほかのサービスとの整合性や、利用者がケアマネのサービスに関心が高めるためにも、一律に幅広く利用者負担を求めていくべきと考えております。

なお、その際に、低所得の方への一定の配慮は必要と考えます。

業務負担の在り方や有料老人ホームの対応について、特に考え方が示されております。給付管理等の事務に要する部分に、自己負担を求めないことは、制度導入当初、ケアマネジメントを10割給付とした趣旨から少し離れるものであり、また、有料老人ホームは同様のほかのサービス利用者との公平性の観点からも、少なくともこれらについては、自己負担を求めるようにしていくべきと考えます。

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。

それでは、会場からお願いできればと思いますが、栗田委員から、お願いします。

○栗田委員　では、まずは論点3からということで、まずは、この一定以上の所得の判断基準で所得の要件でありますとか、配慮基準とする預貯金の額について、具体的な選択肢のイメージをお示しいただき、ありがとうございます。

このお示しいただきました選択肢につきましては、負担増加の上限額の設定も含めましてですが、今日の物価高と、それによる深刻な家計状況を踏まえて、今、この時期に本当に導入してよろしいのか、あるいはこの選択肢でよろしいのかについては、慎重な御検討をお願いしたいと思います。

それから、そもそもこれを導入する場合には、利用者についてこの仕組みを確実に伝えられるような方法を検討していただきたいということです。

論点6についてなのですが、細かい話なのですが、第129回介護保険部会における主な意見で、少し修正すべきところがあるのですが、そこからお話しさせていただきたいのですが、34ページの最初の○の3行目に、独居の認知症の方への対応の課題として、認知症の方がサービス利用を拒否した場合のことを述べているのですが、そこにケアマネジャーは、本人の意向に従ってケアマネジメントを行うのではなくてと記されておりますが、正確には、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のではなくと発言しております。議事録を確認の上、修正していただければと思います。いずれにしても分かりにくくて大変申し訳ありません。

ただ、何を言っているか、もう一度言おうと思うのですが、ケアマネジャーは、一人暮

らしの認知症の方が、仮にサービスは要らないと、ケアマネジメントは要らないと言ったとしても、その方に対して、もはや何もしないというわけではなくて、その人が置かれた状況を見て、最低限健康で文化的な生活を営めるように、必要に応じて、必要な社会的支援につなげていくための様々な活動をしているということでございます。

ということで、今後、独居認知症高齢者の増加という今日の状況を踏まえると、ケアマネジメントの利用者負担の導入というのが、認知症高齢者の権利利益の保護という観点からリスクを高めるのではないかと懸念をしているところであります。

いずれにいたしましても、このケアマネジャーのそうした活動を抑制しないようにするための対策とともに、この独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から、地域包括支援センターの役割を明確化し、かつ機能を強化していく対策が不可欠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。

今、34ページの3行目の御指摘ですが、ここは、栗田委員が御発言されたことをまとめたという前提でのお話でいらっしゃるんですね、そうすると、議事録のほうの記載がどうなっているか、そこのチェックはしていますか。

○栗田委員　チェックしております。今、お話したことは議事録に書いてあるとおりのことです。

○菊池部会長　そこは、そのように正しく記載をされていたという前提の上で、ここの部分を確認してほしいということで、そこは事務局で精査していただきたいと思います。ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

今回整理いただきました3つの項目に沿って、コメントをさせていただきます。

まず、最初に論点3の一定所得以上の判断基準の見直しについては、論点の1つ目にありますように、能力に応じた負担、負担の公平化あるいは保険料水準の上昇をできるだけ抑えていくことは必要であり、前回も申し上げておりますが、低所得者に配慮した上で、利用者負担については、原則2割負担といった踏み込んだ見直しが必要だと考えています。

今回所得要件について機械的な選択肢、それから配慮措置の内容、財政影響等をお示しいただき、ありがとうございます。

消費支出や貯蓄の水準等を踏まえながら、2割負担の対象につきましては、可能な範囲で最大限拡大すべきと考えています。

今回、配慮措置と組み合わせるということですので、お示しいただいたものの中では、所得要件は、上位30%までにするという方向で見直すべきではないかと考えています。

また、配慮措置の必要性については、理解しており、今回、①、②の案をお示しいただきましたが、既に自治体の委員の方々からも御意見がございましたけれども、事務負担を

しっかり考慮する必要があると考えています。

その場合、配慮措置①、当分の間、上限設定を設ける方法のほうが現実的と考えています。

次に、論点4の補足給付については、制度の精緻化の観点で、細分化していくことに、異論はございません。

論点6のケアマネの関係については、検討の方向性に示していただいたように、サービスの利用者にケアマネジャーの仕事の価値を認識していただくこと、あるいはケアマネが十分に普及をしていること、そして、やはり介護保険制度全体の持続可能性を確保していく点等を勘案しますと、改めて利用者負担を導入していくべきだと思います。

その中で、今回、有料老人ホームにおけるケアマネジメントの負担については、施設間での公平性の観点を踏まえると、利用者負担を早急に導入すべきではないかと考えています。

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、2点御意見申し上げます。それで、1つ質問をお願いいたします。

まず、論点3についてでございますが、利用控えとならないことが大事だと考えて、何回も私どものほうで繰り返し御意見を申し上げているものでございますが、改めて申し上げます。

もう一つが質問となりますが、今回御提示いただいた7,000円の根拠は理解いたしました。この金額とすることによる影響をどのように考えているのか、確認させていただきたいと思います。

次に、論点6についてでございます。

ケアマネジメントに関する給付の在り方の有料老人ホームに関わる対応の関係でございます。

前回も発言いたしましたが、住宅型有料老人ホームについては、同一関連法人、連携関係にある事業所とそうでない事業所との関係については、訪問介護の通常の訪問介護と、集合住宅との関係に通じていると考えております。いずれにしても、丁寧な整理の上で、それぞれの適正化を図ることが必要だと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、逆サイドの皆さん、御発言を御予定の方は、お手を挙げていただけますか、皆さんですね、では、小林委員から。

大変失礼しました、御質問がありました、及川委員の御質問に対してお願いします。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

参考として、資料の12ページを御覧いただくと、先ほどの7,000円のイメージでございますけれども、12ページは月額平均的な自己負担の分布を載せております。全体としましては、平均は1.5万円と。これは、月単位の利用ですので、利用期間が短い方もいらっしゃるかもしれませんので、参考までに下位10%の自己負担の分布を除くと1.6万円になりますけれども、例えばこの配慮措置なしですと、2倍ですと、4万4400円が高額介護サービス費の限度額ですので、単純に2倍になってしまいます。

これが、負担が約半分以下に抑えられるというイメージでございますし、在宅の平均でも1万円ぐらいですので、それが1万円増えるところ、7,000円ということで、ある程度抑えられるというところでございます。

逆に居住系や施設系というのは、2割負担になると4万4400円に届くという方も多いですが、そこまで行かずとも止まるというところもありますので、一定の負担感の軽減にはなるのではないかなと考えております。

前回、2割負担をもともと導入したときには、こういった措置がございませんので、最大2万2000円増えていたところを、負担感の軽減にはなるのではないかと考えております。

○菊池部会長 及川委員、いかがでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。大変失礼しました。

それでは、小林委員、お願いします。

○小林委員 日本介護支援専門員協会の小林でございます。

まず、論点3のほうにつきましては、2割負担の拡大につきまして、配慮措置の内容で②番の預貯金が一定未満のものは、申請により1割負担に戻すといったところで、9ページのほうにも主な流れというのが記載されておりますが、仮にこちらの対策を取る場合には、独居高齢者であるとか、認知症高齢者など、自身で手続とか確認が難しい場合があります。そういった場合には、ケアマネジャーにその役割が課せられるのではないかとといったところが懸念されるところです。法定外業務が増えることにならないような仕組みづくりというのをぜひお願いしたいと考えます。

論点6につきまして、ケアマネジメントに利用負担導入につきましては、現行給付の維持を強く求めます。今までも利用者やケアマネジメントに与える影響ですとか、中立公正の維持等の幅広い観点から、極めて慎重に検討すべきとお願いしてまいりました。

住宅型有料ホームの利用者の案につきましては、今後、一般の居宅介護支援への波及がないか危惧しているところです。現状では、施設と居宅の立付けが違うものであり、住宅型有料老人ホーム、高齢者住宅等の線引きがなかなか難しいのではないかと思います。在宅の利用者の居宅介護支援費につきましては、利用者負担がない現行の給付の維持を前提として、慎重に検討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。

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と論点6について、お話をさせていただきます。まず、論点3の一定以上の所得、現役並み所得の判断基準についてです。

介護保険制度は、負担能力に応じて保険料を負担する一方、必要な介護サービスは所得の多寡にかかわらず、平等で受けられるという社会保険制度のもとに成り立っております。

その中で利用者の負担、自己負担割合を引き上げることは、社会保険に強制加入することへの納得感を損なうおそれがあり、慎重であるべきと考えております。今回提示された2割負担の拡大案には、反対の立場で意見を申し上げたいと思います。

今回の提案では、これまでより所得の低い高齢者に負担増を求めるものであり、この物価高騰が続く現状では、利用者にとって大きな影響となります。

資料の6ページ、8ページには、急激な負担増を抑制するため、当分の間、月額7,000円に抑えると記載されておりますけれども、月7,000円であっても、年間では8万4000円の負担増、また、当分の間が終了すれば、月2万2000円の増、年間では26万4000円の負担増となります。一定の所得や資産があったとしても、介護が必要な方々にこれほどの負担を求めるということは、果たして納得が得られるのかどうか、疑問が残るところです。

また、預貯金等が一定額未満の場合、申請により1割に戻すという措置についてですが、まず、申告ベースで市町村が、この資産を正確に把握できるのかどうか、また、金融機関への照会事務等が膨大となり、市町村の現場負担が増大するのではないかという大きな懸念があります。

補足給付でも、既に同様の照会を行っているということですが、現状の把握がどれほど正確に行われているのか、これも疑問があります。2割から1割への軽減の申請件数が今後出てくると思いますし、導入した場合には増えてくると思いますので、業務量は確実に増大すると思います。

加えて、以前から申し上げているように、介護サービスは医療と比べ利用期間が長く、利用者負担の増加はサービス利用につながりかねず、結果として重度化を招くおそれがございます。

現時点では、預貯金を公正かつ確実に把握するための制度基盤が整っているとは言えないと思います。

以上を踏まえ、2割負担の対象者を拡大せず、従来どおり1割負担を基本とするべきであると考えています。

介護を必要とする全ての人を対象とした普遍的な制度にしていくべきであり、連合としては公費投入の見直しで財源確保を検討することも必要だと考えております。

次に、論点6になります。

ケアマネジメントに係る給付の在り方について、本日の資料の23ページに、10月27日に示された資料、この1つ目の○にケアマネジメントに要する費用は10割給付となっている

ところ、これは介護保険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、要介護者が積極的に本サービスを利用することを目的としたものと解されております。

介護サービスを利用するに当たり、利用者が安心してサービスにつながることができるよう、入り口部分を利用者負担ゼロ、すなわち全額公費負担という制度設計がなされております。

障害者総合支援法における計画相談支援を見ても、利用者負担はゼロになっています。これは、サービスの入り口は公費で保障するという理念に基づいたものと認識しております。障害者総合支援法との整合性も十分に留意すべきと考えております。

