

# 部内資料

2022-11-28 社会保障審議会介護保険部会（第103回）

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第103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、こちらの会場とオンライン会議システムを活用し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。

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

（報道関係者退室）

○占部企画官 それでは、以降の進行を菊池部会長をお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、こんにちは。11月も末になってまいりましたが、皆様、大変お忙しいところ、御参集いただきましてありがとうございます。本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

本日の出欠ですが、大西委員、岡委員、黒岩委員、佐藤委員、杉浦委員が御欠席とのことです。

岡委員の代理として、日本商工会議所企画調査部課長、森挙一参考人、黒岩委員の代理として、神奈川県福祉部長、山本千恵参考人、杉浦委員の代理として、瑞穂町福祉部長、福島由子参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただければと思います。よろしいでしょうか。

（異議なしの意思表示あり）

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員は遅れての参加と伺っております。

それでは、議事に入らせていただきます。

まず、本日の資料と会議の運営方法について、事務局からお願いいたします。

○占部企画官 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。

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、石田委員から資料が提出されております。

資料について、会場にお越しの委員におかれましては、タブレットと机上に用意しております。

タブレットの操作で御不明点等がございましたら、事務局がサポートいたしますので、お申しつけください。

オンラインで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、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ているかと思えます。会議の進行中は、基本的にマイクをミュートにいただき、御発言の際には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、ミュートを解除して御発言をお願いいたします。

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」をクリックいただき、併せて再度マイクをミュートにいただきますようお願いいたします。

なお、時間が限られておりますので、発言時間はお一人5分以内をお願いいたします。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、各委員におかれましては、発言をおまとめいただきますようお願いいたします。

○菊池部会長 それでは、議事に入らせていただきます。

今日は議題が2つになってございますが、まず、議題1「全世代型社会保障構築会議について」、事務局からお願いいたします。

○林総務課長 総務課長でございます。

まず、議題1の関係です。全世代型社会保障構築会議の議論の状況につきまして御報告を申し上げたいと思えます。

資料1を御覧いただければと思えます。

先週の木曜日、11月24日に第9回の全世代型社会保障構築会議が開かれまして、医療・介護も含めまして、現時点での各分野の改革の方向性について論点整理案が示されたところでございますので、この紹介をさせていただければと思っております。

全体としましては、以下のような課題について、2023年、2024年を見据えた短期的課題とともに、中期的、長期的な課題について計画的に取り組を進めていくとされております。

具体的に、介護につきましては、3コマ目以降が医療・介護制度の改革の検討課題とされておまして、4コマ目に介護保険関係の事項が掲げられております。高齢者人口のさらなる増加と生産年齢人口の減少を見据えて、介護制度の改革を進めることが重要ではないか。あわせて、DX等の著しい進展に対応した介護サービス提供体制の改革を進めていく必要があるのではないかということで、3つほどの具体のテーマを掲げています。地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進のため、例えば、地域の拠点となる在宅サービス基盤の整備や地域包括支援センターの体制整備等を推進する。2点目は、介護職員の働く環境の改善に向けた取組の検討、具体的には過去に掲げられているような事項を提示されております。3点目としましては、今日の議題にも関係しますが、保険制度の持続可能性を確保するため、「骨太の方針2022」や「新経済・財政再生計画改革工程表2021」などに掲げられた課題を検討、とされております。

なお、関連する事項としても少し言及させていただきますと、前のページから医療保険

制度、医療提供体制について論点が示されております。医療提供体制につきましては、かかりつけ医機能について制度整備が不可欠であり、以下の論点を整理すべきということで明朝体で幾つか論点が提示されておまして、かかりつけ医機能の定義でありますとか、その機能の一つとして、例えばということで在宅医療や介護施設の連携なども掲げられております。

論点が4ページ目に続いておりますけれども、特に関連が深いこととしては、2つ目のチェックで、特に高齢者について幅広い診療・相談に加えて、在宅医療・介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえて、これらの機能を併せ持つ医療機関を自治体が把握できるようにする。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組み。あるいは最後のチェックにありますように、自治体が把握した情報に基づきまして、地域の関係者がその地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みの導入、などの点が掲げられております。これらにつきましては、ちょうど今日、社会保障審議会の医療部会で、これから後、議論がされる予定だと聞いているところでございます。

