2026-10-26　社会保障審議会介護保険部会（第137回）

○芦田企画官　それでは、定刻となりましたので、ただいまから第137回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中で御出席を賜りまして、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。

本日の委員の御出席状況ですが、濵田委員、藤田委員、山名委員、山本委員より御欠席の御連絡を頂いております。

また、御欠席の濵田委員の代理として高知県子ども・福祉政策部副部長、山本久充子参考人、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、田母神裕美参考人に御出席いただいております。

初めに、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。

まず、資料の確認ですが、事務局提出資料と併せまして、本日、伊藤委員から資料が提出されております。資料につきましては、会場にお越しの委員におかれては机上に用意しております。オンラインにて御出席の委員におかれましては、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おります。資料の不足等がございましたら、恐れ入りますが、ホームページからダウンロードしていただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、発言方法等につきましては、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が、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」をクリックしていただき、部会長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言ください。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を下ろす」をクリックしていただき、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分以内で簡潔におまとめいただけますと幸いです。

また、時間が到来いたしましたら事務局よりベルを鳴らしますので、御協力いただきますようお願いいたします。オンラインで御出席の委員におかれましては、Zoomのノイズキャンセリング機能によりベルの音が聞こえづらくなっておりますので、時間が到来いたしましたら、事務局よりベルとともにZoomの画面にも表示させていただきますので、御承知おきください。

それでは、報道関係の方におかれましては、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、御退出をよろしくお願いいたします。

（カメラ退出）

○芦田企画官　事務局からは以上となりますので、野口部会長、よろしくお願いいたします。

○野口部会長　皆様、おはようございます。お忙しい中、御参加いただき、どうもありがとうございます。

それでは、早速でございますが、議事に入らせていただきます。

本日は、まず、議題１「持続可能性の確保（給付と負担）」について事務局から御説明を受けて御議論いただいた後、議題２「要介護認定」について説明を受け、御議論いただきます。その後、議題３「その他（１）介護支援専門員法定研修の見直しの検討状況」ということで報告を受けたいと思います。

それでは、議題１「持続可能性の確保（給付と負担）」について事務局から御説明をよろしくお願いいたします。

○野﨑介護保険計画課長　介護保険計画課長の野﨑です。どうぞよろしくお願いいたします。

私から資料１「持続可能性の確保（給付と負担）」について御説明いたします。

本日は、制度を取り巻く状況を確認した上で、２割負担となる一定以上所得の判断基準と金融所得・金融資産の反映の在り方について御議論いただきたいと考えております。

全体の資料の構成として、議論に資すると考えられる資料やデータについては12ページ以降の参考資料にまとめて整理しております。説明の中では個別に言及いたしませんが、本文に該当のページ数を付記しておりますので、御参照いただければと思います。

まず、２ページを御覧ください。介護保険は、利用者の増加やサービスの拡充に伴い、介護費用の総額と保険料が増加しております。今後も85歳以上人口の増加などにより介護と医療の複合ニーズが高まる中、さらなる増加が見込まれています。これに対し、実質的な利用者負担の割合は近年おおむね横ばいとなっております。こうした状況の中で、必要なサービスを確保しながら給付と負担のバランスを図り、制度の持続可能性を高めていくことが課題となっております。昨年末までの本部会の議論でも、世代間・世代内双方での公平性、現役世代の負担軽減の観点から、負担能力に応じたより公平な負担を図る視点に立った検討を行いました。

３ページは、先月の介護給付費分科会にお示しした令和９年度介護報酬改定に向けた基本的な視点（案）です。物価や賃金の上昇が続き、介護現場が厳しい状況に直面する中で、経営の安定と介護人材の確保・定着に向けたさらなる処遇改善が求められております。一方で、処遇改善による給付費の増加は保険料や公費負担のさらなる増加要因となり得ますが、例えば「骨太の方針2026」では、現役世代の保険料負担の抑制が求められており、保険料、公費、利用者負担により支えられている介護保険制度の安定性、持続可能性を確保していく視点がますます重要となっております。

続きまして、４ページを御覧いただければと思います。一定以上所得の判断基準につい

てです。制度創設当初は介護保険における利用者負担は一律１割でございましたが、平成27年８月には一定以上所得の方を対象に２割負担を、平成30年８月には現役並み所得の方を対象に３割負担を導入しました。昨年の本部会の議論では、全世代型社会保障の考え方である能力に応じた負担という考え方にはおおむね意見が一致しましたが、見直しに積極的な立場、慎重な立場から様々な御意見を頂き、報告書では次のように記載されました。高齢者の生活実態や生活への影響等に加えて、令和８年度に見込まれる医療保険制度における給付と負担の見直し、現在、補足給付について行われている預貯金等の把握に係る事務の状況等を踏まえ、本部会で継続検討し、第10期介護保険事業計画期間の開始（令和９年度）の前までに結論を得ることが適当である。

５ページでございます。高齢者の生活実態、今、申し上げた昨年の部会に挙げられた各論点、要素について５ページ以降で整理しておりますが、高齢者の生活実態や生活への影響について、要介護者のいる高齢者世帯について収入と消費支出、貯蓄の状況は世帯ごとの差が大きいものの、収入が高いほど収入や貯蓄の水準も高くなる傾向があり、また、おおむね年金額に応じて世帯の預貯金の額が大きくなる傾向が見られています。2025年のデータで直近の高齢者世帯の状況を見ると、２割負担を導入した2015年と比較して預貯金の水準は下がっていないことが確認されました。また、医療保険制度の状況としては、高額療養費制度の見直しやOTC類似薬の一部保険外療養の創設が予定されております。

６ページを御覧ください。昨年末の部会報告書を踏まえ、一定以上所得の判断基準の見直しの検討に当たって考慮する要素の一つとして、補足給付で既に行っている預貯金等の確認事務の現状と課題を整理し、事務負担の軽減について検討を行うため、介護保険制度における預貯金等の把握等に係る検討の場を設置し、議論を行いました。

自治体に対しアンケート調査を行ったところ、金融機関への照会に時間がかかる、非課税年金の算出に時間を要するといった御意見がありました。自治体への調査結果は、59ページ、60ページにまとめておりますので、適宜御参照いただければと考えております。

また、自治体からの意見では、預貯金等の網羅的な捕捉が困難であるという意見もありました。それをできるようにするため、将来的にはマイナンバーを活用して預貯金等に付番し、全ての金融機関に照会できる仕組みを目指していくべきですが、一方で、保険者において既に行われている様々な負担軽減策も今回明らかとなりました。こうした負担軽減策を取り入れることで当面の間も資産の状況をできる限り適切に把握し、効率的な介護保険事業の運営を図ることが可能と考えております。

これらを踏まえ、論点としては、一定以上所得の判断基準について、まず部会意見書や介護報酬改定に向けた議論の状況等を踏まえ、介護保険制度を将来にわたり持続可能なものとしていく観点から、引き続き世代間・世代内双方での公平性、現役世代の負担軽減、負担能力に応じたより公平な負担の観点からの議論を進めていくことが必要であるという前提の上で、高齢者の生活実態や生活への影響、令和８年度に見込まれる医療保険制度における給付と負担の見直し、現在、補足給付について行われている預貯金等の把握に係る

事務の状況等を踏まえ、一定以上所得の判断基準についてどのように考えるか、御意見を頂ければと考えております。

続きまして、金融所得・金融資産の反映の在り方について整理しております。まず、７ページでございますが、金融所得の保険料や窓口負担等への反映について確定申告の有無に基づく不公平な取扱いの是正に取り組む必要があるものの、留意すべき点もあるため、昨年末の本部会の報告書では、後期高齢者医療制度での対応状況も踏まえつつ、介護保険制度における将来的な導入について、制度面、運用面等の総合的な観点から引き続き検討を行うことが適当であるとされました。また、金融資産の反映の在り方については、政府として預貯金等へのマイナンバーの付番を推進し、その状況を踏まえて、預貯金等の確認でのマイナンバーの活用について引き続き検討を行うことが適当であるとされております。

８ページを御覧ください。高齢者世代における金融所得の分布の状況ですが、１人当たり上場株式保有額は年齢が高い層ほど多く、利子・配当金のシェアも65歳以上の高齢者で増加しており、後期高齢者においては利子・配当所得総額は増加し、これらの所得は高所得層に偏っているというデータです。また、後期高齢者医療制度では、本年公布された健康保険法等の一部を改正する法律により、金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に反映するため、金融機関等が法定調書を後期高齢者医療広域連合へオンラインで提出する義務を設け、金融所得を公平に反映するための施行準備を進めています。これらを踏まえ、金融所得・金融資産の反映の在り方については、高齢者世代における金融所得の状況や医療保険における対応状況を踏まえ、どのように考えるか、御議論いただければと考えております。

なお、９月18日の前回部会においてお求めのあった介護保険制度における所得等の勘案の現状に関する資料を９ページに、また、前回の部会で頂いた主な御意見を10ページ、11ページに整理しております。

私からの説明は以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、各委員から御発言がございましたらお願いします。会場の皆様は挙手を、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、部会長の指名により発言を開始してください。事務局からの御案内のとおり、時間内にできるだけ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御協力をお願い申し上げます。また、大変恐縮ですが、時間が来ましたら事務局からベルを鳴らしますので、御協力をお願い申し上げます。

なお、佐藤委員が11時で途中退席される予定ですので、まず最初に議題１に係る発言、あるいは議題２、議題３に係る御発言、御意見があれば、佐藤委員、よろしくお願いいたします。

○佐藤委員　御指名ありがとうございます。

議題１について簡単にコメントさせていただければと思います。

まず、今回の報告の資料の後ろのほうにも高齢者の今の消費支出の実態について詳細なデータがあります。これは非常によろしいことだと思いますが、ただ、消費支出というのは実は担税力を表しているという解釈もできるわけです。支出の多い人は支出ができるわけで、その裏にあるのは、もちろん普通のサラリーマンとか勤労者であれば所得だということになるのですが、高齢者の場合は所得がゼロの方々の中にも実は支出の高い方がいらっしゃるということ、裏にあるのは資産なのです。なので、消費支出の大きさというのは所得及び資産という担税力を反映するということ、これを理解されたほうがいい。支出が高いから必要経費が多いとか生活が苦しいとか、そういうものでは必ずしもないということは解釈として留意する必要があると思いました。

あと、これは素朴な質問というか、コメントなのですが、医療保険のほうで金融資産や金融所得についての情報の把握を進めているということであれば、そこに一緒に介護のほうもオンするというか、金融機関の側から見ても、あちらに提供、こちらに提供というよりは、窓口を一本化したほうがいいと思いますので、そういった点において後期高齢者医療広域連合との協調、連携があるといいのかなと思います。既にあるのであれば、それはそれで結構かと思います。

本来であれば、マイナンバーを全ての預貯金に付番して、その情報をちゃんと反映できるようにする。市町村の持っている合計所得金額については、御指摘のとおり分離課税されている金融所得が入っていないので、今、政府が進めている所得連動型給付金の話もありますし、給付の適正化という観点からも合計所得金額を正しく把握する必要性があると言われているので、介護保険の中で閉じる話ではなく、国が行う給付であるとか、こういったところとも連携していくものであります。細かいけれども、地方自治体は利子割についても大きな問題を抱えていまして､利子割は金融資産の所在地で課税しているのですが、それだと東京に税収が集まり過ぎるのです。必ずしも東京に口座を持っている人が東京に住んでいるとは限らないという現状があります。そういった意味においても、地方税の観点からも預貯金に対するマイナンバーの付番は不可欠ということになりますので、ほかの分野と連携されたほうが、市町村の介護保険者だけが頑張ってやることではないのかなと思います。

私からは以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、会場に戻って発言の御希望のある方は挙手でお願いします。

では、岩崎委員、よろしくお願いします。

○岩崎委員　ありがとうございます。経団連の岩崎でございます。

一定以上所得の判断基準についてでございますけれども、資料10ページの３つ目の丸に御記載いただいているとおり、前回の部会でも、一から議論するのではなくて昨年末の議論を踏まえるべきと申し上げたところでございます。負担能力に応じた負担の考え方に基づきまして、適切な配慮措置の実施と併せた検討を行うことで認識が一致しているのでは