なお、現場からはケアマネジメントを有料化すると、お金を払っているのだからと、より高い水準のサービスを求められることへの懸念を聞いております。中立性・公平性の観点が増えるのではないかとということもありますので、ぜひここは御留意いただきたいと思っております。

以上の観点から、ケアマネジメントは公費負担を継続すべきであり、利用者負担の導入には、慎重にある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。

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。2点、意見を申し上げたいと思っております。

まず、論点の3ですが、2割負担拡大についてですが、やはり政府として、現在、この物価高騰に対して緊急経済対策が講じられようとしているわけですから、負担上限額を設けることであるとか、預貯金等の額が一定の額未満の方は、1割負担とすることについては、ぜひ行うべきだと思っています。

また、自治体の負担への配慮はもちろんなのですが、これは同時に、所得の把握において、利用者側の事務負担が生じることや、過去の経験からも、事業者にも問い合わせが増えるなどの事務負担が生じられると思いますので、十分な配慮が必要だと考えております。

論点の6についてです。

ケアマネジメントに関してですが、私もこれまで介護保険部会であるとか、給付費分科会の委員を十数年やらせていただいて審議に参加してまいりました。このケアマネジメントに関わる給付の在り方、特に自己負担の論議は制度創設時から議論されてきているということで、賛否両論において双方の意見が平行線と捉えられているということであるとか、改革工程表において、今改定で結論を出すということについては、十分承知をしております。

それらを踏まえて、あえて申し上げるわけですが、過去から前回までの審議において、単に平行線のままできたわけではないと捉えております。包括的かつ丁寧な議論を積み重

ねてきたと認識しております。また、資料説明にもありましたように、介護保険制度の特徴であるケアマネジメントについては、制度創設時からセルフケアプランが認められている中であっても、大半の利用者が専門職であるケアマネジャーに依頼しているという事実については、やはりケアマネジメントの専門職を選択された結果だということで、ケアマネジメントが定着してきた証左だと考えております。

したがって、この議論は、全てのサービス提供において包括的に検討されるべきであり、利用者の選択の結果として受け止めた議論とすべきだと考えております。

言い換えれば、利用するサービスの種類であるとか、所得の多寡によって切り分けて議論すべきものではないと考えております。

しかしながら、今回、事務局から御提示されたロジックは、住宅型有料老人ホームのケアマネジメントにおける囲い込みの議論に端を発して、サービス提供とケアマネジメントが一体的に提供される施設だけとの均衡とされていることについて違和感を覚えます。

住宅型有料老人ホームの在り方の議論では、ケアマネジメントの独立性、公正中立性を問う一方で、今回は囲い込みを前提としたロジックとなっていることについて、整合性が取れていないと捉えています。一部に問題のある事業者のために、健全かつ適正に運営されている事業者や、その入居者に大きな影響が出ることにについても懸念を持っています。

また、ケアマネジメントについては、利用者の権利の問題だと捉えておりますので、賛否両論あつて、膠着しているから、あるいは時間的制約があるからといって、拙速な議論に持ち込まず、これまでのロジック、現状におけるケアマネジメントの役割に正面から向き合うべきであり、お互いに歩み寄って一致点を見つけるべきだと考えております。

事実、サービス提供とケアマネジメントが一体的に提供されている施設や特定施設においては、既に利用者負担があるわけですし、（看護）小規模多機能においても、在宅サービスでありながら施設と同様に、内ケアマネへという形ですが、施設と同様には扱わずに、総合マネジメント加算という形を取り、区分支給限度額の外に置くような工夫をしてきたわけです。

このように、これまでも単なる平行線ではなくて、解決策を図ってきたわけですから、今回もそうすべき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。

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。

まず、論点3の一定以上所得の見直しについて申し上げます。2割負担、つまり利用料が実質2倍になる、この対象をこれまでより所得の低い方へ広げることには強く反対します。

認知症の人と家族の会は、長年、利用料は応分の負担、負担できる人が支えるべきだと主張してきました。しかし、今回の資料では、75歳以上の単身世帯や夫婦世帯の収入と支

出が示され、あたかも家計に余裕があるかのように見えます。けれども、介護が必要と認定された方は介護サービスだけで暮らしているわけではありません。医療費の自己負担があり、物価は上がり続けています。当会の会員からは、介護の出費が減ることはない切実な声が届いています。

さらに、今、増えているのが、高齢の親と未婚の子、いわゆるシングル介護の世帯です。それも子供が無職、またはパートで親の年金に頼らざるを得ない、そんな家庭も少なくありません。既に介護保険が2割負担となっている当会の会員からも、もうぎりぎりの暮らしだという悲痛な訴えも多く寄せられています。

資料には、新たな負担増となる人には、当分の間、月7,000円までの配慮措置とあります。ですが、この当分の間とは一体いつまでなのでしょう。先日終了した後期高齢医療保険の2割負担で、配慮措置の二の舞になるのではないのでしょうか。

また、純金融資産を自己申告すれば1割負担に戻せるとも書かれていますが、介護認定を受けた方の中には、給付を受けること自体に、既に肩身の狭い思いを感じている方もいます。そこにさらに、自分の資産が少ないことを申告しないと1割負担に戻れない。これは新たなスティグマを生むのではないのでしょうか。年金収入に頼る多くの利用者が必要なサービスを諦めたり、暮らしに行き詰まることを私たちは深く懸念しています。だからこそ、2割負担の対象拡大には反対いたします。

次に論点4、補足給付の見直しです。

所得段階を細かくすることで、ショートステイや施設サービスの利用を断念せざるを得ない方が出ないように、丁寧で慎重な配慮を求めます。

続いて、論点6、ケアマネジメントに関する給付の在り方です。介護認定を受けた方、特に在宅で生活する方によって、ケアマネジメントなくしてサービスにたどり着くことはできません。だからこそ、利用料の発生によってケアマネジメントそのものを拒む人が出ないように、10割給付の堅持を強く求めます。

また、住宅型有料老人ホームやサービスつき高齢者向け住宅など、在宅に分類される住まいだけ利用者負担を求めるという限定的な見直しには、大きな違和感があります。ケアマネジメントは全ての認定者にとって等しく必要な支えです。ゆえに全ての人に平等に10割給付を求めます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの皆様からお願いします。

幸本委員、お願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。御説明ありがとうございました。商工会議所の幸本でございます。

前回も申し上げましたが、制度の持続可能性の確保と現役世代の負担軽減のため、能力に応じた負担の強化、これは避けては通れません。今回お示しいただいた内容は、論点を

絞り込み、現時点で取り得る現実的な改革案として、提案されたものと理解いたしますので、先送りすることなく、実現を図っていただきたいと思います。

それでは、個別の論点について意見を述べます。

まず、2割負担の基準見直しとともに、提案されている負担増加の上限設定や、預貯金の勘案といった配慮措置の内容は合理的と考えます。配慮措置②の制度設計に当たっては、現場の事務負担や見直しの効果を踏まえて、検討を進めていただきたいと思います。

また、預貯金要件における対象となる預貯金についてですが、その対象に生命保険の積立金を加えるべきと考えます。

2000年以降、高齢者を中心に、資産運用型の保険料一括払いの生命保険の契約が増加しています。特にここ10年においては、その新規契約が急増し、保有契約も急増しております。

そして、その預かり資産残高に当たる積立金総額は、業界全体で60兆円を超える水準にあると思われます。よって、預貯金要件における対象となる預貯金に生命保険の積立金を加える必要があると考えます。

補足給付の見直しにつきましても、応能負担を精緻化するものであり、御提示いただいた案は妥当なものだと考えます。

最後に、ケアマネジメントの利用者負担についても、低所得者への配慮を前提としつつも、他のサービスと同様に、原則として導入すべきであると考えます。特に、有料老人ホームに係る対応については異論がないところと思います。

なお、今回は2割負担の基準見直しに関する御提案でございましたが、将来的には、負担能力のある方には、さらなる御負担を求めることも必要だと思います。また、今後の改革の基盤となるマイナンバーの活用についても、国として強力に進めていただくようお願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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は、年収別の収入と支出の状況からして、介護サービス利用を前提とすると、最低限の暮らしすら営むことが厳しいことが想定されます。

2割、3割の負担割合ということは、負担する側からすると2倍、3倍の負担ということであり、生活への影響は極めて大きく、慎重に判断をするべきであり、基準そのものを引き下げることは反対です。

預貯金等の金融資産の保有状況を反映する方向性については理解できるものの、お示しいただいた水準は、高齢者の平均貯蓄額の2割から5割程度であり、余りに低いと言わざるを得ません。利用者が経済的不安を理由に利用控えをすることが懸念されます。

また、自己申告による運用は、様々な問題が生じるため、適切だとは思えません。まずは、分離課税となっている配当金や金利収入等の合算を制度化し、確定申告の有無による不公平を是正することや、マイナンバーカードの利活用等により、適切に金融資産の把握を可能とすることが必要であり、現在の状況、環境のまま進めることについては拙速であると言わざるを得ません。

論点6、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、私どもで2022年3月に実施したアンケートによりますと、ケアマネジャー455人を抽出して分析をしたところ、現行の10割給付を維持すべきとの回答は71.9%に上りました。逆の利用者負担を導入すべきとの回答はわずか1.8%、検討の方向性としてお示しいただいている、利用者の所得に応じた配慮があれば利用者負担を導入したほうが良いとの回答は、14.9%にとどまりました。

10割負担を維持すべき理由としては、負担増によるサービス利用の抑制、ケアマネジメントの公正性・中立性の担保、業務負担の負荷と処遇の問題、経済的負担による不公平感及び負担の増加、利用者家族との信頼関係、相談環境の悪化、制度の本来目的とのずれを多くの回答者が指摘しています。

現場からもこれだけ多くの課題が指摘され、場合によっては、財政健全化どころか、副作用によって費用の増加すら懸念される中で、利用者負担の導入という判断をすることはあってはならないと思います。給付管理に係る業務の事務に関する実費相当分の利用者負担についても同様の観点から、求めるべきではないと思います。

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、利用者負担を求めるべきではないと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員　ありがとうございます。

まず、論点3、一定以上所得の判断基準についてでございますが、負担能力に応じた負担を徹底していくという観点からしますと、やはり所得のみならず、資産にも着目した負担という基本的な考え方にシフトしていくべきではないかと考えております。

その上で、今回配慮措置が提案されておりますけれども、今、申し上げたような考え方を踏まえれば、案②にあります預貯金等の保有額を反映する案をベースにして、検討していくべきだと考えます。

その上で、今回の案で自己申告となっておりますけれども、これは本来的に、やはり制度を利用される方にとっては、リアルタイムで保険者が所得及び資産の状況を把握し得るような、応能負担能力を把握できるようなシステムをつくり上げるべきだと思ひまして、論点にもマイナンバーの活用につきまして、今後とも検討事項とすることが必要と書いてあ

りますけれども、ここはぜひとも政府を挙げて、マイナンバーの付番、これを預貯金等に広げていくということを前向きに進めていただきたいと思います。

また、これに関連し、配慮措置②につきましても、申し上げたようなそういうシステムができ上がれば、かなりの事務負担の軽減となりますので、基本的には、将来的なマイナンバーの付番を視野に入れながら、当面DXなどを活用し迅速に対応していくということになろうかと思います。