また、5コマ目ですけれども、住まいの関係につきましても掲げられております。地域共生社会づくり（住まいの確保等）の検討課題として、基本的方向性、特に各自自治体において住まいの支援の必要性についての認識を深めていく必要があるのではないかとということ。検討課題としては、地域とつながる居住環境、見守り・相談支援の提供といったものをあわせて行えるよう、様々な分野の関係部署・団体が連携した住まい支援に関する総合的な窓口・体制を構築すること、そして、入居者だけではなくて大家の安心という視点も含めました入居後の支援、これらについて一体的に検討する必要があるのではないかとということが掲げられております。

いずれにしましても、この会議におきましても、こういった論点を含めまして、各分野において、全世代社会保障構築会議において検討状況の報告を踏まえて、今後、年末に向けて議論を深めていくということとされたところでございます。

駆け足でございますが、私から全世代型社会保障構築会議の議論の状況について御紹介申し上げました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

この会議には私も委員として参加しております。5月に中間まとめを行った後、また秋口から議論が再開されまして、3つの作業チームをつくり、各論点についてそれぞれ深めるということになりました。その3つが、子ども・子育て支援、医療・介護、勤労者皆保険という3つでありまして、私は医療・介護チームに所属することになりましたが、そこでの議論を踏まえ、直近ではまたこの親会議のほうに議論が戻ってきて、先ほど林課長からお話がありましたように、先週、論点整理案が示されたところでございます。

前回、私から事務局にお願い申し上げていた地域共生整社会、地域包括ケア絡みの資料をお出しいただきましたが、その関連に関しても、4つ目の検討課題ということで一つの柱として立てていただいています。



その中で、御紹介いただいたように、医療・介護制度の改革ということで介護保険についても論点に含まれております。具体的にはこちらの介護保険部会で議論するという事になっているのだと認識していますが、当初は医療保険、介護保険を中心とした議論をしていたのですが、ここに来て、医療提供体制、とりわけかかりつけ医機能に関する議論が行われるに至っております、かなり詳細にわたる論点が提示されていて、今後さらに議論されていくということになるだろうと認識しております。先ほど林課長からもございましたが、かかりつけ医機能については本日の医療部会でも議論されると伺っております。

本日御紹介いただいた議論も含めまして、こうした議論は介護保険部会でも議論を行ってきました医療と介護の連携という大きな論点とも関連するものと思います。

本日、この議題は報告という形にはなっていますが、社会保障政策全体の方向性としてこうした議論が進んでおりますので、介護保険部会の委員の皆様からも何かございましたら御発言いただければと思います。今日いきなりということでは時間がないということでしたら、追って事務局のほうにということも含めてお寄せいただければと思います。

かような状況でございますので、本部会での取りまとめに向けて多分何も触れないというわけにもいかないのではないかと感じておまして、事務局におかれましては、今後取りまとめに向けて整理をお願いしたいと思いますし、恐らく何らかの形で触れたほうがよいのではないかと考えておる次第でございます。

ということですが、現時点で皆様からこの全社会議に関しまして何か御発言いただけるようであればお願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

会場から何かございますでしょうか。現時点ではございませんか。

オンラインの皆様、いかがですか。ございませんでしょうか。

今日いきなりということになってしまっておりますので、追って皆様から何か御意見等ありましたら、事務局にお寄せいただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、次の議題、「給付と負担について」、事務局から説明をお願いいたします。

○林総務課長 それでは、議題2の「給付と負担について」、御説明を申し上げます。

資料2に基づきまして説明をさせていただきます。

冒頭、今回非常に時間がない中で、資料を事前にあらかじめ委員の皆様方に配付できず、今日の配付になりましたことをおわび申し上げたいと思います。

その上で、今回提示した資料ですが、前回10月31日に本部会で議論いただきました資料をベースに、7つの論点を前回から挙げさせていただいております。これらにつきまして、現状、主な意見、論点ということで整理をさせていただいたものでございます。順次御説明しますが、現状についてはこれら制度についてのこれまでの経緯等を説明しているもので前回と変わりませんので、そういった前提で、かいつまんで御説明をさせていただければと思っております。

1コマ目、これが7つの項目ということで、これから順次御説明をいたします。

2コマ目、被保険者範囲、まず被保険者範囲と受給権者の範囲についてです。現状については、先ほど申し上げましたように、これまでの制度の経緯を述べているところで前回と同様です。

3コマ目、4コマ目にこれまでの本部会での委員からの主な意見を整理させていただいております。時間の関係もございますので、こちらの紹介は個別にしないという形にしたいと思います。

具体の論点につきましては5コマ目でございます。前回の資料では、今後の人口構成の変化あるいは制度創設時の考え方、これまでの議論の経緯を踏まえてどのように考えるかという形で資料をございました。今回は少し記述を加えさせていただいております。