ないかと私どもとしては理解しております。

今回は、この認識を出発点といたしまして、一定所得以上の対象者の拡大の方向で検討することが妥当だと考えております。その上で、適切な配慮措置の在り方についても負担能力に応じた負担という観点が重要でございまして、資料48ページから49ページの高齢者の貯蓄額には個人ごとに大きな差があるというデータも考慮いたしまして、昨年の部会報告の記載の２案のうち、預貯金額等の資産を勘案する案が妥当であると考えているところでございます。

また、金融所得・金融資産の反映の在り方についてでございます。８ページの論点につきましては、負担能力に応じた負担の観点からは、今般の健康保険法の改正により後期高齢者に対して導入される措置をまずは介護保険制度においても同様に導入すべきだと考えております。その上で、ゆくゆくは、医療・介護分野を通じまして、負担の在り方について金融所得のみならず金融資産についても勘案した形で応能負担を一層徹底していくべきであろうと考えております。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

和田委員、平山委員、津下委員、瀬口委員の順番でお願いします。

○和田委員　認知症の人と家族の会の和田でございます。

まず、②の一定以上所得の判断基準についてです。前回も申し上げましたとおり、高齢者の生活実態は極めて多様です。独り暮らしや高齢夫婦のみの世帯だけでなく、働く家族と同居している世帯もあれば、病気の後の事情で働けない家族を抱えている世帯もございます。高齢者の多様な生活実態を見なければ判断基準を設けることは難しいと考えます。

さらに重大なのは政策の整合性です。先ほど佐藤委員も発言されておりましたが、先週の消費税減税法案の国会審議では、所得連動給付、いわゆる就業者負担軽減支援金について年収100万円から350万円の約2000万人に支給するとの首相答弁がございました。要介護認定を受けた本人が就業しているケースは限られるとしても、同居する御家族が就業されており、給付の対象となる世帯はあり得ます。今後、高齢者への給付も検討されると聞いております。物価高で生活が苦しい低中所得者の生活を支えるために給付を行い、他方ではその層の要介護者を抱える世帯の介護保険の利用者負担を１割から２割へと引き上げる。これでは生活を支える政策と負担を増やす政策が相反し、整合性を欠くのではないでしょうか。

資料37ページでは、現在、２割負担の対象は、年金収入等で単身世帯では280万円から350万円、２人以上の世帯では346万円から463万円の層です。２割負担の対象を上位25％あるいは上位30％以上へと引き上げた場合、新たに対象となる方々は現在利用しているサービスの利用を控えることにならないのか、またはサービスを減らさず、当たり前の生活を維持することができるのか、大変強い懸念があります。介護保険の利用負担は利用者1人当たりの自己負担額は年間16万円と高額であり、長期間にわたって利用し続けるという特徴が

ございます。利用者負担が１割から２割になれば、利用状況によっては年間数十万円もの負担増となります。その結果、必要なサービスの利用を控え、状態の悪化や重度化につながるおそれがあります。今回、対象の拡大が検討されている所得層は、必ずしも十分な負担能力があり、生活にゆとりがある方々ではありません。この点を改めて申し上げます。

また、預貯金等の把握についても慎重な検討が必要です。内閣府の2024年の調査では、約７割の高齢者が貯蓄を取り崩していると回答し、半数以上が、将来、預貯金が尽きることに強い不安を感じています。預貯金は日々の生活を補うとともに、今後の医療や介護への備えでもあります。真に負担可能な層を見極めるためには、こうした実態を踏まえ、国民が納得できる根拠に基づいて慎重に議論すべきです。

次に、③の金融所得・金融資産の反映の在り方についてです。確定申告の有無によって把握できる情報に違いがあり、マイナンバーによる情報把握の仕組みも整備途上にある中で金融所得や金融資産を正確かつ公平に把握できるのか、根本的な疑問があります。まずは把握の正確性や公平性、実務上の課題を整理し、その解決の見通しを示した上で改めて提案していただきたいと思っております。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、平山委員、よろしくお願いします。

○平山委員　連合の平山です。

利用者負担については連合としてはこれまでどおり１割負担を基本とし、２割負担の拡大については慎重に検討すべきと考えています。これまでも申し上げておりますとおり、介護サービスは医療と比べ利用期間が長期にわたる傾向があるため、利用者負担が１割から２割へ引き上げられた場合の経済的影響は大きいと考えます。また、医療保険制度においても給付と負担の見直しが進められており、患者負担の増加が見込まれます。こうした中で医療と介護の双方を必要とする方々に対して両制度で負担増を求めることは、家計に大きな影響を及ぼすおそれがあります。医療と介護の双方の負担を合算した家計への影響についても十分に検証する必要があると考えます。

現役世代の負担軽減については重要な課題と認識しております。一方で、将来、自らが高齢となり、医療・介護の双方を必要とする立場になった際に、大きな自己負担を生じることへの将来負担も看過できません。制度の持続可能性と利用者の安心を両立する観点から、負担増ありきではなく、公費負担の拡充も含めて慎重に丁寧に検討すべきと考えます。

介護保険において２割負担の対象者が拡大されれば、負担増を避けるために必要なサービスを控えることも懸念されます。その結果、不足する部分を家族が担わざるを得なくなり、働きながら介護を行う人の負担がさらに重くなるおそれがあります。介護離職の増加につながれば現役世代の生活や雇用にも大きな影響を及ぼしかねず、決して高齢者だけの問題ではないと考えています。

金融所得や金融資産の反映について負担の公平性を確保する観点から議論を進めること

には異論はございません。金融所得については、申告の有無による不公平を是正する必要があるとは考えております。金融資産については、公平かつ正確に把握できる仕組みの構築がまずは必要と考えます。また、自治体における確認や事務処理の負担が大きいという課題も指摘されております。こうした点を十分に踏まえ、実務面での実効性も含めて引き続き慎重に丁寧に議論を進めるべきと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、津下委員、よろしくお願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

データ等を示していただきましたけれども、介護保険料の地域間格差は非常に大きくなっております。市区町村別にみると第９期の最小で3374円、最大で9249円ということで、基準額においても大きな差になっており、また、倍率といいますか、傾斜においても大きな格差になっております。どの自治体においても介護保険制度が持続可能であるという観点で、特に負担の大きい自治体において今後の持続可能性についての検討も詳細に行っていただく必要があるというのが第１点でございます。

第２点では、事務負担の軽減という意味で、医療保険と介護保険がばらばらに行うということではなく、所得、また資産の把握については同じような方法で行うことで事務負担を減らすことができるのではないかと思います。マイナンバーの活用のことが記載されておりますけれども、具体的にいつからそれが可能になり、事務負担が軽減できるのか、その時期は無理にしても、見通しなどについてもお知らせいただきたいと思っております。

また、高齢者のほうが資産が大きいということで、若年者との世代間のあつれきを生むことなく共通理解が得られるような落としどころを見つけることが非常に重要かと思います。介護保険では２割から３割に急激に増やさなくても、例えばその間の段階を切るという考え方もあるのではないかと思います。医療保険は、その場その場でどのような医療が提供されたかということで計算されるのですが、ケアマネジメントに基づいて介護保険のサービスは決まってまいりますので、もう少し段階を切ることで、急に２割から３割への激変とか、そういうことはできるだけ緩和していただくような方策を御検討いただければと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

瀬口委員、よろしくお願いします。

○瀬口委員　ありがとうございます。全老健の瀬口でございます。

資料１について、他の委員と内容が繰り返しになるかもしれませんが、私からは１点申し上げます。

まず、資料１の６ページ、一定以上所得の判断基準についてです。２割負担の対象拡大については前回の部会でも申し上げましたが、利用者負担の増加が必要な介護サービスの

利用控えにつながることを懸念しています。今回の資料、56ページ及び57ページには、２割負担、３割負担の導入後、５か月以内に介護にかかる支出が重いことを理由としてサービス利用を減らしたあるいは中止した方がいることが示されています。しかし、その後、こうした方々のサービス利用状況や要介護状態がどのように変化したのかは示されていません。介護サービスは長期間にわたり利用されるものであり、利用控えによって要介護状態が悪化すれば、結果として介護給付費が増加する可能性もあります。そのため、中長期的な影響についても検証する必要があると考えます。

介護保険制度の持続可能性を確保するために負担能力に応じた負担を求める必要性は十分に理解しています。一方で、退職後は限られた年金収入と老後の生活や将来の医療・介護に備えて、蓄えてきた預貯金で生活している方もいます。預貯金があるからといって利用者負担の増加に十分に対応できるとは限りません。こうした高齢者の生活実態や必要な介護サービスの利用への影響を十分に踏まえ、２割負担の対象拡大については慎重に検討すべきと考えます。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

ほかにいかがですか。

小林委員、よろしくお願いします。

○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す。

まず、一定以上所得の判断基準につきましては、物価上昇により生活コストが全体として高まっている現状を踏まえますと、負担の在り方を見直す際には、その時期や影響を丁寧に見極めることが重要と考えます。物価が上昇する一方で、年金や実質所得が十分に追いついていない状況で負担を増やせば高齢者の生活に大きな負担をもたらします。加えて、今後は医療費の負担も見込まれており、高齢者にとっては医療と介護の双方で負担が増す可能性があります。介護は医療と異なり、長期間にわたりサービス利用が続くため、負担が累積しやすいという特徴があります。所得基準の見直しについてはこうした点を総合的に踏まえた検討が必要だと考えます。

金融資産を負担に反映することにつきましては、余命や生活段階などを踏まえ、年齢に応じた段階的な考え方が必要だと考えています。一方で、老後への不安から預貯金を積み立てている方が多く、こうした不安ゆえの貯蓄を負担能力として評価することには慎重さが求められます。また、高齢者の多くは日々の生活費として貯蓄を取り崩しており、貯蓄額だけで負担能力を判断することには限界があります。２割負担の対象を広げれば預貯金が急激に減る可能性もあり、国民の理解を得られるかどうかは大きな課題です。こうした生活実態や不安の大きさを踏まえ、金融資産をどこまで介護保険の負担に反映させるかについては医療制度での対応も参考にしながら検討を進める必要があると考えます。

私からは以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

笠木委員、よろしくお願いします。

○笠木委員　８ページの金融所得の反映について意見を申し上げます。前回の会合でも発言いたしましたように、能力に応じた負担という考え方を強化する中で、負担能力をいかに正確に把握するかは重要な点と考えております。今回、後期高齢者医療制度についての法改正を御紹介いただきまして、重要な改正と考えており、これまでの各委員からの御発言にもあったように、将来的には介護保険にも拡大していく可能性を考えるということになるとよいと考えております。

ただ、同様の仕組みを介護保険に拡大しようとする場合に、理論面、技術面で多くの論点があろうかと思われます。いずれも重要だと思いますが、理論面で例えばということで申し上げますと、既に医療保険部会などで議論がありますように、保険料負担のほうに特に金融所得を反映させるといたしますと、介護保険の第１号被保険者と第２号被保険者の双方にこれを行うのか、あるいは第１号のみになるのか、今、恐らく後者がイメージされて議論されているのかと思いますが、そういった制度の全体の構造に関わるような大きな論点が出てくるかと思います。これは、医療保険のほうでも、当然、現役世代にこの議論を広げた場合の国保と健康保険の被保険者とのバランスという形で問題となるものと理解しております。そこでは、つまり所属する保険や被保険者の類型によって保険料負担に関する考え方が大きく異なっているというのは、日本の社会保険全体の構造、特徴だと思いますが、そこに関わる大きな理論的な論点と考えております。負担が増える減るということは非常に重要ではありますけれども、負担が増えるとしても、その制度の公平性について一定の合理的な説明、整合的な説明ができるということが重要ではないかと考えております。

後期高齢者の新しい制度の施行が2029年度以降ということのようですので、その状況を見守りつつ、理論的、制度的な論点についてもう少し先回りして考えておく、あるいはこの部会の議題の範囲を超えてしまうかもしれませんが、医療と介護を横断するような形での議論をしておく、あるいは医療保険部会や別の会議体のほうでもしそういった検討をされているようでしたら、その議論状況についてこちらの部会で情報提供いただくというようなことが有益ではないかと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