次に、論点 6、ケアマネに関する給付の在り方でございますが、このケアマネ費用の10割給付は制度導入時の利用促進の目的から行われたところが強いかと思います。この保険制度で10割給付というのは、ほかに例を見ないわけでございますし、また、制度導入から、もう既に四半世紀がたっているということで、これから、ますますこの利用者が増えていくという局面でございますので、原則的には、幅広く自己負担をお願いしていくということで検討していくべきだと思います。

仮に今回、住宅型の有料老人ホームのみを対象とするという場合でございますが、ここで打ち止めということではなくて、引き続き対象の在り方を検討していくべきと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

尾崎参考人、お願いします。

○尾崎参考人　ありがとうございます。

本日は、大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部次長の尾崎が参考人として出席させていただいております。

論点 3 について意見を申し上げます。

今回の所得基準の見直しについて、サービスを必要とする方の利用控えにつながらないよう十分配慮する必要があると考えますが、一方で、能力に応じ適切な負担をお願いすることは、制度の持続可能性を高める上で不可欠であると考えております。

制度の見直しに当たっては、預貯金等の確認事務に加え、利用者や事業者からの多数の問い合わせ対応など、保険者である市町村には相当の事務負担が生じることが懸念されます。

制度導入に当たりましては、着実かつ公平に進めることができるよう、住民への十分な制度周知、市町村への具体的な事務フロー整備など、国においても積極的な対応を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。

山本委員、お願いします。

○山本委員　ありがとうございます。日本看護協会の山本でございます。論点 3 について意見を申し述べます。

今後、85歳以上人口の増加が見込まれる中で、その人の人生の最期までを支える質の高いサービスの確保、家族を支える制度の在り方など、課題は多くございます。

介護サービスの質的・量的ニーズの増大に対応するには、能力に応じた負担の仕組みの検討が避けられない状況であるとは考えますけれども、資料で示された範囲の収入である方に対して、示された額が生活に与える影響は大きいのではないかと考えております。

貯蓄の勘案についても触れられておりますけれども、貯蓄が一定程度ある場合でも、生活に必要な費用は人によってかなり幅のあるもので、公平な視点であるか、やや疑問が残ります。低所得、中所得の方に相対的に負担が増加することを避ける視点で検討することが重要であると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員　よろしくお願いします。

論点3です。一定以上の所得の方の範囲を広げるということで、これについては反対しております。

今回示されましたいろいろな数字、高齢者世帯と現役世帯との貯蓄水準比較とか、高齢者世帯の平均貯蓄額で、2015年と現在を比較するというような、こういった数字については、ただ数字を比較するというだけでは不十分だと思います。その中身、詳しい内容分析であったり、社会背景などにも配慮する必要があります。とくに、消費物価指数等の影響も踏まえた、あらゆる状況を全部網羅した形での比較でないと、これは公平でもないし、参考にならないと思っております。

こうした詳細な分析なしに金額だけが並べ立てられますと、やはり高齢世帯は現役世代より貯蓄があって、経済的には余裕があるのだという印象が非常に強くなってしまうと危惧します。是非とも、もう少し正確な数字を示していただきたいと思っております。

また、2割負担対象者を拡大するという件で、今回初めて、拡大された2割負担の対象の人に対しては、一定の負担上限を設けるということ、さらに金融資産を勘案するという提案が出されました。対象者の拡大ありきの提案だと思います。これに関しても、実際どのぐらいまでの詳しい実態調査や分析が行われているのか疑問です。例えば、事務負担の軽減の観点から、預貯金の基準に係る確認が2年に1回という説明文がありますけれども、例えば、毎月のように、貯蓄額から数万円ずつ切り崩して生活が続けている高齢者にとっては、1年だけでも大きな貯蓄額の差が生じることが考えられます。こういったところで、2年に1回ということが出てくる点が問題でもあり、もう少し高齢者の実態を詳しく調査してほしいと思う訳です。

それから、論点の6です。ケアマネジメントに関しては、これまでどおり10割給付のままという意見です。

今までも述べてきておりますけれども、このケアマネジメントに関する役割や機能につ

いては、基本的に公平中立でなければならない。25年の間、このケアマネジメントの方式というのが介護保険の中で確立してきたわけです。ここで、その形を大きく変えていくことになるのなら、しっかりとしたその根拠がないと、誰も納得しないのではないかと思います。

ただ、ケアマネジャーの報酬について、基本報酬を上げるということは賛成しております。

そこに加えて、これまでよくケアマネジャーのシャドーワークという言葉が使われています。シャドーワークというより、本来はアンペイドワークが正しいと思います。そして、単身や認知症の人などが急増している中で、ケアマネジャーでなければならない仕事というのが、この制度発足当時と比べて、新たに必要になってきていると思います。それらに関して、現場の事情をしっかりと確認した上で、ケアマネジャーがやるべき仕事という内容についても、もう一度調査を行い、しっかりとそれを報酬として認めていくことも考える必要があると思っております。

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 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。よろしくお願いいたします。

論点の3でございます。5ページ、能力に応じた負担をするという考えにおいて、負担の公平化を図る必要性があることは理解しております。年金が上がらない現状もありますが、年金収入プラスその他の合計所得金額を所得基準として設定していること、預貯金の保有状況を反映すること、一定の負担上限7,000円を設けていること等は、おおむね理解ができます。

しかし、預貯金の保有状況を反映することは、預貯金の確認方法として、自己申告を原則としていることから、銀行、実施する市町村や保険者に過度な事務負担を強いることが想定されますので、2割負担の対象範囲を広げるという方向性については、配慮措置の内容のほか、確認のスキーム、システム開発等により慎重に検討いただきたいと考えます。また、大掛かりな施行準備と十分な周知期間が必要と考えます。

論点4でございます。21ページの現行では、第3段階の①、②において、年80万円超から年150万円超の幅がありまして、当園でも、やはり利用者から質問をされますと、丁寧な説明をしている実態がございます。

第3段階を精緻化して、所得段階間の均衡を図り、負担の公平化を図るということには賛成いたします。

論点6でございます。27ページ、一部の有料老人ホームに係る対応として、高齢者の住まいではあるものの、要介護者が集住する場所において、要介護者へ介護サービスを提供するには責任が伴うと考えます。要介護者が中重度等になっても住める介護サービス提供

を行う事業者に対しては、自宅等の一般的な在宅とは異なる位置づけも有することから、事前規制を導入するとか、人員・設備・運営に関する基準を設けることや、情報の公表の仕組みを設けることについて賛成いたします。

現場の実態も踏まえ、安全かつ適正な事業運営とサービス提供を確保し、実効性のある対応を検討いただきたいと考えます。

また、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、利用者負担を求めることについては、特に異論はございません。

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。詳細に御説明ありがとうございます。

今後、後期高齢者の人数が増大しますので、制度発足当時とは、そのカバーする人数、また、現役世代、支える人数も変わってきている中で、どう持続可能性を担保するかというのは非常に重要な課題です。今後、現役世代の負担も増大せざるを得ない中で、介護側または高齢者側も、もうここまで頑張っているのだからと、社会の理解を得ることも重要で、そのためにもできることは1つでも実現していくことが必要ではないかと思っております。

そういう中で、今回2割負担の範囲の拡大、それから、その負担割合の軽減策に預貯金の申告を使うということの提示がありました。預貯金の申告によって上限を上げていくということではなくて、まず、負担軽減のところにも用いられるということは、第一歩、実現可能なことなのかなと受け止めました。

今後マイナンバーとか、ICTの活用などによって全ての条件が整うことによって、さらに制度の精緻化ということを図られていくと思いますけれども、事務負担があまりにも増えないためには、このような負担割合の軽減の部分から導入するというのは第一歩になるのかなと思いました。

一方では、認知症など、申告が十分にできない方への対応については、どのように支えていくのかと、そこも制度の中に盛り込んでいただければと思いました。

2点目のケアマネジメントについては、この仕事の価値への理解、例えばその人に合った介護サービスがどういうものであり、生活をどのように支援していくかということ、身近に相談できることは非常に重要でありまして、それに対する技術的支援の負担ということ当事者にも引き受けていただくということについては、理解をしていただけるように努めていく必要があると思います。ほかの制度等の整合性からも、一部の負担をお願いするということも視野に入れていくべきタイミングかなと思います。

最後に、住宅型老人ホームについては、やはりその透明性の確保が必要ですし、集住しているということで、一般的な在宅とは違ったメリットもあれば、また、課題もあると認知しております。資料の論点6に記載されているような独立性、それから、透明性などが

しっかり担保できるような仕組みを導入しつつ、ケアマネジメントについて負担を求めていくことは適切かなと感じました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の橋本でございます。

有料老人ホームに対しての対応というところで、少し意見を言わせていただきます。

一部の極端な有料老人ホームが、質が悪いというか、不適切な運営とか、サービスを行っている施設もあるかと思うのですが、そのために全体の仕組みを変えるというのは、逆に不公平感を感じます。

特養とか老健の利用者が減ってきて、件数として2倍ぐらいに有料老人ホームが増えていくということは、利用者の方、民間の方は、自由に選択できる、比較的簡単に入れるというところが、便利という現実があるのではないかと思います。

このような利点が現実としてありますので、そういう点も考えたほうがいいと思います。

透明性を進めるのも必要と思いますが、ここに書かれているように、新たに人員、設備とか運営に関する基準を設けるというのではなくて、例えば、虐待や身体拘束、事故報告、そういったことに焦点を当てたほうがいいのではないかと思います。新たに基準を設けるとなりますと、ますます他の介護保険制度の中の施設との差が、一般の人に分かりにくい、医療者にも分かりにくくなってしまわないかと思っています。

つまり、有料老人ホームに関しては、ある程度自由度があるところが利点なので、そこは崩さないほうがいいと思います。むしろ、有料老人ホームで民間運営できますので、利用者が、質のよしあしを選べるような工夫が必要ではないかと思っています。

基準などを設けると医療とか介護施設の人員不足にも影響が出てくるのではないか、給料の差が出てくると思いますので、そういったところは、少し考えていただけたらいいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

野口先生、部会長代理は、最後でもよろしいですか。

○野口部会長代理 もちろんです、私、最後に手を挙げたので。

○菊池部会長 よろしいですか、部会長代理は最後に、まとめてほしいという、そういうプレッシャーではありませんので。では松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会です。論点3について御意見申し上げます。

所得要件の見直し等につきまして、負担割合が、やはり1割の方が2倍になるということから、例えば、6ページの表にありますような所得要件上位25%の方が対象となるにしても、月額2万2200円という年間負担増は、所得基準の年間にすると260万の1割にも相当

する額になるということでは、経過措置が終わった後については、特に相当な負担になるのではないかと考えております。

昨今の物価高騰などに対しまして、支給される年金額、さらには、高齢者の預貯金等が、これは基本的に切り崩されていくということになることから、負担増については、できる限り抑制をしていただきたいと思います。

また、預貯金等が一定額未満の方が申請方式で1割負担に戻すということにつきましては、高齢者の方に事務申請を求めるということは、御本人にとって、これも相当な負担になるだろうということが想定されますので、こういった手続につきましては、行政のほうからも申請に係る支援策について具体的な検討をしていただく必要があるのではないかと考えてございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　まず、論点3について、将来的に検討すべきことではありますが、物価高騰インフレ下の、今、行うタイミングではないのではないかと思います。また、御本人の生活に与える影響を慎重に検討すべきことでもあります。

預貯金の一定額については、同じ金額でも余命を考慮すると、例えば80歳代、90歳代、100歳以上によっても、一定額のふさわしい金額というのは、判断が異なるとも考えられますので、一定額の設定に当たっては、年齢も考慮していく必要があろうかと思います。