具体的には、介護保険制度の被保険者範囲・受給権者範囲の在り方については、第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについては、若年層は子育て等に係る負担があること、あるいは、受益と負担の関係性が希薄であることから反対といった意見。現役世代の負担を減らしていくことが必要であることから、まずは現行の制度の中で給付と負担に関する見直しを着実に実施することが先決といった御意見がございました。

その一方で、将来的には介護保険の被保険者範囲・受給者範囲を拡大して介護の普遍化を図るべきといった意見、あるいは、高齢者の就業率の上昇や健康寿命の延伸、要介護認定率の状況なども踏まえながら、将来的には第1号被保険者の対象年齢を引き上げる議論も必要との意見がございました。

いずれにしても、障害福祉などの他分野との関係についても整理が必要であり、様々なデータを整理して丁寧に議論を進める必要があるといった意見などもございました。

これらを踏まえまして、「介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当と考えられる」としてございます。

2つ目の補足給付に関する給付の在り方についてです。

6コマ目以降、これまでの制度の変遷を述べております。

8コマ目から、これまでの本部会での委員からの主な意見を整理してございます。

具体の論点は9コマ目でございます。前回の資料では、在宅で暮らす方など、他の被保険者との公平性の観点から見直す点はあるか？、などと提示をしてございました。今回の論点の内容としては、補足給付に関する給付の在り方については、サービス利用者の生活がさらに苦しくなったり、維持できなくなるようなことがないように慎重に検討する必要があるとの意見や、補足給付の対象拡大などを求める意見があったほか、公平性を確保する観点から、マイナンバー制度の活用を含め、より精緻で効率的な資産把握を目指していくべきといった意見などもあったところであり、「補足給付に係る給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当と考えられる」としてございます。

次に、3番目の課題で多床室の室料負担についてでございます。現状は同様に制度の趣旨、これまでの見直し等の経過を整理してございます。



11コマ目と12コマ目にこの間の委員からの主な意見について整理をさせていただいております。施設と在宅の公平性の観点から見直しを行うべきといった意見がある一方で、負担が増えることによって厳しい、利用ができなくなるのではないかと、慎重に検討が必要であるといった意見もございます。また、施設の性格についても、いろいろな介護福祉施設との比較で慎重に検討する必要があるのではないかと、老健施設については在宅支援のための療養の場である、といった意見。12コマ目には、一方でそういった機能や運営実態、入所者の特徴に基づいて室料負担の在り方について考えていく必要があるのではないかと、あるいは医療提供施設であるというようなところで、ふさわしくないのではないかと、あるいは介護医療院での医療提供の実態の御紹介、同様に介護老人保健施設での施設の退所実態、あるいは施設の性格ということに言及する意見がございました。これらを整理してございます。

論点につきましては、13コマ目に記載してございます。介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担について、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、介護老人福祉施設の多床室の室料利用者負担導入に当たっては、死亡退所が多い等、事実上の生活の場として選択されていることを考慮した経緯、また、介護老人保健施設は在宅復帰を目的とした療養支援を行う場、介護医療院は長期療養を必要とする者に対する医療を提供する場であるといった各施設が有する機能の違い、各施設の利用者の入所目的や在り所日数、退所先などの実態などを踏まえ、「検討を行うこととしてはどうか。」としています。前回の資料では「どのように考えるか」としてございましたけれども、その語尾を「検討を行うこととしてはどうか」と変えさせていただいております。考慮要素については前回と同じ、ポツで記載している内容になってございます。

4点目の課題としては、ケアマネジメントに関する給付の在り方についてです。

14コマ目は現状、これまでの経緯を整理してございます。

15コマ目にこれまでのこの部会での主な意見を整理させていただいております。

その上で、16コマ目ですけれども、これは前回と同じ記載にさせていただいております。様々な意見がありますので、前回同様で、ケアマネジメントに関する給付の在り方について、制度創設時に10割給付とされた趣旨、現在のケアマネジメントの定着状況、導入することによる利用控えが生じる等の利用者への影響、セルフケアプランの増加などによるケアマネジメントの質への影響、利用者負担を求めている他の介護保険サービスや施設サービス利用者などとの均衡、ケアマネジャーに期待される役割、役割を果たすための処遇改善、事務負担軽減などの環境整備の必要性等の観点から「どのように考えるか」ということで、前回と同様の記載にしております。