伊藤委員、よろしくお願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

本日は、資料として、健保連で９月に公表しました「医療・介護に関する国民意識調査」について提出しております。若干時間が長くなってしまうかもしれませんが、お許しいただければと思います。

まず、資料の１ページ目に、概要として給付と負担に関する部分についてまとめており

ますので、これに基づいて御紹介したいと思います。

この調査は、今年１月に3000人を対象にウェブアンケートにより実施したものでございます。まず、介護保険の給付と負担の在り方についてですが、（１）にありますとおり、給付と負担のバランスについては「給付を絞るべき」といった回答が35.6％で、「負担増はやむを得ない」という回答を上回る状況でございます。

次に、（２）の増加する介護費を賄う方法としては、「利用者の自己負担を増やす」との回答が23.8％と最多で、年齢別では特に70歳代で29.7％、80歳代で32.6％と多く回答がありました。また、同設問を介護が必要な家族の有無別で見ましても、介護が必要な家族がいる、あるいはいないにかかわらず「利用者の自己負担を増やす」といった回答が多い状況でございました。

続いて、医療費や介護費の現役世代と高齢者世代の今後の負担の在り方という部分については、「高齢者世代の負担が重くなることはやむを得ない」といった回答が37.1％で、「高齢者の負担増は難しく、現役の負担増はやむを得ない」を大きく上回る状況でございます。

こうした調査結果を踏まえますと、介護サービス費用が増大していく中で介護保険制度を今後も維持していくためには、高齢者世代においても保険給付の見直しや自己負担増に一定の理解があると見られます。給付と負担の見直し、２割負担の見直しについては、これ以上先送りすることなく、低所得者に配慮しながら、原則２割負担を目指して、より踏み込んだ見直しを確実に実施していくことが必要だと考えます。

これを踏まえて、本日の論点について意見を申し上げます。一定所得以上の判断基準の見直しについては、現状と課題にありますように、消費支出や預貯金等のデータから、現在の２割負担対象者以外にも、相対的に負担能力があり、負担が可能と考えられる方には、負担能力に応じて御負担いただくことが必要だと考えております。「骨太方針2026」においては、「現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていく」という方針が示されております。一定所得以上の判断基準の見直しは、昨年取りまとめた配慮措置や所得基準の選択肢などをベースに検討し、見直しを前に進めていただきたいと思います。

また、金融所得・金融資産の反映の在り方については、医療保険において、後期高齢者について金融所得を保険料の算定や窓口負担割合の判定に反映していくこととなっております。世代内の公平性の観点からすれば、介護保険制度においても、金融所得を反映すべきと考えております。

あわせまして、資料の９ページに、介護保険制度における所得等の勘案状況を整理いただきました。判定基準の表を拝見しますと、補足給付では「非課税年金を含む」となっておりますが、その他においては「課税年金に限る」となっております。非課税年金の勘案についても、金融所得と同様に世代内の公平性の観点から検討する必要があるのではないかと考えております。特に介護保険では、既に補足給付で判定に活用しております。制度内の整合性を図る観点からも検討する必要があると考えております。また、検討に当たり、

介護保険以外の他の社会保険ではどのような取扱いになっているか、これについても、御提示いただきたいと思います。

長くなって申し訳ございませんでした。ありがとうございました。○野口部会長　どうもありがとうございました。

粟田委員、よろしくお願いします。

○粟田委員　まず、伊藤委員、詳細なデータ、ありがとうございます。

性、年齢階級別に層別化してサンプリングしているデータなので、性、年齢の影響はある程度統制されて、いいデータだと思いますが、インターネット調査でありますから、特に高齢者でインターネットを使える人というバイアスがかかっているので、そこのところは限界として見なくてはいけないかと思います。基本的には、要介護状態にある、特に85歳以上高齢者が大勢いますので、その人たちの利用者の負担を上げるということについては慎重であらねばならないと考えております。ただ、金融資産や金融所得の問題は確かに格差が非常に大きいのですが、これをきちんと反映させる方法はやはり今後考えていかなければいけないことだと思いますので、公平かつ事務負担なく正確に把握する方法は、今後、技術的なことだと思いますが、ぜひ明らかにしていっていただければと思います。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、大変お待たせいたしました。オンラインで御参加の染川委員、よろしくお願いします。

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

一定所得以上の判断基準につきましては、判断要素そのものに金融所得を反映していく方向性については異論ございません。既に金融所得の確定申告の有無により保険料や自己負担に差異が生じるなど､世代内での公平･公正の観点から課題があることは明白であり、先行している医療保険での対応に倣い、取組を進めていくべきだと思います。金融資産の反映につきましては、公平性に課題が生じることがないよう、まずは自己申告に頼らない適切な把握方法を検討していくべきだと思います。

なお、医療保険制度における給付と負担の見直しを踏まえて介護保険制度について検討することにつきましては、そもそも医療と違い、介護に係る費用は継続して発生することが前提でありまして、医療保険制度と並べてそろえるような対応はするべきではないと思います。医療保険制度における見直しを考慮すれば、医療費負担に加えて介護費の負担増は避けるべきであり、判断基準となる所得水準の引上げについては現時点ではまだ行うべきではないと考えています。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

次は、石田委員、よろしくお願いします。

○石田委員　よろしくお願いいたします。

一定所得の判断基準ということですけれども、健康保険法等の一部を改正する法律が６月に公布され、ここで後期高齢者医療においては、「上場株式の配当等金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払いに係る報告書を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務を設ける」ということになりました。高齢者の所得について大変厳しくチェックすることになっております。金融所得というのは確定申告の有無による取扱いの不公平がありますので、そこを是正していただくということは必要であると思っております。ただ、そこで、先ほど御意見もありましたが、正確に平等に把握していただけることが前提になると思っております。この辺についてはまだ多くの課題があるのではないかと思っておりますので、国民が納得する形を明らかにして進めていただきたいと思っております。

今回、後期高齢者医療について、2022年から一定所得の人を対象とした２割負担が始まりました。向こう３年間の配慮措置がありましたけれども、それも昨年９月に終わっております。そして、現在、２割負担になった方々の医療負担を含む生活実態について調査が行われているのか、さらにどのような調査が行われているのか質問したいと思っております。

例えば参考資料にもありましたように、介護保険２割負担のとき、３割負担のときの影響に関する調査がありますが、実際にその影響がどのくらいあるかということについては調査内容が不足しているように感じております。例えば80代後半の方々にとって~~は~~医療・介護は必須のサービスとなっている~~か~~と思います。その場合には、医療・介護サービス利用を控える前に、一般的な生活費を先に切り詰めていくということが考えられます。そういった生活実態を詳しく調査していただいた上で、利用料負担割合増による影響の内容を把握していただきたいと思っております。

なお、高齢者にとっては必須のサービスである医療や介護について、こういった形で立て続けに連続して負担が増えるということの影響は非常に大きいと思っております。ぜひとも現状の高齢者の生活実態把握をしっかりしていただいた上で、その配慮をお願いしたいと思います。先ほどの後期高齢者のところで、金融機関が後期高齢者医療広域連合へ報告書を提出する義務化を向こう５年以内に行うということが書かれております。この５年の間、実態をしっかり把握していただいた上で、その後に介護保険での一定所得以上の対象者について検討してもいいのではないかと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、逢坂委員、よろしくお願いします。

○逢坂委員　全国市長会、大東市長の逢坂でございます。よろしくお願いいたします。

総論といたしまして、令和９年度介護報酬改定に向けて、物価、また賃金の上昇などへの対応と処遇改善が求められている一方で、制度の安定性、持続可能性が必要であるとさ

れておりますが、現下の社会経済状況を適切に反映した報酬改定を行った場合、給付費の増加が見込まれることから、報酬の適正化、重点化による対応だけでは限界があるのではないかと懸念するところでございます。給付費の増加が予測されているのであれば、その根拠となる財政についての議論は避けられないという認識の上で、今後、給付と負担について本部会において議論を進めていく必要があるのではないかと考えます。

また、一定以上所得の判断基準の見直しに当たりましては、介護保険制度における預貯金等の把握等に係る検討の場を設けていただいたところ、今般提示された中間取りまとめを見ますと、各保険者が様々な工夫を講じているにもかかわらず、預貯金という資産の性格から網羅的な把握には限界があるという現状がうかがえます。論点におきまして、世代間・世代内双方の公平性の観点から議論を進めていくことが必要であるとされておりますけれども、預貯金は、先ほど来、委員からも出ておりますが、網羅的な把握に限界があることを踏まえますと、一定以上所得の判断基準の見直しにおける配慮措置を設けるに当たりまして、預貯金要件は公平性が担保された配慮措置となり得ないのではないかという懸念が拭えないことから、くれぐれも慎重に検討いただきたいと考えております。

もう一点、金融所得・金融資産の反映の在り方におきまして、確定申告の有無により保険料や窓口負担が変わる上場株式配当等の所得につきましては、公平性の観点から後期高齢者医療制度における金融所得の勘案と同様の対応を検討することにつきましては、一定理解するところでございます。今後、具体的な議論を進めるに当たりまして、被保険者の理解を得る努力をするとともに、金融所得を保険料や窓口負担に反映される際に生じる市町村の事務負担について、かなり大きくなると予測されますので、明らかにしていただいた上で、その軽減方法についても検討いただきたいと思います。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、橋本委員、よろしくお願いします。

○橋本委員　よろしくお願いいたします。

今まで委員の方々がおっしゃられたのと同様ですが、金融所得の反映の在り方について、金融所得や金融資産、例えば株式など、債券や利子、いろんなことが関わってくるかと思います。そういったときに収入が多くなったり少なくなったりがあると思います。では、いつの時期を対象にするかどうか、その辺りは、公平性や正確性からいうと慎重に考えていかなければいけないと思います。

次に、医療と介護、両方を一つの世帯内で負担する御家族は結構多いのですけれども、そうなると、生活を圧迫してしまう。介護保険だけ、医療保険だけと見ていくと、それを利用されている方々の御家族、世帯の方は二重になる。その辺りのことを併せて議論していく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

山際委員、よろしくお願いします。

○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。

介護保険制度の持続可能性を確保する上で、世代間・世代内の公平性や、負担能力に応じた負担という考え方は非常に重要だと考えております。一方、皆さんもおっしゃっているとおり、介護は医療と異なって、日常生活を支えるために非常に長期間継続して利用するという特徴があります。２割負担の対象を拡大する場合には、所得や平均貯蓄額だけでなく高齢者の実際の生活費、医療・介護の費用、さらには物価上昇の影響も含めて負担能力を丁寧に検証する必要があるだろうと考えています。

特に懸念していますのは、負担増によるサービスの利用控えです。必要なサービスの利用が抑制されることで要介護状態の悪化や家族の介護負担増加につながれば、結果として社会全体の負担が増える可能性もあります。今回の見直しについて所得基準ごとの対象者数や給付費への影響、これは出していただいているわけですが、サービスの利用控えや家族介護への影響を検証するということも必要だろうと考えています。制度の持続可能性と必要なサービスへのアクセスの保障を両立させていくことが重要だと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、山田委員、よろしくお願いします。

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

一定以上所得の判断基準については、全世代社会保障の考え方であるという「能力に応じた負担」に基づいた検討を行うことは理解しておりますが、５ページにあります「高齢者の生活実態や生活への影響」の内容から、所得水準と実際の負担能力が一致しているとは言えない実態が示されております。所得水準だけで介護費用を負担できるかは、医療費や住宅費など支出内容の違いで十分に反映できないと考えております。年単位での長期間の介護による２割、３割負担の増加は、必要な介護サービスの利用控えや、事業所の経営を圧迫してしまう懸念があります。また、世帯構成によって負担能力の判断基準が異なることも不公平感を招きかねないと考えております。介護サービスを多く利用するほど負担割合が増加し、所得区分の境界で急激な負担増が生じないよう、段階の細分化や負担増の緩和措置も検討が必要であると考えます。高額サービス費等の上限措置や低所得者への配慮を講じることも重要です。単に２割負担の対象者を拡大するかどうかではなく、所得、資産、生活実態をどのように把握して評価し、負担能力に応じた公平性と、必要な介護サービスを継続できる負担水準を確保するか、対象者拡大による給付費削減額や利用控えの発生状況の確認が必要です。あわせて、利用者の生活保障と介護事業所の経営の安定を両立させる配慮措置をお願いいたします。