論点4についても、将来的に検討すべきではありますが、今、このインフレ下のタイミングで行うべきではないと思っております。

また、これらの段階のぎりぎり負担が上がる収入の利用者の方というのは、これまでも手元にほとんどお金が残らない仕組みとなっており、収入ベースだけで言うと、1日にコーヒー1杯も飲めないような状況にもなり得るものであり、これは絶対にあってはならないと考えております。

したがって、預貯金の少ない利用者への配慮は検討すべきだと思います。

最後に、論点6につきまして、有料老人ホームの登録制は、全てのホームではなく、中重度、すなわち要介護3以上の入居者や医療的ケアを要する入居者が1人以上の場合を対象として登録制の導入予定となっております。

一方で、要支援者や要介護1や要介護2の入居者のみであれば、登録制の対象とはなっておりませんので、同じ有料老人ホームでも、ケアプランの自己負担の有無が異なることとなりますから、これは大変好ましくないと考えております。

また、それ以前の大前提として、住む場所によってケアプランの自己負担の有無が異なることは、介護保険制度の仕組みの観点から、全く説明がつかないものであります。

また、27ページの4行目に、施設としての位置づけとの記載もありますが、有料老人ホームは不動産契約に基づいて家賃を支払う住まいであり、施設ではありません。当然なが

ら、補足給付の設定ありません。

したがって、さらに資料には、施設サービスや特定施設入居者生活介護等との均衡の観点という記載も全く理解できるものではなく、また、施設や特定施設は、ケアマネジャーの配置がある、いわゆる内マネのサービス形態であります。これらと均衡ということになりますと、内マネのサービス形態である完全囲い込みを有料老人ホームにおいて容認するメッセージともなります。

このことは、囲い込みを防止し、透明性を高めるという有料老人ホームの在り方検討会にも逆行するものでございます。

現在の物価高騰のインフレ下においては、今、このタイミングでケアプランの自己負担化は行うべきではないと考えており、将来的に、自己負担化の導入を検討するのであれば、公平性の観点から対象者は全てとして、不公平が生じないようにすべきであると思います。

最後に、業務負担の在り方については、現状給付管理業務は第6表、第7表を用いてケアマネジャーが行う中心的な業務であり、この事務に要する実費負担を利用者負担とすることは、現段階においては、国民や関係者間で合意が得られないものであり、導入すべきではないと申し上げます。

以上、論点6については、全面的に反対の意見といたします。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員　ありがとうございます。

私ども介護事業者は、全介護従事者が、他産業並みの賃金が得られるよう要望してまいりました。そして、このたびの補正予算におきまして、介護職以外の従事者に月1万円、介護職に月1万9000円の賃上げ支援ということをいただくことができました。心から感謝を申し上げたいと思います。

しかしながら、令和8年4月の臨時の介護報酬改定におきましても、同様以上のプラス改定がない限り、介護分野と他産業の賃金の差は埋まらない、縮まらないと考えております。

しかし、今後、介護報酬改定が大幅なプラス改定になるとしますと、当然、介護保険料の増大や、利用する際の利用者負担額が上がるということが考えられます。

御存じのように、介護保険は、保険料、公費、利用料という3つで成り立っております。先ほどより構成員の皆様がそれぞれの立場で、利用負担を求めるべきだとか、これ以上の利用負担は避けるべき等の御意見が出されておりました。私は将来的に、介護保険を持続しようとするならば、一定程度の保険料の上昇や、一定程度の利用料の増加は緩徐すべきものと考えております。

そうした場合、現在50%とされている公費、この公費の割合を増やすということは避けて通れないと思います。保険料や利用料ばかりが上がり、公費の割合が上がらないという

ことは、私は許せません。公費の投入を増やす前提であるならば、今回の論点3、論点4ともに事務局案に賛成でございます。

論点6につきまして、御意見申し上げます。

現在全ての介護サービスは、有償の契約に基づいてサービスが提供され、ケアマネジメントのみが無償の契約に基づいております。

一方、ケアマネジメントにおきましては、利用者さんに相談を受けても、ケアプランができ、サービスが提供されない限り、ケアマネジャーにフィーが発生しないということ、ケアマネジャーがただ働きをさせられているということが大きな問題でございます。

さらに、シャドーワークの問題も大きな問題です。そして、これらの原因の1つに、10割給付、無償の契約に基づいているということに原因があると私は考えております。

私は、ケアマネジャーをきちんと保護することが、現在、非常に重要であると考えています。将来的には、ケアマネジメントにおいても、有償の契約に基づいてケアマネジメントのサービスが提供されるべきと考えております。

その過程におきまして、段階的に今回の提案、有料老人ホーム等については、一部賛成でございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせして、すみませんでした。野口部会長代理、お願いします。

○野口部会長代理 すみません、こちらこそ、論点3について御意見申し上げたいと思います。

一定以上所得及び現役並み所得の判断基準についてなのですが、例えば資料の、先ほどから皆さんがお示しになっているスライドの12枚目から17枚目を見ると、高齢者の世帯というのは、いろいろ階層差はあるとは思いますが、年金収入プラスその他の所得が280万円以上の層というのは、一定の支払い能力が確実に存在していると考えられます。

貯蓄額を単身に500万前後、夫婦世帯で1000万超の階層が多いので、スライド4に示されているように、現行の2割負担が4.7%、3割負担が4.2%ということで、応能負担の原則が十分に機能しているかどうかというのが、1つの判断基準になると思います。

また、スライドの14枚目と15枚目を見ていただくと、その他の消費支出というのが、どの階層でも比較的大きく見えると思うのです。これは、どういうものが含まれているかというのは、これは総務省の資料なのですが、例えば、交通費だとか、小遣い、子供、親族への仕送り、民間の生命保険、個人年金保険料、郵便、日用品等の雑費全般といったことが、家計調査上、ここに様々含まれるわけです。

ですので、これは、決してぜいたく支出ではないのですが、こういったその他の消費支出を見ても、こうした方々に負担能力が一定あるということが見て取れると思います。

皆さん、先ほどからの物価高騰、今が上げる時期なのかということは、すごく懸念され

ていることで、十分理解できる懸念だと思います。ただし、物価というのはビジネスサイクルによって中期的に変動するわけです。日本は長く、いわゆるデフレの時期が続き過ぎたのですけれども、それで、なかなか景気循環が、ビジネスサイクルがサイクルしなかったというのがあるのですけれども、そういったビジネスサイクルによって影響を受ける短期的、中期的に影響を受ける物価に対して、もう人口構造の変化というのは不可逆なのですね。

資料にあるとおり、今、生産年齢人口というのは約1100万人、これから減少してきます。スライドの5にありましたけれども、介護ニーズというのは、それに応じて確実に拡大していくわけです。

つまり、支える側が減って、支えられる側が増える構造的課題というのは、もう物価以上に深刻で、先送りできない問題だと私も思います。

もし、ここで必要な見直しを行わなければ、将来的に保険料とか、税の急増につながると思うのですね、もう急に上がると、公的介護サービスの縮小であるとか、いきなり大幅な負担増を迫られる、いわゆるハードランディングというものが現実問題となりかねないと思います。

その意味で、今の段階で、一定程度負担能力のある方々に、段階的に応分の負担をお願いすることこそが、この制度、本当に私自身も、この介護保険制度に非常に助けられました。母を長距離介護、長く十何年したのですけれども、その中で助けられました。みんなが大事にしようと思っているこの制度を、できるだけソフトランディングさせるために、現段階のこうした改正というのは、もう必要不可欠だと思います。

さらに、今回の議論というのは、月7,000円の負担上限あるいは預貯金一定額未満だったら1割に据え置く仕組みなどもあって、非常に丁寧な配慮措置とセットで検討されているので、一律の負担増ではなくて能力に応じた負担をきめ細かく適正化する取組の1つだと私は考えます。

ですので、結論から言うと、一定以上の層への2割負担の対象拡大、なぜこの物価高の時期にやるのかというお声も多々あるかと思いますけれども、そういった物価高騰への配慮、ビジネスサイクルによって、短期的、中期的に影響する物価というものの配慮を前提としつつも、制度の長期的な持続可能性あるいは世代間の公平性あるいは将来のハードランディング回避のために、こうした措置は絶対に必要であると思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

一当たり皆様から御発言いただけたと思いますが、ほかに何かございますでしょうか。

よろしいですか、ありがとうございます。本日も様々な御意見をいただきました。これらをまた踏まえて、取りまとめに向けて、事務局のほうで作業を進めていただきたいと思います。

その中で、私が1点気になったことがありまして、私、年金部会もやらせていただいて

いるのですが、年金も非常に複雑な仕組みでして、改正のたびに、それが実務のほうに非常に大きな負担が行く制度になっています。ただ、実務を担うのは日本年金機構でございまして、厚生労働省、日本年金機構は人事交流もあり、その辺りの情報交換というのは、日頃から行っていると承知しています。

ただ、こちらの介護のほうは、現場といいますか、実務は、まさに自治体が、市区町村が保険者であられるということなのですが、本日も特に預貯金勘案のところで、現場が耐えられないというお言葉もありまして、現場が回らないとそもそも、仮に制度改正をしたとしても、これは対応し切れないのではないかと、私もそこが、実務的に気になったところがありまして、その辺り現時点で、事務局でお答えできるのであれば、お願いできればと思うのですが、いかがでしょう。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

御指摘、様々ありがとうございます。まず、事務の問題というのはあると思っていますし、現在でも補足給付、一定の制約の中で事務を運用しているということも事実かなと思っています。

まず、ポイントになるのは、やはり量ということでいうと、7ページの財政試算のところの資料で、今回、先ほど説明でもさせていただきましたけれども、やはり財政影響も見ながらということでございますけれども、所得要件と預貯金の組み合わせによっては、この事務の量、まさにその1割に戻るといところが事務の量になりますので、仮にこの配慮措置ということであれば、現実的には、ここの量というのにも検討要素とする必要があるのかなと、まず量の問題というのは、かなりあると考えております。ここは組み合わせによって変わってくるというところでございます。

事務の負担でございますが、これは確かに新しい事務になりますし、預貯金というものは、市町村が最初から捕捉できていないという限界がある中で、どうするかというところでございます。

その中で、9ページのようなイメージをお示しさせていただきまして、これは一定の所得でまずやるということが必要という前提のもとで、組み立てているという形になるのかなという案でございますけれども、そこに補足給付の事務の運用というのを重ねて見ているものでございます。

ここも、どこまでやるかというところと、事務負担をどうバランスを取るかというところが正直あると思いますので、10ページに少し仮で書いていますけれども、これは期間を長く取るためにやらざるを得ないと思いますし、預貯金の申告をどういう形でやってもらうか、金融機関への照会をどうするかと。これは、金融機関との調整というのも多分必要になりますので、その辺を含めてよく考える必要あるかなと思っています。

○菊池部会長 ありがとうございます。

先ほど申しましたように、様々な御意見をいただきましたので、引き続き御検討をお願いいたします。

それでは、議題1については以上とさせていただきます。

続きまして、議題の2「論点ごとの議論の状況」につきまして、御説明をお願いします。

○江口総務課長 総務課長です。資料の2について御説明いたします。

次期介護保険制度改正に向けた議論については、昨年12月23日に本部会でキックオフを行い、特に本年9月以降は各論について具体的な議論を進めていただき、おおむね一巡したところであります。