5番目が軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方です。

17コマ目にこれまでの制度改正の経緯を簡潔にまとめております。

18コマ目でこれまでの委員からの主な意見を紹介させていただいております。19コマ目に論点を掲げさせていただいております。この論点も（4）ケアマネジメントと同様に

前回と同じ記載にさせていただいております。軽度者（要介護1・2）の方への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、総合事業の実施状況、介護保険の運営主体である市町村の意向、認知症の方も多いう要介護1・2の方について、要介護状態に応じて必要となるサービスの質や内容、今後の介護サービス需要の大幅な増加や、訪問介護サービスで特に顕著である人材不足の状況を踏まえた見直しの必要性等の幅広い観点から「どのように考えるか」としております。

検討に当たって、現行の総合事業に関する評価・分析は重要な観点の一つとなるところ、従前相当サービスやそれ以外のサービスの効果、地域の受皿の整備状況（具体的には多様な主体の活用など）について、具体的にどのような観点で評価するか。今後、総合事業を充実化していくために必要な取組・見直しとしてどのようなことが考えられるか。としてございます。

6番目です。「現役並み所得」「一定以上取得」の判断基準について、20コマ目に現状を同様に整理してございます。

なお、一番下の丸ですけれども、前回はたしか3月時点の数字だったかと思いますが、直近の利用者ベースの数字に置換えをしてございます。

21コマ目も前回と同様でございます。

22コマ目以降、これまでのこの部会での主な意見を整理させていただいております。意見の内容に応じて持続可能性に関する観点からの意見、利用控えに関する観点からの意見、そして、23コマ目が負担能力等に関する観点からの意見、24コマ目が、複合的な観点、留意事項などというところで、頂いた意見を整理してございます。

以上を踏まえまして、25コマ目に論点を整理させていただいております。

介護保険制度の現状等を踏まえまして、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準につきまして、1つ目のポツは前回と同様の記載ですが、「本年10月に施行されました後期高齢者医療制度の患者負担2割（一定以上所得）の方の判断基準が後期高齢者の所得上位30%とされていることとの関係」としており、そこに3つポツを加えております。2つ目のポツが「介護サービスは医療サービスに比べて長期間利用するという特徴があるということ」。また、3つ目のポツが「介護保険では2割負担が医療保険に先行して導入されたという経緯」、これは具体的には2割負担は介護保険制度では27年8月に施行されております。後期高齢者はこの10月に施行されているということで先行された経緯がございまして。また、4つ目のポツとして、「高齢者の方々の負担に十分配慮し、必要なサービスの提供を受けられること」を追記し、これらの観点を踏まえまして「検討を行うこととしてはどうか」としてしております。前回は「どのように考えるか」でしたので、語尾も少し記載を変えさせていただいております。

なお、26コマ目には、1号被保険者の所得分布といたしまして、現在の2割負担の対象、つまり「一定以上取得」の方のラインを引いて、これは合計所得金額160万円、年金のみ収入であれば1人世帯280万円の赤いラインのところですので。右に行くに従って収入や所得が多



い方、左のほうが低い方ということで、点線囲みで記載しています「後期高齢者医療の2割負担となる層と同じ所得水準となる年金収入等200万円」の線を参考で引かせていただいております。これは参考ということで御覧いただければと思います。

最後に7番目、高所得者の1号保険料負担の在り方についてです。

27コマ目、同様に現状の仕組みです。

28コマ目・29コマ目にこれまでの委員の主な意見を整理してございます。

以上を踏まえまして、30コマ目で論点です。「高齢化の進展などによる介護保険支出の増加に伴い、1号保険料水準の中長期的な上昇が見込まれる中で」と記載しており、ここから先、前回は、「被保険者の負担能力に応じた保険料設定についてどのように考えるか」という問いかけでございましたが、ここが今回新しい記述になっており、「介護保険制度の持続可能性を確保するためには低所得者の保険料上昇を抑制することが必要。」としていきます。具体的には、「現在、多くの保険者で多段階の保険料設定がなされていることを踏まえて、負担能力に応じた負担の観点から、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げなどについて検討を行うこととしてはどうか」としてございます。この際、現在、低所得者軽減に充当されております公費と保険料を多段階化することに伴う役割分担などについて検討が必要と考えております。なお、標準段階の多段階化等を行う場合は、調整交付金の算定も国の標準段階・乗率設定を踏まえたものになる、と記載しております。