金融所得・金融財産の反映の在り方ですけれども、８ページにおいて高齢者世代における金融所得の状況が記載されています。金融所得の把握に公平性があるかが課題であり、確定申告をした人と源泉徴収で終了した人では判断基準に差が生じてくる可能性がありま

す。また、現行、所得・課税状況を基に判定されているため、保有資産そのものは考慮されておらず、金融資産を持つ人の負担能力を反映させる仕組みが必要です。金融所得と金融資産の整理が必要であり、二重評価とならないように評価方法や対象期間を明確化することも重要と考えます。資産把握に関する事務負担の軽減としてマイナンバーの活用やオンラインでの情報連携など、高度なセキュリティー対策を講じることも必要です。高齢者の生活の保障のために、生活に必要な資産への配慮、負担上限、低所得者への軽減措置を組み合わせる制度設計をお願い申し上げます。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

鳥潟委員、よろしくお願いします。

○鳥潟委員　ありがとうございます。

一定以上所得の判断基準につきましては、これまでも申し上げておりますが、全世代型社会保障の実現に向けて､能力に応じた負担により給付と負担がバランスを図られるよう、よりスピード感を持って２割負担の対象範囲拡大等を含めた制度の見直しを進めていく必要があると考えております。

また、金融所得・金融資産の反映につきましては、医療保険の分野でも議論がなされ、取組が進められているところです。介護保険の分野においても、現役世代に負担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だと考えております。その点しっかりと議論を進めていくべきと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、今村委員、よろしくお願いします。

○今村委員　ありがとうございます。介護福祉士会の今村でございます。

ほかの委員の方々と同じようなことではございますけれども、介護保険制度の持続可能性を確保するために、世代間・世代内の公平性を踏まえ、負担能力に応じた公平な負担を検討する方向性については当然理解しております。一方で、介護サービスは利用者の日常生活を継続的に支え、自立した生活や尊厳保持を支えるものであり、負担の増加によって必要なサービスを控えるという点があれば、生活機能の低下や要介護状態の重度化を招くだけではなく、家族の介護負担の増加につながるということも懸念されます。利用者負担の見直しに当たっては、各論点以外にも、高齢者の生活実態を十分に踏まえるとともに、必要な介護サービスを継続して利用できることを基本にし、見直しによるサービス利用や生活への影響を継続的に検証することが重要だと考えます。これは、ほかの委員からも御発言がありましたが、資料の56ページ、57ページの結果についても、負担増によってサービス利用を控えた、中止したといった数の結果でございますが、必要なのは、その後の影響等についてもぜひ検証すべきと考えるところでございます。

私からは以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。
　それでは、田母神参考人、よろしくお願いします。
○田母神参考人　ありがとうございます。
　介護サービスについて、今後の量的・質的ニーズの拡大に適切に対応するためには、サービス提供の基盤となる人材確保とサービスの質向上に向けた取組が不可欠であり、介護サービスの財源確保は喫緊の課題と考えております。一方、物価高騰が継続する中、医療保険での負担に関する検討も行われていますが、介護サービスについて、現在、１割負担の高齢者が２割負担となることの影響を支出の平均値などで推しはかることは困難であると考えます。資料45ページの消費支出のばらつきなどを踏まえましても、例えば41ページで示されました配慮措置案１の負担増加額7,000円以内が妥当であるかの根拠や、金融所得を具体的にどのように勘案するかなど、介護を要する期間が長いことも踏まえたシミュレーションをお示しいただき、検討を行う必要があるのではないかと考えております。
　以上でございます。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
　山本参考人、よろしくお願いいたします。
○山本参考人　全国知事会代表の高知県でございます。
　介護保険制度の持続可能性を確保していくために負担能力に応じた応分の負担を求めることには賛成いたします。しかし、補足給付において実施されている預貯金等の把握におきましては、管内の市町村からは、ネット銀行など全ての金融機関の確認ができないことや、いわゆるたんす預金などの申告がない資産を保有している場合の把握が難しいことなど、不公平感があるとの指摘がされています。こうしたことからも、制度の運用に当たりましては、国として自治体の対応の現状をしっかりと把握していただきまして、公平性や納得性があるものとなるようにしていただきたいと考えております。
　以上でございます。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
　それでは、江澤委員、よろしくお願いいたします。
○江澤委員　それでは、論点について意見を申し上げます。
　まず、６ページの論点につきまして、応能負担を前提とすべきであるということはいつも申し上げておりますけれども、現状、資料にも示されていますが、合計所得金額160万円以上かつ年金収入プラスその他合計所得金額280万円以上、夫婦世帯の場合は346万円以上の場合が２割負担となっているわけです。まずは２割負担となるぎりぎりの収入層の方の生活実態を調査するなどして把握することが必要だと思います。実態を踏まえずに机上の計算だけで対応することは極めて危険だと思います。また、これらの方々の保険料負担はおおむね８段階以上となっておりまして、保険料負担も多くしているわけであり、いわゆる保険料負担を踏まえた検討は欠かせないと思います。
　また、前回も申し上げましたが、介護サービスは人生の最期まで長期にわたり利用する

ものであり、要介護度は悪化していきますので、サービス利用の負担は長期にわたり、さらに負担が高まっていく傾向にあることにも留意すべきと思います。

補足給付について行われております預貯金等の把握について、補足給付を活用していない利用者へ拡大することや、把握要件を緩和することについては国民の納得が求められるべきと思います。その点が必要だと思います。　また、８ページの論点につきましては、金融所得の反映は現状も行っており、継続すべきでありますが、多くの国民は老後の不安のために貯蓄しているケースが圧倒的に多いわけであり、介護保険サービスのみでは生活が立ち行かないことに大きな不安を持っていらっしゃいます。

また、52ページに、数少ない世帯の調査として、75歳以上の要介護の夫婦世帯の純金融資産が中央値1050万円と示されておりますけれども、70歳代、80歳代、90歳代における1050万円の意味は当然異なりますので、きめ細かく、過度な負担とならないよう対応すべきであると思います。いずれにしましても、国民の理解を得ることは不可欠であります。

また、物価高騰あるいは医療保険部会の医療費負担の議論の動向も踏まえながら、生活の視点を念頭に置いて慎重に対応する必要があります。

最後に、戦前から我が国を支え、復興に御尽力されました高齢者の方々へのリスペクトを忘れてならないと思っていますので、もちろんこれは制度とはまた違う、今の議論とは異なる部分かもしれませんが、そういった高齢者の方々、そして人生の最後に決してぎりぎりの生活でひもじい思いをさせてはならないと思っております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

松島委員、よろしくお願いします。

○松島委員　ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。

本会は、今日、委員の皆様方が御意見されたことと同様でございますけれども、今後、高齢化が我が国でずっと進展していく中で、医療・介護双方のサービスを利用する高齢者世帯、特に長期に利用することになる介護サービス等について今後負担が増加していくことについては、生活にとって大変大きな影響が出てくるだろうと懸念しておりますので、丁寧に高齢者世帯の生活の実態を把握いただいて、国民全体にしっかりと説明して理解を求めていくということをお願いしたいと思っております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございます。

これで手を挙げた方の御意見全てお伺いしたと思いますが、よろしいですか。

佐藤委員が退出されたのですけれども、チャットに佐藤委員のコメントが入っておりました。「公費の拡充を求める意見がございましたが、公費は税金です。この場合、保険料、自己負担に代えて消費税を増税するという選択肢になることには留意されたほうがいいと思います」というコメントです。

以上です。

ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、議題１については、本日は以上とさせていただきます。

続いて、議題２「要介護認定」について事務局から説明をよろしくお願いいたします。

○堀老人保健課長　老人保健課長でございます。

資料２を御覧ください。要介護認定について御説明させていただきます。

２ページに本日の目次をお示ししております。４つの項目、いずれも令和６年の規制改革実施計画の内容に基づき検討を進めたものでございます。

３ページから最初の項目であります「介護認定審査会の簡素化対象の拡大」です。

４ページ、５ページに規制改革実施計画の内容をお示ししております。

７ページにお進みいただきまして、平成30年度から実施しております介護認定審査会における簡素化の条件をお示ししております。ここで言う簡素化とは、記載の①から⑥の６つの条件全てに合致する方を対象にコンピューターによる一次判定の要介護度を審査判定結果とすることを可能とするものでございます。

８ページは、全国での簡素化の実施状況です。簡素化対象である更新申請の32.7％のうち、実際、認定審査会で簡素化が実施されたのは約半数の17.9％にとどまっております。

９ページは、保険者別の状況です。実施状況は保険者により大きな差があるということです。

10ページです。これまでも簡素化に係る自治体の取組事例等を調査して、周知を図ってきたところでございます。

11ページです。今回、４つ目の条件、前回認定の有効期間を短縮した場合の二次判定での要介護度の変更割合について分析を行いました。

12ページがその結果です。条件④を「前回認定の有効期間が６か月以上」に緩和した場合、新たに簡素化対象となる約６万件について要介護度の変更率は現行の条件での変更率とほぼ同じであることが確認されております。

これらを踏まえまして、13ページがまとめでございます。論点の１点目、簡素化の実施について改めて周知するとともに、保険者別の実施状況を公表してはどうか、２点目、簡素化の範囲を「前回認定の有効期間が６か月以上」まで拡大してはどうかとしております。

14ページからが２点目「がん等の疾病への対応」でございます。

15ページ、16ページに規制改革実施計画の内容をお示ししております。

17ページは、令和６年に、がん等の方に対する速やかな要介護認定について事務連絡を発出したところでございます。

18ページは、令和６年度からこれまで自治体別の認定審査期間を公表しておりますけれども、がん等の疾病の方への対応については公表していないということでございます。

19ページは、令和７年度に速やかな要介護認定の実施のための調査研究を実施いたしました。

20ページ以降にその結果をお示ししております。介護認定審査会のオンライン開催や簡

素化は３～４割の保険者で実施いただいています。

21ページにお示しした多くの取組は半数以上の保険者で実施されている一方、主治医意見書の簡易な作成は実施率が低い状況であります。

22ページ、各取組を実施いただいた場合には１～２週間程度の認定期間短縮の効果がございました。

23ページから26ページにかけましては実施に係る課題等を、また、27ページに自治体ヒアリング調査の結果をお示ししております。

28ページが調査結果のまとめでございます。

これらを踏まえまして、29ページに現状・課題をまとめております。

30ページに論点をお示ししております。がん等の方の認定審査期間等について保険者ごとの一覧表として公表してはどうか、また、がん等の審査期間を短縮する効果のある取組の実施状況を取りまとめてはどうか、期間の短縮効果がある取組について改めて周知し、取組を促すこととしてどうかとしております。

続いて、３点目「在宅で生活する方の要介護認定での評価」が31ページ以降でございます。

32ページ、33ページに規制改革実施計画の内容をお示ししております。

34ページは、昨年の介護保険部会で在宅介護を対象とした調査を実施することについて御了承いただいております。

35ページは、これを受け、昨年度実施いたしました高齢者介護実態調査の概要でございます。調査対象者は、要支援・要介護認定のある、自宅等で介護を受けている方としました。また、過去の調査方法を基本として、調査員が記録する他記式調査と家族等が記録する自記式調査の２種類を実施いたしました。

36ページです。他記式調査では、101名の調査対象候補者を抽出し、最終的に32名のデータを集計しました。自記式調査では、有効な回答が得られた549名のデータを集計しております。

37ページ以降が調査結果でございます。まず、他記式調査について、要介護度別に介護時間を調査対象者ごとに点で表しております。要介護度が上がるにつれて介護時間も長くなる傾向が見られました。また、いずれの要介護度でも最小値と最大値の差が大きく開いており、介護時間のばらつきが見られました。

38ページは、同居家族の有無別に分けて集計したものです。独居群と家族同居群で比較が可能な要介護２から要介護４では家族同居群のほうが平均介護時間が長い結果が得られました。