先ほど御議論いただきました、持続可能性の確保を除き、各テーマの議論の状況について、事務局において、現時点での整理を行いました。ポイントを絞って検討の方向性を中心に御説明させていただきます。

まず、3ページから5ページにかけて、現状の認識や視点を整理しております。

4ページで、福祉部会とも相互に連携して議論を進めてきたこと、身寄りのない高齢者等についての考え方などについて記載しております。

まず「人口減少・サービス事業の変化に応じたサービス提供体制の構築」です。

地域の類型の考え方等について、7ページで、計画の策定プロセスに着目して、3つの地域類型を意識しながら、都道府県、市町村など関係者間でサービス基盤の維持確保に向けた議論を行う必要があること、中山間・人口減少地域については、今後、介護給付費分科会等において議論を行い、国において一定の基準を示した上で、市町村の意向も踏まえて、都道府県で決定すること、その際、市町村内の一部エリアの特定も可能とすることなどについて記載しております。

次に、中山間・人口減少地域における柔軟な対応等について、

10ページで、サービス提供体制を維持・確保するため、人材確保や生産性向上など、他の必要な施策を講じた上でのやむを得ない対応として、現行の基準該当、離島等相当サービスの対象となっている居宅サービスに加え、施設サービス等も対象とした上で、中山間・人口減少地域に限定した新たな特例介護サービスの類型を設けることとし、常勤、専従要件、夜勤要件の緩和等を行うこと、

11ページと12ページで、この新たな類型の枠組みにおいて、安定的な運営を行う仕組みとして、例えば、訪問介護について包括的な評価を選択可能とし、今後、介護給付費分科会において、報酬水準の設定について議論すること、

13ページと14ページで、柔軟なサービス基盤の維持・確保の選択肢の1つとして、介護サービスを事業として実施する仕組みを設けること、導入に当たっては、自治体や被保険者等、関係者の意見を聞きながら検討すること、

15ページで、一定期間の事業継続や複数事業所間の連携等を推進するため、インセンティブの付与を含めた仕組みを設けること、

16ページで、国庫補助により取得・改修等した施設等の転用に際して、国庫納付を求めない特例を拡充すること、

17ページで、普通調整交付金について、高齢化や人口減少の地域差を踏まえた、より精

緻な調整を行う観点から、年齢区分を3区分から7区分に変更することなどについて記載しております。

次に、大都市部・一般市等における対応について、19ページで、夜間対応型訪問介護を廃止し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と統合することについて記載しております。

続いて、地域包括ケアシステムの深化です。

まず、20ページと21ページで、地域包括ケアシステムの構築に係る現状と今後の取組のポイントを整理しております。

医療・介護連携の推進について、23ページで、第10期から総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場について、実効性を伴う形に再編成すること、加えて、2040年に向けた介護の提供体制等について、老人福祉圏域を念頭に、市町村を超えた広域的な視点で議論する場を構築することなどについて記載しております。

次に、高齢者への住まい支援について、26ページで、養護老人ホーム、軽費老人ホームの活用促進、介護施策と居住施策との連携促進などについて記載しております。

次に、介護予防の推進、総合事業の在り方について、

28ページで、総合事業について、効果検証のための手法の具体化や都道府県介護保険事業支援計画への位置づけ、サービス・活動Cの実施状況等を収集する新たな仕組みの構築、第11期ニーズ調査に向けた見直し、

29ページで、介護予防を主軸とした多機能の支援拠点を整備・運営する事業を総合事業に位置づけることなどについて記載しております。

次に、相談支援等の在り方について、

32ページで、身寄りのない高齢者等への支援について、地域ケア会議の運営について、地域包括支援センターへの一部委託を可能とすること、多分野の会議体との連携を進めること等による地域ケア会議のさらなる活用推進、総合相談支援事業や、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業において、身寄りのない高齢者等への対応を行うことの明確化、

33ページの前段で、介護予防ケアマネジメントについても、居宅介護支援事業所による直接実施を可能とすること、

33ページの後段から、ケアマネジャーの関係で、介護支援専門員実務研修受講試験の受験対象である国家資格の追加、実務経験年数の5年から3年への見直し、いわゆるシャドールワークについては、地域ケア会議も活用しながら、地域課題として議論し、実効的な課題解決につながるような取組を推進すること、

34ページで、法定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を廃止することとしつつ、引き続き、定期的な研修の受講を求めること、その際、柔軟な受講ができる環境整備を行うとともに、研修受講の担保のため、事業者に対して必要な配慮を求めることや、本人への必要な措置を講ずることなどについて記載しております。

次に、認知症施策の推進等について、

37ページで、自治体において認知症施策推進計画の策定を進めること、介護保険事業支

援計画や認知症施策推進計画の策定過程等において、認知症に対する医療資源の現状と役割を確認して、在り方の議論を重ねること、

38ページで、家族介護者支援について、実態、ニーズに沿った施策の充実を図ることなどについて記載しております。

続いて、介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援です。

総合的な介護人材確保対策について、40ページで、人材確保のためのプラットフォームについて、都道府県を設置主体とし、個別の課題に応じたプロジェクトチームを設置することなどについて記載しております。

次に、介護現場の職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援、協働化の推進について、

43ページで、介護現場における人材確保、生産性向上による職場環境改善、経営改善について、国や都道府県が果たすべき役割を制度上も明確化すること、人材確保のためのプラットフォームの枠組みの中で、これらの取組に向けた関係者との連携の枠組みを構築すること、都道府県の介護保険事業支援計画の中での位置づけを明確化すること、いわゆる介護助手等の普及を推進すること、カスタマーハラスメントへの対応を行うこと、

44ページで、バックオフィスの業務などの効率化、社会福祉法人等が実費の範囲内で事務処理の受託を行うことは、所定の手続を経た期間については収益事業としないものとする取扱いにより、法人税の申告を不要とすることも可能であること、国に科学的介護を推進していく役割があることの明確化などについて記載しております。

続いて、多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保です。

なお、冒頭申し上げたとおり、本日も御議論いただきました持続可能性の確保については、この資料にはまだ反映しておりません。

2040年を見据えた介護保険事業計画、支援計画の在り方について、46ページで、中長期的な推計について、市町村計画の記載事項としての位置づけを明確化するとともに、都道府県計画においても記載事項に追加し、都道府県が協議の場の設置等による支援、調整を行うこと、都道府県と市町村が共通の課題認識を持った上で、地域における2040年に向けたサービス提供の在り方について議論を行い、計画に必要な記載を行うこと、老人福祉圏域等で調整、協議するための会議体を設置するなど、体制を構築することなどについて記載しております。

次に、有料老人ホームの事業運営の透明性確保について、

48ページで、中重度や医療ケアを要する要介護者などを入居対象とする有料老人ホームについて、登録制の導入や更新制の設定、事業者団体による既存の第三者評価の制度的な位置づけ、入居契約書等の事前交付の義務づけ、

49ページで、公益社団法人等が一定の基準を満たした入居者紹介事業者を優良事業者として認定する仕組みの創設、いわゆる囲い込み対策として、介護事業所と提携関係等にある有料老人ホームにおいて、居宅介護支援事業所やケアマネジャーの独立性を担保する体

制の確保、住まい事業と介護サービス等事業の会計の分離、独立、有料老人ホームにおける入居定員総数や、要介護者の入居状況について、計画の記載事項の整理などについて記載しております。

次に、その他の課題について、

50ページで、介護被保険者証の一斉交付や返還義務の見直し、電子資格確認の導入、高齢者虐待防止の推進、

51ページで、事故情報の報告のためのシステム構築、要介護認定等の申請代行が可能である者の拡大、主治医意見書の事前入試に関する明確化、

52ページで、特定福祉用具販売に関する所要の制度上の規定の整備、国民健康保険団体連合会の業務の拡充などについて記載しております。

最後に、53ページで「2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化について」ということで1枚資料を作成しております。

その前提の議論として、2025年までの地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について、54ページと55ページで整理しております。

まず、54ページです。

これまで各地域において、3年1期の計画のもとで、各種評価指標や点検ツールを活用し、一部の県では独自の評価指標を用いて点検評価をしながら、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が進められてきたところです。

現状を55ページで確認しますと、例えば、地域包括支援センターは全市町村に設置されるなど、地域包括ケアシステムを支える体制、基盤の整備は、全国ベースでは着実に進んできていると考えられます。

一方で、特に小規模の自治体においては、取組状況が相対的に低い傾向にあります。

また、2040年を見据えると、人口減少のスピードや高齢化の進展が異なることに伴い、サービス需要の変化や提供体制、地域資源について地域差がより顕在化することが見込まれます。

さらに、介護人材や専門職の不足、高齢化もサービス提供体制の維持・確保にとっては大きな課題です。

これらについては、本部会で1年をかけて議論してきた結果、関係者一同共通の認識になっていると考えております。

このようなこれまでの取組状況も踏まえ、2040年に向けた大きな方向性を53ページで整理しております。

2040年に向けた人口動態やニーズの変化、各地域の特性に応じて、市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域包括ケアシステムを深化させることが必要です。

サービス需要の地域差やサービス供給体制も変化する中、医療・介護の連携、相談支援体制の整備、人材確保、生産性向上等について必要な対応を議論し、利用者にとって切れ目のないサービス提供が可能となるようにしていくことが必要です。

また、地域の移動、交通、住まい確保支援、まちづくりとも連携し、地域づくりを推進していくことも必要であると考えられます。

そのためにも、これまでの本部会での議論を踏まえ、第10期から必要な取組を進める必要があります。次期介護保険制度改正のための本部会の取りまとめに向けて、引き続き御議論いただければと思います。

説明は以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様から、ただいまの説明に関して、非常に多岐にわたる論点がある中で恐縮でございますが、時間の関係上、お一人様3分以内でお願いできれば幸いです。

それでは、まず、会場から、恐らく多分皆様から御発言がおりかなと思いますが、もしなければお知らせいただきたいのですが、先ほどと逆回りで、では、和田委員からお願いいたします。

○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、人口・減少サービス需要に応じた体制の構築について意見を申し上げます。

まず、中山間・人口減少地域への対応です。

参考資料では、介護サービス利用者が既にピークを過ぎたという自治体は、在宅で約40%示されております。今後も多くが、人口が減る地域となりますが、このまま介護サービス利用者が減る地域とは限らないと思います。むしろ、人材確保が一層難しくなる地域です。

この状況で特例サービスの拡大や、人員配置基準の緩和を進めれば、介護人材の確保を諦める方向に働いてしまうのではないかと懸念を持っています。

特に訪問介護では、月単位定額制が検討されておりますが、賃金が確実に上がらなければ、利用者のもとへ出向いてくれるヘルパーは増えません。

資料には、移動時間など地域の実情を考慮した報酬設定が可能とあります。しかし、これは人口減少地域だけの課題ではありません。大都市部でも、一般市でも、移動時間の負担はサービスの質に直結します。訪問介護は生活続けるための要です。だからこそ、あらゆる地域で移動時間などを考慮した報酬設定を求めます。

次に、地域包括ケアシステムの深化についてです。

論点となっているケアマネジャーの法定外業務、いわゆるシャドーワークについて、参考資料の身寄りなき高齢者が抱える課題というところ、生活を成り立たせるために欠かせないものばかりです。資料には、日頃のちょっとした手助けとありますが、このちょっとしたことの積み重ねこそが、家族介護者の疲労や介護鬱などにつながります。