そして、31コマ目に参考といたしまして、保険料の多段階化、各自治体、市町村保険者の設定状況を参考で記載しております。

国の標準は9段階で設定しているものが47.8%、10段階以上が残りの約半分となっております。また、最上位の段階、所得段階が一番高い所得層の基準額に対する乗率ですけれども、国の標準は1.7でございます。これが744とやはり半分程度、それ以外のところはほとんどこれよりも高い乗率を設定しているという状況でございます。

また、32コマ目は逆に低所得者についての軽減状況です。第1段階が一番低い所得層となっております。5段階がいわゆる標準、1.0というところでございます。この乗率も自治体保険者によって変えられるということになってございます。青で囲んでいるところは「標準」と書いていますが、いわゆる国の基準で示しているもの、第1段階が0.5というのが1,394保険者あると御覧いただきまして、それよりも低いところ、高いところがどのような数で自治体で設定されているかというふうにお読み取りください。

さらに、その下の○ですけれども、低所得者軽減を反映した後の乗率ということで、第1段階であれば0.5が乗率ですけれども、そこから公費により低所得者負担軽減を行い、0.3に引き下げるとというのが国の事業の基準でございます。この標準と書いてあるところが1,442でございますけれども、このような設定になっているとお読み取りいただければと思います。第2段階も同様に0.75の標準乗率、これが軽減後は0.5にされております。第3段階は基準上率は0.75と同様ですが、低所得者軽減により0.7に下げられています。4段階目



は低所得者公費軽減はございませんので0.9となっているとお読み取りいただければと思います。これは議論の参考ということで資料をお付けしてございます。

以上、私から給付と負担についての論点について資料を御説明申し上げました。議論をよろしくお願いたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様からただいまの説明に関して御発言をお願いしたいと思います。事務局から御案内のとおり、予定終了時間内に多くの委員の皆様にご発言いただきたいと考えてございますので、発言時間につきましては御協力のほど、お願いたします。

終了予定時間の範囲内で時間があれば、2巡目以降の発言の機会も確保させていただく所存でございます。

それでは、まずいつものように会場から、よろしければ、座席順で小林委員からお願いしてよろしいでしょうか。

○小林委員 ありがとうございます。

論点に従って順番に申し上げます。

まず1つ目、被保険者範囲・受給者範囲についてですが、3ページ目の1つ目のポツに御記載いただいておりますとおり、私どもとして介護を必要とする全ての人を対象とした普遍的な制度とすべく、被保険者と受給者の範囲を拡大すべきと考えます。

また、2つ目のポツに書かれていますが、家族が介護保険サービスを受けることで安心して仕事の両立が図られるという意味では、ヤングケアラーという課題への対応も関連していると言えるのではないのでしょうか。ヤングケアラーというと18歳未満の子供さんや児童と思われがちですけれども、現実には様々な年齢のケアラーが様々な年齢の人を介護している実態がNPOの皆さんの調査で明らかになっています。学校生活や就職活動への影響だけでなく、パートなどの雇用形態で働かざるを得ないといった就労への影響も懸念されます。今年度の診療報酬改定でも、ヤングケアラーは児童に限るものではないとされました。やはり普遍的な介護保険制度へと発展させていくことが必要と考えます。

(2)の補足給付に関する給付の在り方についてですが、これも繰り返しになりますが、要介護者やその家族の生活への影響を考慮しながら慎重に検討すべきと考えますし、(3)多床室の室料負担につきましても、生活の場としての機能を果たしているかどうかという観点から慎重に検討すべきと考えます。

それから、(4)ケアマネジメントに関する給付の在り方について、これは「どのように考えるか」と書かれてはいますが、自立に資する適切なケアマネジメントの利用機会を確保する観点からは慎重に検討すべきであると考えますし、同じように(5)軽度者への生活援助サービス等に関する在り方につきましても、これもどのように考えるかということであれば、適切な支援が受けられずに要介護者の重度化が進むですとか、介護者の離職増につながってしまう懸念もありますので、実施すべきではないと考えます。

(6)、(7)の負担の関係ですけれども、負担能力に応じた負担という考え方自体は

重要ですが、新たに負担増が想定される方々の生活実態がどうなのか、影響はどうか、把握して慎重に見ていく必要があると思います。また、介護はサービスの利用が長期にわたることから、生活に深刻な影響を与えないよう、慎重に検討すべきと考えます。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

栗田委員、いかがでしょうか。

○栗田委員 それでは、私からは資料2にございます(4)のケアマネジメントに関する給付の在り方と(5)の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について意見を述べさせていただきます。