39ページは、同一対象者で、終日自宅で生活した日と通所系サービスを利用した日の両方のデータがある方について集計したものです。通所系サービス利用日は、在宅のみの日と比べて全ての要介護度で平均介護時間が長いことが確認されております。

42ページ以降が自記式調査の結果でございます。要介護度別に介護時間を箱ひげ図で表

しております。他記式調査と同様に、要介護度が上がるにつれて平均介護時間が長くなる傾向や、最小値と最大値の差が大きく、介護時間のばらつきが確認されております。

43ページが家族の同居の有無別、44ページが通所系サービス利用の有無別の比較ですけれども、他記式調査と同様に、家族同居、サービス利用があるほうが長い傾向が認められております。

45ページがまとめです。在宅で介護サービスを利用する方の介護の内容と介護時間を調査いたしました。いずれの要介護度においても、最小値と最大値の差は大きく、大きなばらつきが認められました。また、通所系サービスの利用の有無や家族の同居の有無別で比較すると、通所系サービスを利用した日や家族が同居されている方のほうが介護時間が長い傾向が見られました。在宅要介護者の介護時間には、その方の心身の状況に加えて、同居家族の有無や介護サービス利用の有無などのその他の因子も大きな影響を与えることが分かりました。

以上を踏まえて、論点ですけれども、「要介護認定に、在宅介護サービス利用者も含めた一次判定データを用いることについてどのように考えるか」としております。

最後、４点目「認知症の方の要介護認定での評価」が46ページ以降でございます。

47ページから48ページに規制改革実施計画の内容をお示ししております。

49ページでは、要介護認定基準等の改正経緯をまとめております。認知症の評価については制度開始時より評価対象としていたほか、いわゆる認知症加算の採用や、認知症に関する調査項目の追加等を行ってきたところです。

50ページ、令和６年度、現行の要介護認定制度において認知症である方の評価が難しい状態像や介護の手間について調査研究事業を実施いたしました。

51ページに結果をまとめております。評価が難しいと考えられる状態像、介護の手間として得られた回答を分類しております。このうち①から⑤は、現在も認定調査で特記事項に記載いただき、二次判定において評価することとされている項目でございます。⑥については間接生活介助時間として掃除や洗濯等にかかるケアの時間を評価しております。⑦は精神・行動障害の調査項目で評価することとしております。⑧の家族の心理的な負担についてはケア時間としての計測が困難であると考えられます。

52ページは、調査結果のまとめでございます。今回の調査で得られた回答を整理したところ、既に一次・二次判定において評価が行われているものや、介護の手間を判断する要介護度判定では加味できない項目に関する意見等でございました。また、要介護認定の際には、認定調査や主治医意見書の作成に当たり、特記事項等に介護の手間や頻度等を具体的に記載いただくこと、また、審査会における判定では一次判定で加味されない介護の手間を適切に評価すること等に留意することが重要としております。

以上を踏まえまして、53ページが論点でございます。「認知症である利用者に係る認定調査項目についてどのように考えるか」としております。

資料２の説明は以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、各委員から、ただいまの説明に対する御発言がございましたら、大変恐縮ではございますが、お一人３分以内でお願い申し上げます。

まず、会場から瀬口委員、よろしくお願いします。

○瀬口委員　ありがとうございます。

資料に対して私からは２点申し上げたいと思います。

まず、資料２の12ページ、介護認定審査会の簡素化についてです。前回認定の有効期間を12か月から６か月以上に緩和することについては慎重な検討が必要ではないかと考えます。そもそも認定有効期間が６か月と設定された方の中には、状態の変化が見込まれるなど、短期間での再評価が必要と判断された方が含まれています。新たに簡素化の対象となる６万565件のうち、二次判定で要介護度が変更された割合は1.1％と示されています。しかし、そのうち527件は重度変更となっており、こうした方々がどのような理由で変更されたのかを検証する必要があると考えます。一次判定が前回と同じであっても個別の審査が必要な場合もあることから、1.1％という数字だけで対象拡大の妥当性を判断するのではなく、認定の適切性が保たれるかどうか、慎重に検討していただきたいと思います。

次に、45ページ、在宅介護サービス利用者のデータを一次判定に用いることについてですが、今回の調査結果では介護時間にばらつきが認められ、家族構成による差も示されています。同居家族がいる場合と独居の場合では、介護を提供できる環境が異なるため、実際の介護時間が必ずしも本人の介護の必要性を反映しているとは限りません。そのため、今回の調査結果を一次判定に用いることについては、データの妥当性を十分に検証した上で慎重に判断すべきと考えます。本人の心身の状態や介護の必要性が家族構成や介護環境によって左右されることなく適切に評価されるよう、標準化されたタイムスタディーに基づく検討が必要ではないでしょうか。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

小林委員、よろしくお願いします。

○小林委員　ありがとうございます。介護支援専門員協会の小林です。

まず、１つ目の認定審査会の簡素化の対象の拡大につきましては、高齢化の進展により介護申請者が増える中、現状でも申請から介護認定結果が出るまで１か月以上かかる例が多く、重度化防止や長期にサービスを必要とする方への支障が生じています。認定審査会の簡素化につきましては、自治体への周知と活用の拡大を進め、期間内に認定結果が得られる体制整備を強く求めます。

２番目の論点、がん等の疾病への対応ですけれども、がん等の急激に状態が悪化する疾病につきましては、介護認定の迅速化に資する取組は自治体で差が大きく、標準化が進んでいません。がんなど急性増悪が予測される方へ迅速な認定は効果が高く、自治体への周知と取組促進が必要です。また、軽度者であっても早期に福祉用具が必要となる場合があ

るため、急性悪化が予測される疾病に限り、軽度者レンタル等の要件の柔軟化も併せて検討いただきたいと考えております。

３番目、４番目の件につきましては、在宅生活者や認知症の方の要介護認定の評価についてですけれども、要介護認定は、介護の手間を介護に要する時間を基礎に判定される仕組みになっております。この構造が現場で一定のゆがみを生んでいます。介護者が同席している場面では実際に介助が行われるため、調査上は介護の手間が多く見えます。一方、独居高齢者や認知症の方が多くの課題を抱えた段階で申請した場合、本来は介護が必要であるにもかかわらず、介護者不在のため、介護されていない状態が記録され、必要な介護の手間が反映されにくいという構造的な問題があります。こうしたケースでは認定調査員が特記事項で本来必要な介護を補足する必要がありますが、申請者の増加と調査員の減少により、その記載負担が非常に重くなっています。特記事項が審査会の判断に直結するため、質が求められますが、現場ではばらつきが生じています。特記事項への過度な依存を避けるためにも、可能な限り項目出しを標準化し、選択肢で実態を表現できる範囲を広げることが必要かと考えております。調査員の負担軽減と制度の公平性の両立に向け、調査項目の改善を検討いただきたいと考えます。

私からは以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

ほかにいかがですか。

和田委員、よろしくお願いします。

○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。

資料２、要介護認定の各論点について意見を申し上げます。

まず、１番の介護認定審査会の簡素化対象の拡大及び２番のがん等の疾病への対応についてです。

がん患者の方が認定申請を行っても結果通知が届く前にお亡くなりになってしまうという痛ましいケースを現場でもよく耳にします。資料30ページでは、審査期間の短縮を求めておりますが、がんに限らず認知症の急激な悪化や脳血管疾患なども含め、できるだけ早く必ず必要な給付にたどり着く包括的な方策が必要だと考えます。また、認定申請当日から暫定ケアプラン等でサービスを利用することを本人や家族が知らずに、必要な支援を受けられないまま待つことがあってはなりません。制度の周知にとどまらず、支援に確実につなげることが重要です。手続や費用負担上の留意点も含め、被保険者や国民、特に医療機関へ繰り返し積極的に周知し、申請時や相談時に確実に利用につなげていただくことを強く要望いたします。

次に、高齢者介護実態調査と在宅で生活する方の評価についてです。私たちは、在宅の調査実施に大変期待をし、結果を待っておりました。調査関係者の皆様の御尽力には感謝申し上げますが、集計人数があまりにも少ないことに失望せざるを得ません。45ページの論点には「どのように考えるか」とございますが、この結果を基に一次判定の見直しをす

ることはできないと考えております。

最後に、認知症の方の要介護認定の評価についてです。制度発足以来、本人や御家族からは、認定審査で在宅介護の多様な手間や苦労が考慮されないという苦情や不満が繰り返し出されております。53ページの論点には「認知症である利用者に係る認定調査項目についてどのように考えるか」とあります。先ほど小林委員もおっしゃっておりましたが、今後、独り暮らしの認知症高齢者が増える中、本人の受け答えだけでは捉え切れない生活上の困難や、必要な支援を把握することが大変重要です。訪問調査で誰からどのように情報を集め、特記事項や主治医意見書に確実に反映していくのか、特記事項や主治医意見書の記載について専門の検討会を設置するなど、改めて丁寧な議論を行っていくことを要望いたします。また、検討に当たっては、在宅生活を維持している認知症本人や介護家族の生の声をしっかり聴き、反映していただくことを強く要望いたします。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

津下委員、よろしくお願いします。

○津下委員　よろしくお願いいたします。

まず、介護認定審査会の簡素化ということでございますが、都道府県別に認定審査期間を見ますと、30日以内での認定割合が最も多い香川県では63.5%、最も少ないところでは12.1%と大きな開きがあります。また、平均も30日を切っているところから46.6日ということで大きな開きがございます。各自治体、保険者においては、認定審査期間の短縮を目指して新たな方策について十分積極的に活用していくことが望ましく、周知をお願いしたいと思います。

２点目です。がん等の疾病への対応なのですけれども、がん患者さんは、まずは医療にかかっていて、それもがん拠点病院とか医療圏単位で動いていることが多く、例えば医療機関から見ると、いろんな地域から来ている患者さん、それぞれ様式が違うとか基準が違うことが想定されます。そのため、主治医意見書についてもなかなか記載しづらいとか、時間がかかってしまうということがあろうかと思います。なので、保険者単位ではなく医療圏単位、または国が標準的な方法を示して、医療現場負担をできるだけ低減するような形で示していけないかと思いますが、いかがでしょうか。

それから、高齢者の実態調査については、どこの地域で実施されたのか、また、数が少ない中でばらつきが多く、現在では判断が難しいと思います。ただ、個々の事例について、どこにどれだけの時間を要しているかについては貴重な情報が得られております。また、時間についても、断片的に必要なのか、連続的に必要なのかというような観点も考える必要があるかと思いますので、さらにしっかり見ていくこと、また、例数を増やして検討することが可能かどうかということの御検討をお願いしたいと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。
平山委員、よろしくお願いします。
○平山委員　連合の平山です。
私からは、在宅で生活する方の要介護認定の評価について、まずお話しさせていただきます。現在の要介護認定の一次判定は施設入所者のデータを中心に構築されており、在宅介護の実態が適切に反映されているかについては引き続き検証が必要と考えます。今回お示しいただいた高齢者介護実態調査については、他記式調査の集計対象が32人にとどまっており、要介護度別ではさらに少数となると思います。在宅介護を取り巻く状況の多様性を考えると、この調査結果を要介護認定の一次判定の見直しに活用するに当たっては、調査結果の代表性や妥当性についてさらなる検証が必要ではないかと考えます。
認知症の方の要介護認定での評価についてですが、認知症介護の手間について、一次・二次判定を通じて適切に評価されているか、引き続き検証が必要と考えます。国においては、在宅介護の実態や認知症介護の手間がより適切に反映される要介護認定の仕組みとなるよう、引き続き検討を進めていただきたいと思います。
以上です。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
それでは、笠木委員と粟田委員の順番でお願いします。
○笠木委員　ありがとうございます。
資料２の13ページの介護認定審査会の審査の簡素化について意見を申し上げます。今回の議論は、2018年から行われている簡素化について対象を拡大するという内容でありまして、私自身がこれまでの議論の経緯を十分に理解していない可能性もありますけれども、今回の資料から読み取れる範囲で意見を申し上げさせていただきます。
お示しいただいた資料からは、簡素化によって事務負担の軽減や審査にかかる時間の短縮というような、被保険者にとってもポジティブな効果が発生しているということが読み取れまして、簡素化の必要性や、今回御提案いただいた対象を拡大する、あるいは簡素化を実際に行う市町村を増やすというような方向性については全体として理解できるところでございます。
他方で、少し気になるところといたしましては、認定審査会による審査及び判定というものが介護保険法の法律上の要請になっており、法令上一定の重要性を与えられている手続でもあるというところでございます。今回ご提案の取扱いは、あくまで運用上、法令の趣旨に反しない程度の審査が行われていると解釈し、その範囲で簡素化しているということと理解しておりますけれども、もしそのような理解が間違っていれば御指摘いただきたいのですが、そういたしますと、対象拡大に当たってはそういった法の趣旨にも十分に配慮した慎重さも必要かと考えております。
それから、一部の市町村で簡素化できるけれどもしていないというところの背景には、もしかすると、認定審査会によるケースごとの評価という、法が求める手続に一定の重要