実際、擁護者による高齢者虐待も増え、介護殺人という痛ましい事件も続いています。地域の多様な主体にお願いする前に、まずは認定を受けた人に必要な給付でしっかり支援する、その原則を守ることを強く求めます。また、家族介護者の実態に即した給付を維持することも要望いたします。

さらに、認知症施策の推進にある診断前、診断後の相談支援体制は、必ず前進させてい
ただきたい点です。

診断直後の不安に寄り添うためには、ピアサポートや本人ミーティングなど、当事者同
士の支え合いと専門職が連携した場が必要です。診断直後から介護保険認定までの空白の
期間を支える仕組みの構築を強く望みます。この構築に当たっては、いわゆる認知症基本
法でいう、認知症の人と家族の参画を求めます。

加えて、家族介護者への相談支援体制が明確に位置づけられたことは、私たちが長年求
めてきた方向です。

家族介護者は仕事との両立、経済的不安、心理的負担など多くの課題を抱えています。
市町村の家族介護支援事業の充実とともに、企業、福祉機関、当事者団体が連携したネッ
トワークが不可欠です。

当会は45年以上、家族の集いや、認知症本人ミーティング、電話相談など支え合いを続
けてきました。こうした自助、共助の活動が公的支援と補い合い、地域全体で支える仕組
みがさらに進むことを心から期待します。

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 民間介護事業推進委員会の山際です。

先ほど御説明がありまして、53ページにイメージ図の作成をいただいております。この
間、私どもも申し上げてきました、やはり地域づくり、これをベースに据えるということ
で、その地域の多様な社会資源と連携をして取組を進めていくことが非常に重要だと考え
ております。特に民間企業がこの中に含まれたということは、大きな前進だろうと思っ
ています。

ただ、この地域づくりに当たっては、やはり具体化をしていく必要があると思ってい
ますので、やはり地域の中での様々な形での互助の取組と、それから、行政、事業者、地
域住民が関わる地域のネットワークづくりが欠かせないと思っていますので、ぜひこの取
組を、厚生労働省だけではなくて、経産省であるとか、総務省であるとか、省庁の枠を超
えた取組ということで、ぜひダイナミックに進めていただければと思っています。

あわせて、そうした介護予防であるとか健康づくり、ここに非常に重要な役割を示す地
域支援事業、総合事業についても位置づけていくことが重要だろうと思っています。

それらの地域づくり、あるいは予防・健康づくりと、専門サービスがきちんと連携して
いくということが何より重要だと思っていますので、この53ページのイメージ図も、もう
少し分かりやすく工夫を進めていく必要があるのかなと考えております。

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、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3点申し上げたいと思います。

まずは、中山間減少地域における柔軟な対応について、今日の資料の10ページの2つ目の○のところに、様々な他の必要な措置を講じた上で、それもやむを得ない場合に特例的な対応を行う方向で検討すること、これは理解できます。

ただ、3つ目の○にあるICT機器の活用やサービス、事業所間の連携を前提に、管理職や専門職の常勤、専従要件、夜勤要件の緩和、ここについては懸念があります。

ICT機器の活用や効率化が職員1人分の労力に置き換えられるような状況では、やはり、まだ、そのような状況はないと思いますので、配置基準の要件緩和を行うことは、サービスの質の低下、職員の業務負担の増加、それに伴う離職の誘発で、人材不足のさらなる加速化が懸念されるため行うべきではないと考えております。

次に、ケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しについて、資料の34ページの部分になりますが、ケアマネジャーの更新、研修を廃止すること自体には賛同いたします。今後ケアマネジャーに対して、一定の研修を求めていくのであれば、ケアマネジャーの業務を遂行する上で必要な研修については、労働時間として適切に取り扱われるべきです。また、研修費用についても労働者の個人負担とすべきではありません。

研修の費用については、地域医療介護総合確保基金の対象にもなっておりますので、国としては財源の確保と、より利用しやすい仕組みの構築に努め、事業者に対してその内容を広く周知し、基金を有効に活用できるよう促すことが重要と考えております。

次に、生産性向上等による職場環境改善、経営改善支援等について、資料の13ページの6つ目の○ですが、生産性向上等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で、適切に報酬上も評価していくことは重要というところについてですけれども、介護分野における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、技術的な支援、これを講じていくことは非常に重要と考えております。

一方で、テクノロジーの活用には、職場環境の改善や生産性向上の取組を報酬上評価する、この内容がまだ具体的に分かりませんが、何かの加算の点数が増やされるのであれば構いませんが、テクノロジーの推進を理由として、介護報酬上の人員配置の基準緩和や柔軟化につながることは、かえって現場の負担増につながりかねないと思います。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。

小林委員、お願いします。

○小林委員 日本介護支援専門員協会の小林です。

私のほうからは、地域包括ケアシステムの深化の（５）の相談支援の在り方につきまして、今までも意見として述べさせてきていただいておりますが、改めて、意見として述べさせていただきます。

まず、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの在り方につきましては、利用者の属

性や利用サービスにより、担当する事業所が地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が変更になることにより生じる業務負担や、予防と介護でケアプランの様式が異なることによる業務負担も含め、利用者に混乱が生じることがないように、また、介護予防ケアマネジメントについては、利用者の自立支援、主体性の視点を大切にしながら、ケアマネジメントプロセスの効率化を図っていただきたいと思います。

ケアマネジャーの業務の整理につきましては、いわゆるシャドーワークへの対応を含め、身寄りのない高齢者等の抱える生活ニーズは、地域全体の課題として対応する観点から、各市町村及び地域包括支援センターが主体となり、協議できる体制を整えていく必要があります。

また、ICTの活用による効率化の推進につきましては、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、テクノロジー導入支援等の継続的支援を含めた検討を進めていただきたいと思います。

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、ケアマネジャーの不足とともに、実務者の高齢化が進んでいることから、ケアマネジャーの人材確保に向けて、実務経験年数の短縮については、ぜひ進めていただきたいと思います。

また、ケアマネジャーの資格について、研修受講を要件として、有効期間を更新する仕組みを配置することで、研修とのひもづけを解消し、その上で、質の担保のために必要とされる研修につきましては、より、現任者にとって有効となる実践的なカリキュラムの検討や、分割受講、時間数の縮減など、時間的な負担や研修受講の機会確保を担保するため、事業所の配慮等について検討をお願いしたいです。

主任ケアマネジャーの位置づけと明確化につきましては、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割の明確化は重要ですが、その役割に見合った評価の在り方についても、併せて検討をいただきたいと思います。

最後に、主任介護支援専門員だけではなく、介護支援専門員の人材確保、定着や責任の重要性を鑑み、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けるようお願いいたします。

私からは以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

では、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、2の地域包括ケアシステムの深化の中で2つ御意見を申し上げます。

まず、（４）介護予防の推進の中の総合事業の在り方というところの28ページでございますが、総合事業について、これまでの介護予防の様々な取組が効果を出してきたことは明白であります。介護予防や日常生活支援の必要性等も参考資料等にまとめられておりでございます。

その対策についてですが、○の4つ目の地域の支え合い、状況把握と評価が重要とあり

ますが、地域の支え合いとしての検討は、自治体ごとの住民であるはずですが。その中に医療・介護・福祉の専門職がいて、地域ニーズへの対応をともに考え、行動することが何よりも大切な考え方であると考えます。これを踏まえた対応の整理をお願いしたいと思います。

もう一つですが、（６）認知症施策の推進のところでございます。高齢者世帯や独居世帯において、認知症の方の相談は、近隣住民や民生委員、ケアマネジャーのほか、訪問介護員など、訪問での対応が多いと承知しておりますが、認知症相談支援の機能としては、訪問を主軸とするべきであります。ただ、体制整備は課題だと考えております。専門性や負担感も踏まえ、具体的な対応体制についても整理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。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

これまでの議論の状況につきまして、事務局において整理いただきましてありがとうございます。

総論やそれぞれのテーマで示された検討の方向性について、何点かコメントをさせていただきます。

まず、総論部分ですが、基本的な視点として整理していただいたものに特に異論はございません。

ただ、この前段で行った持続可能性の議論を踏まえて、今後盛り込まれていくものと思っておりますが、お示しいただいた基本的な視点の中に、現在の介護保険の財政に関する状況や課題あるいは将来に向けての危機感といった部分が、まだ記載されておられません。

今後、高齢化に伴い、介護費用の総額が制度創設のときから約４倍の14.3兆円になっていること、あるいは今後もさらに増加が見込まれている中で、現役世代の保険料負担を抑制していきつつ、公費を含めた財源をどういうものにしていくかといった重要な課題もございます。

今後、負担能力に応じた負担あるいは給付の重点化などを通じて、給付と負担のバランスを保ちつつ、制度の持続可能性を高めていくことを、この部会の取りまとめの基本認識として、しっかりと盛り込んでいただきたいと思います。

次に、１の中山間・人口減少地域における、サービス提供体制の構築については、包括的な評価の仕組みについて、どのような場合に包括評価ができ、それを誰がどのように決定、承認していくかといった手続や、基準、条件、また、特にモラルハザードの抑制などに関して、管理あるいは検証できるような仕組みの構築なども含めて、保険財源の適正利用が担保されるように、今後、介護給付費分科会で、丁寧に御検討いただければと思います。

３の介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性の向上、経営改善支援については、検

討の方向性にお示しいただいたように、国や都道府県等の役割が重要であり、制度上も明確化して、その機能強化を図っていくために、都道府県の介護保険事業支援計画の中で位置づけを明確化し、関係者間の連携が実効性のある取組となるよう、国が責任を持って主導し、支援策を講じていただきたいと思います。

また、介護人材の確保は、生産年齢人口の急速な減少が見込まれる中では、処遇改善だけではなく、職場環境の改善や生産性の向上の取組を、並行して進めていくということが重要だと思います。

特にテクノロジーの導入は極めて重要な手段になると考えており、目標を掲げた上で業務負担の軽減、業務の効率化を図れるように、さらなる支援に当たっては、伴走支援の機能強化、国による財政支援の充実によって、導入を促進し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。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員　まず、検討の方向性に示されていることにつきましては、全体としては異論ございませんが、幾つかの細かいことを意見で述べさせていただきたいと思います。

まず、4ページに※印の一番下に「『身寄り』とは」と書いてあって、身寄りとは、一律に身寄りがある者を排除するという意味ではないと、そういう記載もあるのですけれども、ここは、やはり認知症などのために判断力が低下しているということが、現実的なサービス提供の上で非常に大きな問題でございますので、具体的には地域包括ケアシステムの深化の相談支援の在り方の33ページの一番下の○に、身寄りのない高齢者等への生活課題への対応として、ケアマネジャーが担うことの多い法定外業務については、地域ケア会議も活用しながら地域課題として議論とありますが、このこと自体は適切だと思いますけれども、今、申し上げましたように、独居であり、かつ認知症である高齢者は、たとえ別居の家族がいたとしても、ケアマネジャーの業務には、特別なものがございまして、しかも実質的にその数は非常に多いということがございまして、ここでは身寄りのない高齢者や独居の認知症高齢者等と、ぜひ記載していただいたほうがよろしいのではないかなと思います。

それから、認知症施策の推進等についてですが、36ページの1つ目の○に、認知症または軽度認知障害の方ということで、この認知症の前段階とされる軽度認知障害のことが記載されているのですが、これは、非常に私は重要だと考えております。