まず、ケアマネジメントでございます。資料2の15ページにこれまでの意見が要約されておりますが、特に上から4つめのポツ、それから、最後のポツに少し追加して発言させていただこうと思います。

これまでも私のほうで繰り返し指摘させていただいておりますけれども、今日急速に増えている認知症高齢者、特に一人暮らしの認知症高齢者は、認知機能障害のために、現在の自分自身の状況や支援の必要性を認識すること自体が難しい、あるいは苦手であるという不利を抱えている場合が多くあります。そのため、ケアマネジャーに求められている最初の業務は、御本人に現在の状況や必要な支援を分かりやすく説明して理解できるようにしていく。つまり、これは意思形成支援と言えるようなものですが、これを行うことから始まって、その上で意思表示支援、意思実現支援という意思決定支援のプロセスの中でケアプランを、しかも継続的に検討していくということが求められております。

ということで、利用者の一部負担を課すということになると、そのような不利な状況にある認知症の方から意思決定支援のチャンスを奪ってしまう可能性があるのではないかとということが危惧されます。ただし、こうしたケアマネジメントのスキルというのは、従来のケアマネジメントの技術を越えるものである可能性がありまして、これは十分に普及しているのかというと、それはあまり確信が持てない。そういったことも含めまして、認知症高齢者の権利擁護という観点からも、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組というものが不可欠な状況にあるのではないかと考えているところでございます。

次に、軽度者への生活援助サービスですが、これは資料2の19ページに記されている論点に関連して意見を述べさせていただきますが、ここに記されておりますように、要介護1及び2には認知症の方が多く含まれているわけですが、現在の総合事業は特に認知症とともに生きる一人暮らしの方とか夫婦のみ高齢者の自立的な地域生活を継続的にサポートできるようにはうまく設計されていないように思います。特に一人暮らしの軽度の認知症高齢者の地域生活を支えるためには、地域支援事業全体の見直しというものが不可欠なのではないかなと考えております。そのためには、地域に暮らす認知症高齢者の自立生活を支えられるようなサービスパッケージのモデルというものを考えて、その有効性を在宅継続率や重度化率をアウトカム指標にして縦断的に評価していくということがまず必要なので



はないかと考えております。それが方法論的に可能であることは、私どもが現在進めている厚生労働科学研究中で確認しております。その上で、そのようなサービスが総合事業及び地域支援事業で提供できるようにしていくということが現在求められているのではないかと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、花俣委員、いかがでしょうか。

○花俣委員 ありがとうございます。

認知症の人と家族の会では、24日に厚生労働省老健局長に利用料の引上げ、要介護1と2の人へのサービスを地域支援事業に移すこと等に反対する8万4000筆を超える皆さんの署名を提出させていただきました。御対応ありがとうございました。そして、現在もこの署名は増え続けておりまして、既に9万4000筆を超えたかと思われまます。介護を必要とする御本人、家族など、介護者にとって、今回の給付と負担をめぐる検討事項は、どれもが介護のある暮らしが破綻するのではないかという心配や不安を増幅させるものであり、この切実な声をもって皆様の御理解をいただきますよう、重ねてお願いするところであります。

各項目に関しましては、16ページの(4)ケアマネジメントに関する給付の在り方、これは確認の意味でもう一度申し上げます。今、栗田先生からも大変貴重な御意見があり、大いに賛同したいと思ったところですが、介護保険には常に新たな認定者が登場するわけですから、定着状況というのは判断基準にはならないのではないかと思います。80代以上が中心で認知症も多い認定者にとって、公平・中立なケアマネジメントは介護保険サービスへの大切な案内役です。有料化により利用をためらう人が出るのは当然のことであり、絶対に避けていただきたい。10割給付の維持をお願いしたいと思っております。

また、19ページです。(5)軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方のところですが、介護保険制度の認定者に給付する原則を維持していただきたいということですが、在宅生活の生活不安、生活崩壊を助長するような見直しはやめていただきたい。

それから、25ページの「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準、あるいは30ページの高所得者の1号保険料負担の在り方のところですが、一定以上、現役並み高所得と位置づけられれば払えるものなのではないでしょうか。資料が出ていますが、介護保険料、後期高齢者医療保険料を払い、認定者になれば利用料に患者負担、自費支出も増えてきます。少なくとも75歳以上の高齢者の単身、高齢夫婦、親と未婚のみの世帯別にシミュレーションを出していただかなければとても賛同することはできないということです。