性を置いているという可能性もあろうかと思いました。また、簡素化をしつつ、審査の正確性にも十分に配慮しようとすると、逆に手間がかかってしまうというようなケースもありそうです。本日御提案いただきました公表という形で他自治体の状況をお互いに知っていただくということもよいのかもしれませんけれども、真に負担を軽減するとか、審査の正確性と審査期間の短縮という要請をうまく調整していくという観点からは、むしろ、簡素化が進んでいかないとすれば、どの辺りに原因があるのかというようなところを分析してみると良いのではないかというようなことを考えました。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

笠木委員の御発言で私からも１点確認させていただきたいのですけれども、認定審査会の法的位置づけについて事務局から一言御説明いただきたいのですが、いかがでしょうか。

○堀老人保健課長　老人保健課長でございます。

先生が御指摘いただいたとおりでございます。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、粟田委員、よろしくお願いします。

○粟田委員　私から、認知症の方の要介護認定での評価のみ意見を述べさせていただきたいと思います。認知症である利用者に係る認定調査項目は、これまでにも周辺症状を介護の手間とみなして要介護基準等の見直しが行われてきたという経緯がございます。このこと自体は誤りではありませんが、本来は、意思決定支援や権利擁護への支援に係る時間という観点から検討すべきであると考えます。例えば高齢者虐待防止法による調査で、要介護施設従事者による虐待判断事例は９割以上が認知症である、あるいは養護者による虐待判断事例の７割以上が認知症であるということが毎年報告されているわけでございます。このことは、認知機能障害のある人にとって、日常生活、社会生活の中での意思決定支援や権利擁護支援のニーズがいかに高いかを示すものでありまして、そこに介護を提供する人の時間という資源が投入されていると考える必要があるかと思います。しかし、意思決定支援や権利擁護支援に係る時間を換算して要介護認定に反映させるというのは現実的ではございませんので、例えば認知症高齢者は日常生活自立度を用いて認知症の重症度を反映させるという考え方もあり得るのではないかと思います。

ただし、この部会で何度も意見を述べているのですけれども、現在の認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準に関する表現が大変不適切でございます。１つは、ランクⅠの「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している」という表現は医学的な認知症の定義と矛盾しておりまして、これは認知症ではなくてMCI、すなわち軽度認知障害を意味する表現です。これがずっと放置されているということで、今日においても軽度認知症と軽度認知障害の違いを理解していない専門職が少なからずいるということがございます。

第２に、この尺度では、例えば問題行動であるとか、やたらに何々するとか、認知症の行動・心理症状について今日の医療や介護では通用しない表現がそのまま用いられ続けているということがございますので、これは表現を修正するだけの作業なので、いつまでも放置しないでぜひ修正を検討していただきたいと思います。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

今の粟田委員の御指摘はすごく重要だと思いますが、表現の修正というのは今後できるものなのでしょうか、あるいは計画されているのでしょうか。

○堀老人保健課長　現時点で計画しているということではございませんけれども、御指摘を踏まえて検討させていただきたいと思います。

○野口部会長　ぜひお願いしたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、オンラインで手を挙げていらっしゃる皆様にいきたいと思います。

まず、逢坂委員、よろしくお願いします。

○逢坂委員　ありがとうございます。全国市長会の逢坂でございます。

介護認定審査会の簡素化は自治体にとってはとても役立つことではありながら、かなり差があるということですけれども、簡素化に合致する申請のうち、公表していくという案がありました。公表したからといって簡素化の実施につながるとは言い難いのではないか。先ほど委員からもありましたけれども、簡素化していない自治体は何らかの理由があるはずなので、その理由を調査していただいて、その障壁を取り除くための事例を共有するなど、簡素化の推進に資する施策を講じていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、山際委員、よろしくお願いします。

○山際委員　ありがとうございます。民間介護の山際です。

今回の認定審査会の簡素化対象の拡大や認定の迅速化については基本的に必要と考えています。現状では、簡素化の対象となる申請が一定程度あるにもかかわらず、自治体によって実施状況に大きな差があるということが報告されています。今回の見直しを実際の認定期間の短縮につなげていく必要があると考えています。また、認知症の方へのサービス提供の中では、見守りや声かけ、危険回避など、直接的に介護だけでは捉え切れない支援が実際には行われています。認定の効率化を進めることは重要なのですが、こうした在宅介護の手間であるとか実態が適切に評価に反映されることが必要だと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、山田委員、よろしくお願いいたします。

○山田委員　全国老施協の山田でございます。

介護認定審査会の簡素化対象の拡大ですが、13ページにあります実施状況について保険

者によって大きな差があります。厚労省の示している現行の基本的な６条件の自治体の運用では、自治体独自の条件がある場合もあります。簡素化拡大を進めるに当たり、認定結果が安定している人は対象拡大を検討して、状態変化が疑われる人や特記事項に課題がある人などは状態変化を見落とさない仕組みを整えることが必要です。単に審査を省略するのではなく、認定審査の公平性を維持しながら事務を効率化することが重要ですので、認定の有効期間の条件の見直しには賛成いたします。

次に、がん等の疾病への対応、29ページにあります迅速な認定調査、認定審査については、通常の手順どおりでは介護サービスが利用できないということから、優先調査の仕組みの明確化や調査体制の確保、医療機関との連携、認定審査会の効率化など、体制整備をお願いいたします。また、病状の急激な変化に伴い、状態像が調査時と違う場合もあるために、情報の共有を図り、必要なサービスを受けられる仕組みも必要だと考えます。

45ページにあります在宅で生活する方の要介護認定での評価ですけれども、介護時間の最小値と最大値の差が大きく、ばらつきが見られたという記載があります。認定調査員テキストに従って適切な状態把握が必要であり、家族の不在の時間や夜間帯の介護量、調査時の本人の状態と日常生活の支障度合いなど、在宅生活の実態調査の徹底を図ることが重要です。在宅生活者の認定結果や認定後の生活状況を検証して、認定基準の適正な運用と必要な改善をお願いいたします。

53ページにあります認知症の方の要介護認定ですが、認知症高齢者の要介護認定は、身体的にできること、日常生活で自立して行えることの区別が大切であり、認知症による介護の実態を適切に把握することが重要です。見守りや声かけの負担が評価されにくいことや、認知症の症状に日内変動があること、行動・心理症状への対応が評価されにくい点が多くあります。症状が実際の介護の手間にどうつながっているかを評価して、認定調査の聞き取りの充実を図り、審査会においても二次判定に適切に反映できる仕組みをお願い申し上げます。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、橋本委員、よろしくお願いいたします。

○橋本委員　日本慢性期医療協会の橋本でございます。

がん等の疾病に関してと、在宅で生活する方、認知症の方というこの３点をピックアップして今回調査されていますが、この調査の内容として、それぞれが何を目的に調査しているのかが分かりにくいと思います。

例えばがんの疾病の方に対する対応に関して、先ほどお話にあったように優先調査をしなければいけないから、もっと優先調査をしていくということが目的なのか。がんの方は進行が速いし、状態の変化も激しい、悪化していく人もいるということや、医学的な要素が多いので、普通の介護認定に当てはまりにくいところはあるかと思いますが、この調査の目的を教えていただきたい。

介護医療院でアンケートを取った際に、がんの方に限らずですが、介護医療院に入所されたときと１か月後の介護度のギャップが以前は20～30％だったのですが、今年の調査では52.9％なのです。介護医療院の半数の人が入所時とギャップがあるというデータがあるので、そういったことも含めて考えていく必要があります。

在宅に関して、在宅で生活する方のこのデータも私にはよく理解できない。この調査の意味として独居の人をもっとたくさん介護しなければいけないという意味なのか、目的が分かりにくい。家族が同居していたら、時間だけで計ると介護時間が長くなるというのは当然のことかと思いますので、そこのところはこのデータどおり受け取ることはできないと思いますし、家族の方はどんな方がおられるか、お仕事をされながら介護されているのか、いろんな条件もありますので、その辺り、データを慎重に判断したほうがいいかなと思います。

もう一点、認知症のことですけれども、BPSD、見守り、抵抗性とかあって、そもそも認知症の患者さんに関しては質が違う。ゆっくり否定せずに寄り添いながら時間を取ってケアしましょうというのが認知症のケアなので、介護保険の認定審査会の時間軸とは、そぐわないということを出したかったのか、その辺がよく分からない。基本的に特記事項では不十分ということは何となく分かりますけれども。

それから、この委員会での議論ではないと思いますが、介護保険全体の制度の見直しということ、いわゆるADLがよくなれば評価されるという制度にしていく必要があるのではないかと思いますので、そのような議論を行う場、ここではないと思いますが、そういった場を今後つくるべきではないかと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

橋本委員、今のは事務局に対する御質問が含まれていると捉えてよろしいですか。

○橋本委員　はい、目的が何かというところを教えていただきたい。

○野口部会長　全部を説明されるのは難しいと思いますけれども、事務局から何かレスポンスがあれば。

○堀老人保健課長　老人保健課長でございます。

まず、がんの調査につきましては、19ページに調査の目的を書いておりますけれども、末期のがんのように急速に状態が悪化する方の認定を迅速化するということに関しての課題を把握することや、迅速化に向けた取組を収集・整理することを目的にさせていただいた調査でございます。　また、在宅の調査につきましては、33ページに規制改革実施計画の御指摘がございますけれども、現在の認定の一次判定のロジックが施設で行われた調査のみを元データとして使っていることについて、在宅でのケア時間も把握した上でロジックの見直しができないかということで、在宅の方のタイムスタディーを実施するようにという御指摘があったことを踏まえて実施したものでございます。

認知症の調査につきましては、認知症の方の介護の手間が現行の認定調査で把握できて

いるのか、把握できていないケースがあるのではないかという御指摘を踏まえまして、実際にそういうことがあるのかということについて、自治体や認定調査をされる方、審査会の先生方、ケアマネさんに対して調査を行いまして、具体的に挙げていただいた事例を整理したということでございます。

調査の目的等については以上でございます。

○野口部会長　橋本委員、一旦よろしいでしょうか。

○橋本委員　このデータだけでは今の目的は分かりにくいところもあるかなと思いますので、このまま使うというのは慎重に考えたほうがいいと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、今村委員、よろしくお願いいたします。

○今村委員　ありがとうございます。日本介護福祉士会の今村です。

要介護認定の迅速化、審査の簡素化については、必要なサービスを適時に利用できる環境を整える観点から基本的に賛同いたします。その上で、在宅で生活する方、認知症の方の要介護認定の評価について御意見を申し上げたいと思います。

在宅で生活する方の介護実態を一次判定でデータに反映するということは、介護の必要性をより適切に評価する上で重要と考えております。資料で示されている調査において、同じ要介護度であっても介護時間に大きなばらつきが見られておりますし、生活環境や必要な支援内容など、在宅での実態を踏まえた評価も求められると思います。在宅や通所介護等のサービス利用者のデータの活用等に当たっては、介護に要する時間だけではなく、実際にどのような支援が必要とされているのかといった視点も含め、実態が適切に反映されるように検討を進めていただきたいと思います。