このことは、認知症となる原因疾患の早期の予防とか治療という観点からだけではなくて、認知症に対する偏見や差別の解消あるいは認知症施策推進基本計画にあります、新しい認知症観の普及という観点からも非常に重要でございます。

そのようなことから、大変細かいことと言って申し訳ないのですが、この部会でも以前に指摘したことがあるのですけれども、いわゆる認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰの判定基準が、何らかの認知症を有するが、日常生活や家庭内及び社会的にほぼ自立とあるのです

けれども、ここは、何らかの認知機能の障害があるがと直していただけると、医学的なMCIの概念と整合性が確保できるので、認知症の医療・介護の連携体制を確立するという意味でも、こういったことをしていただくのがよろしいのではないかと思います。

それから、37ページの1つ目の○の3行目に「認知症の早期発見・早期診断」という用語があるのですが、これも大変細かい指摘で申し訳ないのですが、認知症疾患の早期発見、早期診断として、このMCIの段階で、認知症疾患の早期診断をカバーした表現にしたほうがよろしいかと思います。

ちなみに、認知症の早期発見という言葉に抵抗を覚える認知症の当事者がたくさんいらっしゃるということも指摘しておきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの御参加の皆様から、幸本委員、お願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。御説明ありがとうございました。

これまで申し上げてきたとおり、地域社会を維持していくためには、介護サービスを維持していくことが不可欠です。効率化と持続可能性の確保のためにも、DX化や協働化といった取組を進めていただきたいと思います。

また、地域包括ケアシステムの構築は、まさに地域づくりです。推進に当たっては、医療、介護の連携、国、都道府県、市町村の連携、担当部局の垣根を越えた連携、これらを深めていただきたいと思います。

私ども商工会議所といたしましても、地域総合経済団体として、地域社会の振興を図るべく、今後も制度の構築、維持に協力してまいります。

その上で2点をお願い申し上げます。

まず1点目ですが、論点にある総合事業の在り方について、お示しいただいたとおり、住民主体のサービスの展開は道半ばです。今後は、地域の支え合いである互助がますます重要なキーワードになると思います。制度を支える重要な柱として互助の推進も加えていただくようお願いいたします。

次に、2点目ですが、介護人材の確保・定着のためには、業務改善や生産性向上などによる処遇改善が重要ですが、これに加えて、厚生労働省でも推進されています、社員のwellbeingを向上させる健康経営も人材定着のための極めて有効なツールです。介護分野においても、ぜひ、健康経営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。

これまでの議論が網羅的にまとめられておりまして、ありがとうございます。

私どもの問題点を2点だけ申し上げて、反映できるかどうかの検討をいただければと思

います。

1点目が6ページからあります、人口・減少サービス需要の変化に応じたサービス提供の構築ですけれども、これまでも申し上げてまいりましたけれども、特に中山間・人口減少地域の問題というのは、1つの介護保険制度だけの問題ではありませんので、ぜひ他の人口減少対策、コンパクトシティとか、集住化とか、いろいろな部署でいろいろな取組がありますので、他の対策との連携ということをどこかに盛り込んでいただければいいなと思います。

2点目が、介護現場の生産性向上、経営改善等なのですけれども、これも申し上げてきたのですけれども、全国レベルで展開をしている介護事業者にとって、それぞれの自治体のローカルルールというのが非常に業務を効率化する上での妨げになっているという面があり、これがDXであるとか、大規模化であるとかの効率化策にとっての弊害になっているという面がございますので、ぜひそのローカルルールを減らして標準化をしていくということをどこかに盛り込んでいただければ幸いです。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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、人口・減少サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築についてですが、特例介護サービスの枠組みの拡張において、新類型での人員基準緩和の方向性が示されていますが、労働負荷の増加が懸念されることから、管理者や専門職の常勤、専従要件の緩和については、従事者の労働負荷の増大やサービスの質の低下につながることはないよう、慎重に検討することが必要ですし、現場の実態を踏まえると、夜勤要件まで含めて緩和することについては反対いたします。

中山間・人口減少地域において介護サービスを事業として実施する仕組みの方向性で、地域支援事業の1類型として実施し、ほかの地域支援事業と同様に、高齢者の伸び率等を考慮した上限額を設定することについては、この事業が介護保険サービスの代替であることを踏まえれば、介護保険事業として実施すべきであり、予算の上限を設けるべきではないと思います。

次に、地域包括ケアシステムの深化についてですが、ケアマネジャーの更新制、法定研修の見直しにおいて、研修の受講を担保するため、ケアマネジャーを雇用する事業者に対して、ケアマネジャーが研修を受けられるよう、必要な配慮を求めることとするとありますが、厚生労働省が示している労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドラインでは、参加することが業務上義務づけられている場合や、不参加によって業務を行うことができなかつたりする研修、教育訓練の受講については、労働時間に当たるとしており、法定研修については配慮というレベルではなく、事業者に対し、研修受講時間を労働時間として適正に処理することを徹底する必要があると思います。

あわせて、事業者研修受講機会を確保することや、費用負担を義務づける必要があると思います。

最後に、総合的な介護人材確保対策についてですが、国は介護職員の処遇改善等について取り組んできたとありますが、処遇改善については不十分と言わざるを得ず、昨今の他産業における大幅な賃上げにより、賃金格差は拡大を続けています。

また、ケアマネジャー等を対象外としてきたことで、ケアマネジャーの経験やスキルに見合った処遇とすることができず、職種間の賃金水準もバランスが崩れています。

そして、人材確保に最も効果があるのは処遇改善です。介護職員はもとより関連職種も含めた介護従事者全体について、他産業と比較して遜色のない処遇を実現するため、目指すべき水準と時期について明確にしたロードマップを早急に示していただく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。

石田委員、お願いします。

○石田委員　まず、中山間・人口減少地域における対策についてです。

その中山間・人口減少地域に限って人員配置基準を緩和できるという特例介護サービスの新類型が提案されています。また、この新類型の仕組みを導入してもサービスの維持・確保が難しい場合に、給付に代えて市町村が介護サービスを事業として実施するという仕組みも提案されております。

今後は、全国的に人口減少地域が増えていくと考えられますので、当該事業の対象地域というのが、さらに拡大していくのではないかと。もしそうなれば、保険給付を前提とした介護保険制度そのものが崩れてしまうという危険性もありますので、あくまでこれは限定的なものということを改めてここで確認させていただきたいと思います。

また、訪問介護について出来高報酬と包括的な評価を選択可能とするとなっております。報酬水準の設定については、仕組みを導入する事業者の経営状況なども考慮するとなっておりますけれども、この場合にも、利用者側の意向や要望を反映した上で、十分な検討をしていただきたいと思います。

中山間において人手不足の問題が深刻であるということは承知しておりますけれども、その対策として提案されている新類型サービス、あるいは給付に代わる市町村の介護サービス事業については、その詳しい内容に関して、介護保険事業計画の策定の中で、行政、事業者あるいはサービス利用者本人の意見を十分に聞いて検討していただきたいと思います。

また、あくまで地域を限定としたものということであるならば、具体的な地域を確定していくとともに、対象地域の拡大を防ぐための対策というのも同時に講じていく必要があると考えます。

次に総合事業です。介護予防・日常生活支援総合事業という名称になっている以上、こ

の介護予防の成果あるいは自立生活への支援の効果については、利用し始めたときと、それ以降に関して、どのぐらいの成果があったか等を評価することは不可欠だと思います。

ただ、これを分析評価するのは、主に地域包括支援センターの仕事になってくると思いますけれども、現在、地域包括の業務は、多様多岐にわたって非常に過重になっていると思います。これを改善していくために人員を増やすなどの対策を講じていく必要があります。なお、地域包括の業務負担を軽減するために、予防マネジメントを居宅介護支援事業所が直接実施できるようにするという提案がありますが、報酬の面からいっても、ケアマネ事業所が予防マネジメントを積極的に引き受けるとは思えません。

最後に、職場環境改善に向けた生産性向上のところで、介護事業者間の協働化、それから連携ということがあります。これを大いに進めていってほしいということですが、例えば、報酬の請求とか記録、書類作成事務といったバックオフィス業務についての効率化について、実際こういったことをやる時に障壁となるような規制があるのかどうか、それから、複数の事業者による協働化という新しいケースについて、行政など、ちゃんとした対応が確立されているのかどうか、この辺ところは、現状を教えてくださいたいと思っています。

以上です。

○菊池部会長 最後にお問い合わせがございましたけれども、事務局で。

○村中企画官 すみません、介護業務効率化・生産性向上推進室長も、私は併任しておりますので、お答えさせていただきます。

協働化により職場環境改善を進めていくに当たって、何らかの規制なり障害があるのかというご質問をいただきました。もちろん、それはどういう協働化を進めていくかその内容次第でございまして、バックオフィス業務とか給付に向けて請求を一緒にしていくとか、そういった内容ですと、税制面においては今回資料で言うと、資料2の44ページ1つ目の○で先ほど説明させていただきましたが、税の担当部局とも少しお話をさせていただいた上で、現行税制のもとでも、こういった形で収益事業としないという取扱いが社会福祉法人等ではできるということでございます。

もし、具体的な障害等が生じているという事例があれば、また、委員と個別にお話をさせていただきたいと思いますが、基本的には協働化に伴う大きな障害や規制は、内容によるかもしれませんが、ないものと認識をしております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○石田委員 はい、ありがとうございました。また、詳しいことは、後で、ありがとうございます。

○菊池部会長 必要に応じて、また、お問い合わせください。お願いします。

山田委員、お願いします。

○山田委員 ありがとうございます。全国老協の山田です。よろしくお願いします。

人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築についての論点の中の

7 ページ、それぞれの地域類型を意識しながら、通所介護、訪問介護の休止の増加からも、サービスの基盤の維持・確保に向けた議論を行うことが必要であると考えます。

都道府県、市町村、関係機関が常に疎通がとれているとは言えず、地域の実情、課題を把握、継続的に分析して、議論の場で共有しながら、より実効性のある役割の明確化と分担を図ることで、その需要に応じてサービス基盤の維持・確保が図れると考えます。

今後、施設等の整備についても、その機能を柔軟に変更していく仕組みの構築が必要であると考えます。

また、中山間・人口減少地域の対象地域の特定を都道府県が決定する場合、都道府県間に地域格差が生じないように、国が具体的な指針を示すとともに、必要に応じて技術的助言を行うなどの関与をお願いしたいと思います。

次に、地域包括ケアシステムの深化の論点でございます。

34 ページ、ケアマネジャーの更新制・法定研修の見直しについて、更新制と研修受講の紐づけがなくなることは、ケアマネジャー業務の継続ができるということから有効とを考えます。

研修の受講に関しては、質の向上の観点から、受講方法や研修内容において実効性のある内容、仕組みの構築が必要であると考えます。

また、相談支援等の在り方として、人口減少・中山間地においては、介護、障害、子供、生活困窮等、分野横断的に実施する仕組みは有効であり、配置基準も分野横断的にすることによって、柔軟な業務分担が可能となると考えます。

次に、介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援の論点でございます。

40 ページの人材確保については、新卒の採用よりもセカンドキャリア、サードキャリアの人材が多い実情があります。人口減少の状況等、地域差や地域固有の問題がある中で、より個別性に配慮した業務を担えるプラットフォームの構築が必要であると考えます。