それから、地域共生社会についてはそれぞれ人によって様々なイメージがあると思っております。認知症の人と家族の会の活動は、まさに地域共生社会の実現を願うところでもあります。しかし、介護保険制度に地域共生社会を組み込むことは、ほとんどの被保険者はあまり考えていないのではないかと思います。介護保険制度における地域共生社会は、まず地

域支援事業に登場しました。高齢、障害、子供、生活困窮など、医療と生活保護を除く社会保障制度のほとんどをカバーするために市町村の包括的支援体制の制度化が語られ、任意事業として重層的支援体制整備事業が新たに加わりました。

重層的支援体制整備事業には、介護保険料を含む地域支援事業費を一般財源化するという側面があります。また、介護予防・日常生活支援総合事業には元気なあるいは認定を受けていない高齢者が対象の一般介護予防事業がありますが、ここはヘルス、健康事業が一体化で組み込まれています。介護保険料の財源が足りないから利用者の負担割合を増やしたらどうか、ケアマネジメントを有料にしてはどうか、要介護1と2の認定者を軽度者と呼んで、生活援助あるいは在宅サービスの要である訪問介護と通所介護給付から外してはどうか、さらには高所得の高齢者の第1号保険料の引上げを検討してはどうかと受給権者や介護者に迫りながら、一方で同じ介護保険の財源で運営される地域支援事業の拡充を図るという提案にはやや疑問を感じざるを得ません。

重層的支援や保険事業も大切ですが、被保険者、中でも受給権者にとって何よりも大切なのは日々の暮らしを支えるサービス、給付です。給付を抑制しながら地域支援事業の充実を図るというのであれば、介護保険部会の中だけで話し合うのではなく、少なくとも被保険者、加入者に広く問題提起をすべきだと考えます。介護保険の給付費が潤沢にある高齢者だけでなく、ほかにも暮らしに困っている人たちがいますというのであれば、地域共生社会の議論もあり得ると思います。しかし、給付費が足りないからと様々な抑制案が出てくる中で地域共生社会の議論が行われることに大きな違和感があることを申し添えます。

以上です。長くなりましてすみません。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様から御発言をお願いいたします。

まず、吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

給付と負担、3つの論点について、前回、10月31日のこの部会で申し上げた意見と重なる部分もございますけれども、意見と要望を申し上げたいと思います。

1点目は、資料2の13ページ、多床室の室料負担の論点についてです。多床室の室料負担は、介護老人福祉施設が死亡退所が多い、事実上の生活の場として選択されていることを理由に、平成27年度から室料負担を求めると整理された経緯でございますけれども、入居者、退所者の状況などを見ますと、介護老人福祉施設以外の2施設にも同様の事実上の生活の場と考えられる事象がまいて存在している現状があります。これらを踏まえますと、介護老人保健施設及び介護医療院においても、生活の場なのか、医療の場なのか、その機能や運営実態、また、入所されている方の特徴などに基づき、判断基準を整理し、明確にした上で室料負担の在り方について考える必要があるのではないかと思います。また、その検討の過程においては、生活と医療の中間的な療養の場の考え方についても改めて整理し、その在り方を明確にしておく必要があると考えます。この観点を踏まえて、論



点4 ポツ目にございますように具体的に実態把握を行い、検討を深めるべきだと考えます。

2点目は、25ページの利用者負担において、現役並み所得、一定以上所得の判断基準の論点についてでございます。介護保険制度の現状を踏まえ、制度の持続可能性を高めるために、限られた財源の中で、応能負担の観点から、現役並み所得、一定以上所得については判断基準の見直しを行うことは理解できると考えております。

そこで、前回議論で応能負担について具体的な判断基準を検討するに当たっては、所得基準や対象者数、また、受給者の取得状況や自己負担の分布が分かるようなデータ、要介護度に応じたクロスデータ、高額介護サービス費等を考慮した実際の負担分布などの具体的な数字を基に議論を深めるべきだと申し上げ、データをお願いしました。今回、参考資料の46ページ以降に御提示いただいておりますけれども、これらのデータ、さらに必要ならば追加の資料を基に、高齢者の方々の負担に十分配慮し、利用控えなどが起きることがないように、必要なサービスの提供が受けられることなどを踏まえ、丁寧に検討を深める必要があると考えております。

3点目、30ページの高所得者の1号保険料負担の在り方の論点について意見です。高齢者の進展の現状の中では、1号保険料の水準がさらに伸びることは必然でございます。しかし、介護保険制度の持続可能性を確保し、運営するためには、年々増加する1号保険料水準を現行水準に抑えることこそが最も重要な論点であると考えております。保険料財源に限界がある中で、現行水準維持を前提に低所得者等に配慮しつつ、被保険者の負担能力に応じた標準の階段化、標準乗率の引上げ、引下げ等の保険料の設定を行うことは、一定理解できる方策であると考えます。ぜひ検討を進めていただきたいと思います。