続いて、認知症の方についてでございます。要介護１、２など、身体機能が比較的維持されている場合でも継続的な見守りや状況に応じた対応が必要となることがございます。こうした支援には、本人の行動の背景といったものを理解し、意思を尊重しながら、安全と安心を確保するための専門的な知識や技術が求められるということですが、専門的な関わりによって本人の状態が安定し、日常生活が維持されている場合、表面的には介護の手間が少ないように見えることもあろうかと思います。今回の資料では、認知症の方への手間は現行の一次・二次判定で評価されていると整理されていますが、制度上評価できることと実際に適切に評価されていることは必ずしも同じではないと考えます。認定調査の特記事項や主治医意見書への具体的な記載、二次判定での適切な評価を徹底するとともに、介護に要する時間を基本とする現在の評価方法で認知症の方に必要な支援を捉えられているのかを検証するといったことも必要ではないかと考えます。身体介護だけではなく、認知症に伴う継続的な見守りや本人の生活を支えるために必要な関わりといったものをどのように評価することが適切なのか、直ちに結論を得るということは難しいと考えますが、今後の制度見直しに向けて要介護認定の評価方法そのものの在り方についても検討課題と

して位置づけをお願いしたいといったところで発言させていただきました。
以上です。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
それでは、石田委員、よろしくお願いします。
○石田委員　ありがとうございます。
要介護認定につきましては、ここの資料にありますように、例えば期間を１週間から２週間ぐらい短縮できる、その成果、「申請と同日ないし数日以内の認定調査の実施」、「直近の審査会への付議」、「主治医意見書の簡易な作成」によって得られるとして３つの項目が挙げられております。申請してから認定が下りるまで１ヶ月以上待たされている利用者の状況に配慮し、各自治体においては、この三つの項目のうち、どこが問題なのかをチェックして検討し、課題解決に取り組むことができるのではないかと思っております。
在宅で生活する方の要介護認定の評価につきまして、先ほども何人かの委員の方の御発言がございましたけれども、今回の調査について、実際の数の問題もありますが、例えばせっかく在宅で生活する方の実態が調査されたのであれば、それはプレ調査的な位置づけで考えることができると思います。例えば、ここに示されている「いずれの要介護度でも介護時間の最小値と最大値の差が大きく、大変ばらつきがある」ということであれば、これはなぜなのか、どのような実態でこのような結果になったのか、もう少し詳細な調査をこれに基づいてさらに深めていただきたいと思っております。「同居の家族の有無で比較して、家族と同居している者が独居の者より介護時間が長い傾向がある」という結果も出ています。その理由が知りたいと思ったので、それを解明するためにもさらに深く調査をしていただきたいと思います。いずれにしても、要介護認定に関しては、在宅介護サービスの利用者を含めた一次判定データを用いて進めていただきたいと思っております。
最後に、認知症の方の要介護認定ですけれども、私が個人的にこだわっているところがあります。先ほど表現の修正について、今後またもしあればというような御発言がございましたけれども、私が一番引っかかるのが「介護の手間」という言葉が何度も出てきていることです。もちろん介護に手間がかかる、時間がかかるということは承知しておりますが、言葉で言うことはあるかもしれません。しかし、文章で表記するとき「介護の手間」というのが果たして妥当なのかどうか疑問です。介護に対する専門的な知識や技術、そういったものに対する正当な評価がされているのかどうか、引っかかります。例えばこれを「介護の質と量」というような言葉に変えていただきましたら、「介護現場で要する介護の質と量をより正確に評価する観点」であったり、「介護の質と量を判断する要介護度判定」というような形に表記が改められるといいのではないかと感じておりますので、一言、申し上げておきます。よろしくお願いします。
○野口部会長　非常に重要なポイントを御指摘いただき、どうもありがとうございました。
それでは、田母神参考人、よろしくお願いいたします。

○田母神参考人　ありがとうございます。

２点目のがん等の疾病への対応について意見を申し述べます。がんや臓器不全の末期など、状態が急速に悪化する可能性がある方に対し必要な介護サービスを速やかに提供するために、関係者の強固な連携の下に要介護認定の迅速化に取り組む必要があり、30ページの論点に挙げられている対応策に賛成いたします。

次に、22ページに示された短縮効果などを踏まえ、こうした対象の方に対する要介護認定の対応日数の目安を国として示す必要があるのではないかと考えております。取組の目標値が必要であると考えております。加えて、取組として挙げられている「オンラインによる認定調査」、「主治医意見書の簡易な作成」、「暫定ケアプランの参考とするため、市町村が認定調査終了後速やかに一次判定結果を居宅介護支援事業所等に共有」することなどについて、特に迅速な対応が必要な利用者に対し可能な対応として、現在は事務連絡で示していると思いますが、周知と普及を図るために認定審査に関する関係通知等で明確に示す必要があると考えております。一方、具体的な実施方法についてガイドラインなどで示すことによって、現在、取組を実施していない保険者の対応を支援することが必要であると考えております。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、山本参考人、よろしくお願いいたします。

○山本参考人　全国知事会代表の高知県でございます。

１点目の介護認定審査会の簡素化対象の拡大についてでございますけれども、審査会の簡素化など、要介護認定の審査期間を早めるための取組を行うことにつきましては、賛成いたします。市町村別のデータを公表される際には、自治体への丁寧な御説明や関係団体向けの周知なども併せて実施いただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、江澤委員、よろしくお願いいたします。

○江澤委員　それでは、論点について意見を申し上げます。

13ページの論点につきまして、状態の安定した更新申請で有効期間が６か月以上12か月未満のケースはあまり想定されないと思いますけれども、論点については異論ありません。

一方で、介護認定審査会の簡素化について、二次判定である介護認定審査会の形骸化とならないようセットで対応すべきだと思います。また、介護認定審査会につきまして、市町村と地区医師会で全国各地で協議して取り決めしているのが実態でありますので、簡素化についても地区医師会などの関係団体と十分に協議の上、検討する必要があることは申し上げたいと思います。

なお、参考資料として、各市町村における二次判定での変更割合の把握が重要だと思っ

ています。以前公表されていたと思いますが、今後の対応についてはいかがでしょうか。
　続きまして、30ページの論点に異論ございませんが、がん等の疾病の方に不具合が生じないよう、くれぐれもお願いしたいと思います。また、現状の公表の仕組みについて市町村がどのように活用しているのか、今後把握していくことも求められるかと思います。
　45ページの論点です。今回の調査結果を踏まえますと、現時点では論点の内容でやむを得ないと思います。
　最後の53ページの論点につきまして、認知症の調査項目への対応については、一次調査において調査員が十分に酌み取れるようにすること、また、主治医意見書の特記事項へ必要な記載を充実していくことをより一層進めていくことが重要だと思います。
　以上でございます。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
　これで一通り、手を挙げた方の御意見を伺ったと思いますけれども、最後に何かおっしゃりたいという方、津下委員、よろしくお願いします。
○津下委員　１点だけですけれども、18ページに認定審査期間の公表ということがあります。割合はあるのですけれども、件数についての公表の予定はないのでしょうか。どんな状況かを示すのに割合だけと分かりにくいところもあるのかなと思いましたので、御検討をお願いしたいと思います。
○野口部会長　事務局、いかがでしょうか。
○堀老人保健課長
18ページは、がんのことではなくて、一般的な認定審査期間の公表ですけれども、市町村別に件数を出すべきではないかということでしょうか。

○津下委員　市町村別に、がん等もそうなのですけれども、出ているのでしょうか。
○堀老人保健課長　確認させていただきます。
○野口部会長　よろしいですか。
○江澤委員　１点、先ほど質問したのですけれども、いかがでしょうか。
○野口部会長　すみません。失念しておりました。
○堀老人保健課長　江澤委員から、市町村別の変更率の公表はどうなっているのかという御指摘でございまして、こちらも確認させていただきたいと思います。
○江澤委員　了解いたしました。
○野口部会長　それでは、まず１つ目の介護認定審査会の簡素化対象の拡大、２つ目のがん等の疾病への対応については、委員の先生方からいろいろと御意見を頂きましたが、基本的には事務局の御提案に皆様おおむね御賛成と理解しておりますが、そういう理解でよろしいでしょうか。
（首肯する委員あり）
○野口部会長　それでは、１つ目、２つ目については、本日頂いた御意見を踏まえて、事

務局において今後も検討を進めていただくようよろしくお願いいたします。

３つ目の在宅で生活する方の要介護認定での評価、４つ目の認知症の方の要介護認定での評価について皆様からいろいろ御意見を伺いました。今回の調査結果は、皆様から指摘を受けたようにタイムスタディーというのは非常に難しいサーベイであって、特に他記式でやろうと思うと、人手も財源も非常にかかる調査であります。非常に貴重なのですけれども、何せｎが少ないというところが問題だと思います。ただ、今回の貴重な調査結果をもって認定ロジックの見直しというのは現実的には難しいという御意見が大半を占めたと思います。

他方で、特記事項あるいは主治医意見書での記載の仕方などで、認定審査制度の全般にわたる公平性及び調査員等の現場での負担軽減の観点から、運用面も含めますと、石田委員がおっしゃったとおり「介護の手間」ではなく「介護の質と量」を適切に評価できるようにさらに検討していくべきという御意見が大半を占めたと思います。

また、この調査、タイムスタディーが非常に難しいことは私自身やったことがあるので分かっているのですけれども､貴重な調査ではありますが､こういった調査の今後の精査、あるいはもう少しサンプル数を拡大するような方向での努力も含めて、事務局におかれましては、こうした点等、様々な点を踏まえて、さらに御検討いただければと思いますが、そういったまとめで皆様よろしいでしょうか。

（首肯する委員あり）

○野口部会長　どうもありがとうございます。

専門家の立場からいろんな御意見を頂いたこと、深く感謝申し上げます。

それでは、議題２については以上といたします。

続いて、議題３の「（１）介護支援専門員法定研修の見直しの検討状況」について御報告をお願いいたします。

○野村認知症施策・地域介護推進課長　推進課長でございます。

資料３、介護支援専門員の法定研修の見直しに関する検討状況の御報告をさせていただければと思います。

まず、これまでの検討経緯について、２ページ目を御覧いただければと思います。昨年末の介護保険部会の意見書においては、法定研修はケアマネジャーの資質の確保・向上のため、引き続き重要であるとする一方、受講者の負担が大きいことから、ケアマネジャーの資格の更新の仕組みは廃止するとともに、引き続き定期的な研修の受講を求めることが適当と頂いたところでございます。

３、４ページ目でございます。これを踏まえまして、本年成立いたしました改正介護保険法でございますが、ケアマネジャーの更新制の廃止と研修制度の見直しが盛り込まれたところでございます。

５ページ目以降、法改正を受けての見直しの方向性です。まず、研修受講期間については、受講者の負担軽減のために複数年度にわたって分割受講できる仕組み、基本的にオン

ライン・オンデマンド形式という形で考えております。また、講義部分の研修資材は国が作成する。都道府県が実施する演習についても統一的なマニュアルを整備するということで、全国統一的な一定水準の研修を受講できるという環境を整えたいと考えております。

６ページ目、具体的な分割受講による負担軽減のイメージでございます。

７、８ページ目を御覧いただければと思います。研修受講義務の履行確保についてでございます。改正法についてでございますが、実務に従事するケアマネジャーだけでなく、事業者にも受講機会を確保するための措置を講ずる義務を新たに課すということで考えております。研修受講状況については指定研修受講管理機関による受講管理により把握し、研修受講対象者は事業者からの届出により把握いたします。研修を受講していない場合の取扱いについてでございますが、改正後は現行の取扱いと異なり、研修未受講者でも直ちに資格失効とはなりません。都道府県がまず事業者の対応状況を確認し、必要な措置が講じられていない場合は、勧告、命令、段階的に措置という形で考えております。また、本人が正当な理由なく受講していない場合には、研修受講命令や業務停止命令を段階的に行うという運びになってまいります。

９ページ目、新しい研修体系についてでございます。現行の各課程について記載のとおり再編いたします。

各研修の具体的な見直しは10ページ目の比較表を御覧ください。御参照いただければと思います。特に時間数が多い専門Ｉ課程と再研修について、研修時間を削減するとともに、分割受講による負担軽減を図ってまいります。