また、介護現場において、ICT導入を積極的に取り組めるよう、介護事業における生産性向上に資するガイドラインの普及と財政支援の継続的な取組をお願いいたします。

最後に、多様なニーズに対応した介護基盤の整備、制度の持続可能性の確保の論点でございます。

50 ページ、身体拘束等の手続や、高齢者虐待防止の理解については継続的に取り組むことが必要であると考えます。

それとともに、都道府県や市町村の役割を明確化して、再発防止に資する検証、早期発見に係る体制整備等、高齢者虐待防止の推進に向けて、より一層の取組の充実が必要であると考えます。

51 ページ、介護現場におけるヒヤリハットや事故報告は、市町村に報告するのみで、施設、法人でも十分な分析には至っていない実情があります。事故防止の推進から重大事故を防ぐ視点を持って、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、再発防止策等に活用することは有効であると考えます。

統一されたアクセスデータベース等の構築は、国、都道府県、市町村の役割を明確にすることによって、介護現場における安全性を確保できると考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

尾崎参考人、お願いします。

○尾崎参考人 ありがとうございます。1点意見を申し上げます。

人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築についてですが、中山間・人口減少地域における各種対応は、地方における今後のサービス維持において大変有意義なものであると受け止めております。

特に、訪問介護における包括的な報酬体系は、離島や中山間地において移動に時間を要している事業者が適切に評価され、今後の事業継続に資することが期待されます。

今後、介護給付費分科会での議論になりますが、事業者、利用者双方が納得できる枠組みとなるよう、関係者の意見を伺いながら、丁寧に制度設計を進めていただきますようお願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

これまでの議論をおまとめいただきまして、ありがとうございます。

私からは、資料の53ページにある2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化についての意見と、あと、医療・介護連携について意見を申し上げたいと思います。

この図なのですけれども、高齢者本人は、介護予防の体操をしている絵にとどまっているのですけれども、もっと社会参加とか、就労とか、高齢者がアクティブに社会に貢献している、そんなような絵も入れていただくと、少し明るいビジョンになるのではないかなと思っております。

介護の場面でも、様々な内容の介護助手とか、介護に直接関わらない支援というものも必要になってきます。そういう意味では、高齢者が今までの仕事で培った技術なども活用しながら、社会参加をしていく、そういうことにつなげていくことが必要かなと思っております。

介護予防や総合事業、総合事業という名前もつけていないかもしれないのですけれども、地域の支え合いが充実してきている市町村においては、高齢化率が非常に高くなっても介護保険料の増額を抑制できているという事例も出てきております。介護予防、そして地域の支え合い、そういうものを総合事業も含めて、しっかり構築していくことの重要性をアピールしていただければと考えております。

2点目なのですけれども、在宅医療・介護の連携、これから医療ニーズの高い方が増加

する。また、最期のときをどう迎えていくのかという社会的な議論が、もう少し十分行われる必要があるのではないかと考えております。本人や家族がそんなつもりはなかったという最期にならないよう、自分事として準備する必要があります。今までの在宅医療・介護連携では、医療ニーズのある人をどう受入れるかというように、介護側が医療に近づくという形でもあったかもしれませんが、介護や生活の場で受け入れられる状況を想定して、介護に無理のかからない医療の在り方についても、これから国民的な議論と理解、なにより、医療関係者の理解が必要になってくるのかなと考えております。この参考資料の48ページにポンチ絵がありますけれども、この連携推進事業について、今後、第10期以降、またさらに進化していくことをお願いし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。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員　ありがとうございます。

私のほうから3点、まず、総論的な話になりますが、ページで言うと7ページにある、例えば中山間・人口減少地域、大都市部・一般市と分けるという新類型ですが、これは、ここに書かれているように、特別地域加算の対象地域を基本にしつつ、さらに地域の実情、柔軟な対応ができると。それと、都道府県とか市町村においての検討ということですが、議論が進んでくると、では、私のところはどうかのだろうという疑問が出てくると思います。人口減少地域に入るのだろうかとか。特別地域加算の対象にはなっていないけれども、隣は対象だがここは違うのですかみたいなことが起こると思います。柔軟に考えるとなると、そこはどんなふうになるのか、これは市町村の問題だとは思いますが、国も一定の基準をここで示すことが必要ではないかと思えます。この点についてどこまで進んでいるのかを教えてくださいたいです。

2点目は、36ページになる認知症施策のことです。以前もお話ししましたし、繰り返しになり恐縮ですが、認知症は進行していく疾患なので、初期の段階の予防も大事なのですが、家族の方がすごく困惑するというか、大変な思いをしていくのは、どんどん進行していったときだと思ふのです。

そういったときには、例えば特養とか、老健、認知症グループホームとか、医療保険での認知症専門病棟との、その辺りの施設系との連携というところも考えていかななくてはならないのではないかと思います。

3点目です。

47ページから、先ほども申しましたが、有料老人ホームの話です。有料老人ホームに関しては、やはり安全性、質の確保、透明性は必要だと思うのですが、人員基準とかではなくて、やはり虐待、身体拘束、事故報告の義務化とかに焦点をあてていただきたい。自由度や多様性を奪わずに考えたほうがいいのではないかと思います。そのほうが利用者とか御家族の人には分かりやすいし、例えば、このような自由度はありますが、

看護、介護の人たちの人員は少ないですよということがちゃんと分かるようにしたい、いい面を見ると競争原理が働いていますので、そういったことも考え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。

前段で1点、お問い合わせがあったかと思いますが、お願いいたします。

○江口総務課長　総務課長です。ありがとうございます。

資料の7ページの下から2つ目の○のところにも記載しておりますとおり、ただいま御質問のあった点については、今後、介護給付費分科会で具体的に御議論いただくということと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ということでございます。よろしいでしょうか。

○橋本委員　はい、ありがとうございます。

○菊池部会長　それでは、山本委員、お願いします。

○山本委員　ありがとうございます。日本看護協会の山本でございます。3点申し上げたいと思います。

まず、10ページです。特例介護サービスの枠組みの拡張について、人員配置は利用者へのサービスの質に直結し、職員確保と定着に大きく影響いたします。利用者の重度化が進む中、利用者数に対する職員数の比率など、基準が設けられている施設等において、基準を下回る人員体制で職員の確保・定着が図られるとは考えづらいところです。

要介護度の高い人たち等において最低基準を下回ることは、安全性の点から避けるべきであると考えます。

実態を捉えた上で検討を進める必要があり、やむを得ない場合においても、「自治体による専門職の人材確保策」が講じられた上での措置とすることが不可欠でありまして、また、「事業所における職員の処遇改善等の人材確保の取組」が実施されていることを要件とする必要があると考えております。その点を明記いただきたいと思います。

人員体制とサービスの質の担保は両輪で検討する必要があり、「事後の確認」も当然必要であると考えます。

続きまして、46ページの2040年を見据えた介護保険事業（支援）計画の在り方についてです。第9期介護保険事業計画の国の基本方針では、居宅要介護者の在宅生活を支えるため、看多機、小多機、定期巡回など地域密着型サービスの普及が示されております。しかし、これらのサービスがない市町村も多く存在し、整備が十分に進んでいるとは言えない状況です。看多機などの整備推進と併せて隣接する市町村にある事業所を利用しやすい仕組み、広域での調整の推進など、居宅での療養継続を支える取組の強化について明記をいただきたいと思います。

最後、48ページでございます。住宅型有料老人ホームにおける安全性の確保、サービス

の適切な提供の観点から、中重度の要介護者が入居するホーム、一定の医療ニーズのある方が入居するホームの人員体制の確保を含め、有料老人ホームにおける望ましいサービス提供の在り方に関する検討会の取りまとめのとおり、確実に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。

松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。

私のほうからは、資料の28ページ地域包括ケアシステムの深化、介護予防の推進、総合事業の在り方について1点御意見を申し上げます。

高齢者の介護予防や日常生活支援については、総合事業だけで実現できるものではありません。検討の方向性にありますように、総合事業に該当しない多様な活動や事業を含めた、地域の支え合い体制の確保、これが大変重要だと考えてございます。

そのため、これらについての状況の把握や、その評価に取り組むことが求められます。介護保険制度以前から老人クラブが地域の実情に合わせ、健康維持・向上への取組、地域の見守り活動などによる孤立防止などにも取り組んできております。今後、地域社会が一層の高齢化が進む中で、地域の支え合い体制状況を把握していくこととともに、その評価についての具体的な取組を、ぜひ基礎自治体に求めるとともに、都道府県による支援体制の促進についても進めていただきたいと考えてございます。

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 まず、総論の1つ目の項目について、以前も申し上げましたけれども、中山間・人口減少地域への事業者の参入促進や、事業者の健全な運営の持続については、本日の検討の方向性に上乗せで新たな対策を講じる必要があると思っていますので、今後、検討を継続していくべきと考えております。

続きまして、23ページの医療と介護の協議の場についてでございます。

今後、新たな地域医療構想において、市町村が参加していくことに向けまして、23ページの最後の○の2行目の途中から「2040年に向けた介護の提供体制等の議論の場における介護側での医療介護連携に係る十分な議論を行ったうえで」と記載されておりますので、これを踏まえまして、市町村内に介護提供体制や医療・介護連携あるいは在宅医療などを平素から議論する協議の場を常設すべきと、これも繰り返し申しておりますけれども、そういった場がないと、なかなか新たな地域医療構想においても議論が難しいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

最後の28ページの総合事業についても、これまで申しておりますように、サービス・Cのみならず、全てのサービスのデータベースを構築して、見える化をお願いしたいと思い

ます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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41ページには、介護人材確保、職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援の資料が出ております。

2つ目の○におきまして、介護現場における生産性の向上においては、1ポツ目、テクノロジーの活用や、いわゆる介護助手等へのタスクシフトが書いてございます。

4つ目の○におきましては、ガイドラインの中で、介護助手の普及促進プラス介護テクノロジーの導入支援というものを、基金等で行っていただいていたことが書かれております。また本日の提出されております参考資料3の6ページに、介護テクノロジー導入・協働化の資料が出ております。

ここの生産性向上に資する介護テクノロジー等の導入についてですが、右下のピンクのところに負担割合が、(1)①、(2)①、国・都道府県5分の4、事業者5分の1と書いてございます。これまで全ての都道府県下限4分の3となっており、私のいる三重県、それから、直近では岐阜県だけが5分の4でしたが、今回この補正予算におきまして、全ての都道府県が5分の4としていただきました。生産性向上の介護テクノロジー導入に関しましては、導入費用が数千万単位で非常に大きいものでございますので、このように負担割合、補助率を4分の3から5分の4に上げていただきましたのは、非常に現場にとっては助かることでございます。

今回は、補正予算でございますが、ぜひとも、来年度からの基金のメニューにおきまして、この5分の4というものを踏襲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。

皆さんから御意見をいただけたかと思いますが、ほかに何か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、議題2に関しましては以上とさせていただきます。

議題3のその他ですが、本日は、特段予定されているものはございません。

それでは、本日の審議は、ここまでとさせていただきたいと思います。

当部会におきましては、昨年12月から開始した次期介護保険制度改正に向けた議論について、本日まで様々な御議論をいただきましたが、一通りの御議論をいただいたものと考えてございます。次回は、これまでの議論を整理し、取りまとめに向けた議論が行えるように、事務局におかれましては資料の準備をお願いできればと思いますので、よろしくお願いいたします。

それは、最後に、次回の日程について、事務局からお願いします。

○村中企画官 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をいたします。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はこれで終了させていただきます。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。