11ページ目、施行日前後の研修受講者の取扱いについてでございます。研修受講期間は就業開始日から５年を原則といたしますが、現にケアマネジャーである方については、都道府県の事務負担を考慮し、一律、施行日を起点といたします。他方で、令和９年度の施行直後に更新期限を迎える方であって施行前に研修を修了している場合について、直近の制度等を学んでいることを考慮し、令和12年３月末まで定期研修の受講を免除することといたします。

最後に、施行日は令和９年12月１日を予定しております。今後、省令等の整備や教材作成、受講管理の仕組みの構築を進めてまいります。

説明は以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

今回御説明があった資料３は報告事項ということなのですけれども、何か御発言のある方はいらっしゃいますか。

小林委員、よろしくお願いします。

○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す。

今、御報告いただきました研修の時間数につきましては、受講者の質の維持・向上と負担軽減の双方の観点から適切な水準であると考えます。ただ一方で、早期の制度施行と都道府県による準備期間の双方を考慮した上で、令和９年12月１日を施行日と予定するとい

うことではありますが、各県や研修実施団体においては、新しい研修体系への移行や、受講管理システムを整え、移行することが大変なところもあるかと思います。十分な説明や周知、移行のための支援、必要に応じて経過措置を設けるなど、介護支援専門員に混乱が生じないように進めていただきたいと思っております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

和田委員、平山委員、よろしくお願いします。

○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ございます。

我々は、認知症の人、家族の当事者団体でございます。そういう観点から２点、要望いたします。

第１に、ケアマネジャーの法定研修について、利用者が自宅で介護のある暮らしを継続できるよう、特に認知症の人にきちんと対応できるケアマネジャーを増やす取組にしていただくことを強く要望いたします。今後、独り暮らしの認知症高齢者の急増が見込まれる中、適切なケアマネジメント手法の活用を含め、現場における実践的な認知症対応力の向上と底上げが極めて重要であると思います。

第２に、法定研修に当たっては、ぜひ認知症の本人や介護家族の声を聴く企画を組み込んでいただくことを要望いたします。単なるテキストや講義上の知識習得にとどまらず、日々御苦労されながら在宅生活を維持している認知症の御本人や家族の生の声、切実な思いを直接聴く企画や講義などをカリキュラムなりに盛り込むこと、ケアマネジャーの深い理解と当事者本位の寄り添う支援につながると確信しております。現場のケアマネジャーが意欲を持って学び続け、質の高いケアプランを提供できるよう、本人、家族の視点を捉えた実効性のある研修制度にしていただくことを強く求め、発言といたします。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、平山委員、よろしくお願いします。

○平山委員　連合の平山です。

ケアマネジャーを雇用する事業者に対して新たに研修の受講機会を確保することが義務化されることについて、広く周知徹底をお願いしたいと思います。特に研修時間を労働時間として適切に取り扱うことや、研修受講に必要な業務配分、人員配置など、事業主が講ずべき措置について具体的に周知していただきたいと思います。また、研修費用を事業主が適切に負担することについても明記すべきではないかと考えます。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

会場でそのほかよろしいですか。どうもありがとうございます。

それでは、オンラインで御参加の山際委員、よろしくお願いいたします。

○山際委員　ありがとうございます。民間介護の山際です。

今回の更新制の廃止、研修の分割受講、オンライン化、国による教材の統一については、ケアマネジャーの負担軽減と人材確保の観点から評価したいと考えております。一方、今回の見直しでは、研修受講の機会を確保するため、雇用する事業者にも新たな義務が課されます。研修時間を労働時間として扱うことは必要ですが、特に小規模な事業所では研修時間の確保が厳しい状況にあります。研修の負担軽減を図る見直しが結果として事業者の新たな負担増とならないように求めたいと考えております。研修時間の縮減や受講費用の軽減について具体的にどの程度を目指すのか、明らかにしていくべきだと考えます。また、事業者の研修機会確保義務や新たな届出制度について、小規模事業者への支援や、既存の届出との一体化など事務負担を軽減する仕組みの検討も必要だと考えております。研修の目的は受講を管理することではなくて、ケアマネジメントの質を高めることにあり、現場の負担軽減と専門性の向上を両立させる制度設計をぜひお願いしたいと考えております。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

山田委員、よろしくお願いいたします。

○山田委員　全国老施協の山田でございます。

ケアマネジャーの更新制の廃止により、研修に伴う時間的・経済的負担の軽減や離職防止、復帰促進が期待されます。一方で、更新制廃止だけでは処遇改善や人材不足などの根本的な課題の解決とはならず、更新期限による受講管理がなくなることで研修受講の先送りや知識・技術の更新不足が生じないか、ケアマネジメントの質に影響しないか、懸念されます。制度改正の効果を適切な指標を設けて定期的な検証を要望いたします。

ケアマネジャーの復職については３年という期限が設けられていますが、人事異動等もある中で、離職期間が長くなれば業務への適応も時間を要することが懸念されます。円滑に業務に復帰できるよう、制度改正をはじめとする復職支援の研修、相談窓口、地域での研修等の体制整備が必要です。事業所が復職者に対して研修や同行支援、業務量の調整を行えるように財政的・人的支援の充実が重要であると考えます。

以上でございます。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

逢坂委員、よろしくお願いします。

○逢坂委員　全国市長会の逢坂でございます。

私からは、制度の変更というよりも介護支援専門員の質に対して重要な研修内容についてコメントさせていただきます。現在これだけ介護人材が不足する中で、改善の余地が高い方々が多いとされる要支援の方々は有資格者によるサービスが不要となる可能性が高いということでもあります。介護のサービスに頼らない自立した生活を再獲得できるはずの方々ができていない現状ということに関しまして、総合事業等で有資格者以外による支援、住民であったり、介護事業者以外からのサービス利用ということが充実されていく中で、そういった有資格者でなくてもほかの多様な支援で生活が成り立つにもかかわらず、いつ

までも有資格者によるサービスをまるで権利のように使い続けている現状がまだまだ残っていると感じております。

介護保険制度からすると、要介護認定というのはサービスを使う権利を取得したのではなく、特に要支援レベルの場合は何らかの支援を利用して生活機能の改善が必要という認定のはずであり、その支援は住民の支援であっても介護サービスであってもいいはずです。当事者の自立のために何が一番適した支援なのかを一緒に考えるのが地域包括支援センターであり、また、ケアマネジャーであるべきである。今のケアマネジャーは、我々行政もそうですが、目の前の当事者、家族にしっかりと対応しなければならないのは当然ではございますけれども、同様に将来の当事者、家族のことも考えなければならない。この制度の持続性のためにも研修の充実を図っていただきたいとともに、保険者に対しての今の考え方、これの打ち込みもこれからしっかりとやっていただきたいと思っております。よろしくお願いします。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

それでは、山本参考人、よろしくお願いいたします。

○山本参考人　全国知事会代表の高知県でございます。

国が令和７年度に実施しました調査結果によりますと、半数弱の都道府県において受講管理システムが導入されておらず、エクセルなどで受講者の管理を行っているという実態が把握されております。来年12月からは研修の分割受講が可能となりますので、研修課程の各科目単位でより細かく受講管理を行うことが求められます。つきましては、システムを導入していない自治体が円滑にシステム上での管理を行えるよう、国として必要な財政的支援を行っていただくとともに、都道府県や事業者に対して十分な制度の周知を実施していただきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

染川委員、よろしくお願いいたします。

○染川委員　ありがとうございます。日本介護クラフトユニオンの染川でございます。

御報告ありがとうございました。今回御報告いただいた内容で、基本的にオンライン・オンデマンド形式での受講とされることや分割受講となることで時間的負担の軽減に資する方向で御検討いただいていることは理解できました。一方で、もう一つの視点である経済的負担の軽減については、令和６年度介護支援専門員の法定研修受講者負担がお示しされているのみでありまして、今後も見直しを検討される中では、経済的負担の軽減についてもぜひスポットを当てていただき、具体的にどの程度の効果があるのか検証しつつ、経済的負担の軽減に向けた具体的な対策も検討していただきたいと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

今村委員、よろしくお願いいたします。

○今村委員　ありがとうございます。
　研修の受講負担を軽減して柔軟な受講を可能とする方向性については理解しております。一方で、ケアマネジャーの専門性を維持・向上させることは引き続き重要であり、利用者の生活実態といったものを把握し、専門職の知見をケアマネジメントに生かすための実践的な学びを確保する必要があると考えております。介護人材だけではなくケアマネジャーの確保が厳しさを増す中､ケアマネジャーについても業務の効率化が求められていますが、こうした状況だからこそ専門職間の適切な役割分担や情報共有を進め、限られた人材の中でも必要な支援の質を確保していくことが重要となると考えます。特に介護福祉士が日々の支援を通じて把握した利用者の状態や生活上の課題、本人の意思や希望などをケアマネジメントに適切に反映できるよう、研修資材の作成に当たっては多職種との連携を重視した研修内容を検討していただきたいと思います。
　私からは以上です。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
　江澤委員、よろしくお願いいたします。
○江澤委員　８ページの（４）のペナルティーを課すのであれば、受講すべき研修について、安価な受講費用、働き方改革や、やむを得ない本人の事情などにも配慮して対応する必要があることを申し上げたいと思います。現在、介護給付費分科会で提案されておりますペナルティーに関わる介護報酬の減算についても同様と考えるべきだと思います。
　以上でございます。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
　石田委員、よろしくお願いいたします。
○石田委員　ありがとうございます。
　先ほど研修の内容ということがございましたけれども、せっかくこういった形で新たに研修が組み立てられるということであれば、できましたら研修は、一方的に下ろされて、それを受けるというだけではなしに、現場のケアマネジャーが本当に困っている問題、どうしていいか分からない、そういった一番直面している課題について先に吸い上げていただいて、それをフィードバックするというような研修の内容をぜひとも考えていただければと思っております。
　以上です。
○野口部会長　どうもありがとうございました。
　橋本委員、よろしくお願いいたします。
○橋本委員　ありがとうございます。
　私も研修内容のことですけれども、せっかくこういったことが今後始まるのでしたら、研修内容の中にぜひ予防を入れていただきたいと思います。基本的には高齢者が増えていって、人員は不足していくし、介護費用も減ってくるという世の中の状況ということも研修の中に入れていただいて、今後どういうことになっていくか、そのためには介護を受け

る人を減らしていくことがすごく大事というようなことからいうと、介護とか医療の予防の観点のこととか、介護度を下げていくためにリハビリをしていくとか、寝たきりの高齢者の方を減らしていくためのシステムをつくっていかなければいけないという話もぜひ入れていただいたらいいかなと思います。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

津下委員、よろしくお願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

今の橋本委員のご意見にも関連してなのですけれども、介護保険外の各種サービスが民間も含めていろいろ広がってきましたので、そういうものの利活用という観点で、介護保険に依存するとか介護保険でなければいけないもの、また、それ以外のいろいろなサービスについても知っていただくような内容も含んでいただいたらどうかと思いました。

以上です。

○野口部会長　どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

最後に、議題３の「（２）その他」です。本日は当方で特段予定されているものはありませんが、全体を通じて何か御発言がある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

江澤委員、どうぞ。

○江澤委員　３分制限があったので質問しそびれたのですが、資料１の８ページの上場株式の保有額が、年齢に比例した金額が出ています。これは平均値ですか、それとも中央値でしょうか。その質問が１点でございます。

○野口部会長　事務局、いかがでしょうか。

○野﨑介護保険計画課長　これは平均値です。

○野口部会長　江澤委員。

○江澤委員　中央値もあるのでしょうか。

○野﨑介護保険計画課長　今、御指摘いただいた中央値を取れるか確認しております。データの性格にもよると思いますので、確認させていただきます。よろしくお願いします。

○江澤委員　分かりました。多分、高額な保有者の方もいらっしゃると思うので、結構ばらつきが多いかと思います。またよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○野口部会長　江澤委員、大変失礼いたしました。

最後に、次回の日程について事務局から御連絡をよろしくお願いいたします。

○芦田企画官　次回の本部会につきましては、追って事務局より御案内いたします。

事務局からは以上です。

○野口部会長　それでは、本日の部会はこれで終了させていただきたいと思います。

皆様、御多忙の中、長時間御参加いただき、どうもありがとうございました。