最後に、この部会で何度も申し上げますけれども、現役世代の社会保険料負担の水準は、特に私ども協会けんぽの加入者でございます中小企業、零細企業、その従業員の皆様にとっては、現在の経済環境下では限界に達しているということは明白でございます。資料1の全世代型社会保障構築会議の論点整理の4ページでも触れられておりますけれども、今後、65歳以上の高齢者の急増から現役世代の急減に人口構造の局面が変化していく。この流れの中で介護サービスの品質向上を図りながら、介護保険制度の持続可能性を高めていくためにも、世代間、制度間、制度内での給付と負担のバランスを、公平性を担保しつつ、介護や特定疾病のリスクの大小、被保険者の応能、応益負担等の観点で見直し、併せて保険料、公費の適切な在り方についても早急に議論を深める必要があると考えます。丁寧に議論を深めていただくことを強く要望したいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

福島参考人、お願いします。

○福島参考人 ありがとうございます。

私のほうからは資料2の17ページから19ページ、(5)軽度者への生活援助サービス等に関する在り方について意見を申し上げます。

要介護1・2の軽度者の生活援助サービス等への総合事業への移行については、慎重な検討をする必要があると考えます。従前から申し上げておりますが、多くの町村では総合事業の多様なサービス提供体制等がまだまだ十分ではないため、要支援の方とは状態が大きく異なる要介護1・2の方を総合事業の対象にすることへの不安や懸念の声も多く聞いています。結果としまして、サービスを必要とする方がサービスを利用できないという事態にもなりかねません。

したがいまして、要介護1・2の方へのサービスを地域支援事業に移行することにつきましては、区市町村の現場の状況をしっかりと御理解いただいた上で、十分な検討をお願いしたいと考えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小泉委員、お願いします。

○小泉委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の小泉です。どうぞよろしくお願いいたします。

私からも、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について意見を申し上げたいと思います。

全国老協としましては、この移行については重大な問題があるとして反対をしておるところでございます。要介護度1・2の方の通所介護、訪問介護を総合事業へ移行することは、次のような重大な問題があります。

適切な専門的サービスが提供できないことにより、自立が阻害されて重度化を招くおそれがあります。軽度者の介護には専門性が必要です。特に認知症介護においては専門的な関わりが必要であり、自立支援の視点も必要不可欠であると考えます。それに加え、訪問介護において無資格の方が対応すること自体考えられない話ではないかと思えます。

そして、総合事業のサービス単価が廉価に抑えられることで、地域において要介護者を支えるサービスの担い手が減少する可能性があります。特に通所介護の事業者は廃業とする事業者が近年多く、収入が減額となれば、さらに撤退の増加につながると予測されます。

また、家族介護の負担増による介護離職など、さらなる問題につながり、地域包括ケアシステムと正反対の結果を招来する結果となります。家族や利用者のニーズに的確な対応が必要であり、軽度者だからこそ必要なニーズがあると思えます。

さらに、総合事業では従来相当以外のサービス事業所が増えておらず、現行の地域支援事業の拡充が先決であると考えます。介護予防においても、サービス事業所が減少しているにもかかわらず、それをさらに推進するということはありませんでしょうか。結果として、軽度の状態で必要な介護サービスが受けられなくなり、状態の悪化を招き、重度化の進行が進むこととなります。

このことにつきましては、事業者のみならず、利用者や御家族、民生委員さん等の様々な方から反対の意向を聞いております。このまま推進するには社会の理解が得られないの



ではないかと考えているところでございます。

もう一件、ケアマネジメントに関する給付の在り方についてでありますけれども、この件に関してもかねてから反対の意向を表明しておりますが、制度創設当時の10割給付とされ定着してきたこのケアマネジメントに負担を求めるといふ介護保険制度の根幹を覆すような改正は避けるべきと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

河本委員、お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。

まず、給付と負担の総論について、これまで何度も申し上げてまいりましたけれども、議論の取りまとめが来月に迫っておりますので、再度申し上げたいと思います。

介護保険制度は創設から20年を超えて、介護給付費は今後も医療費の伸びを上回る勢いで大幅に増加することが見込まれております。一方、現役世代の負担は既に限界に達していることに加えて、今後さらに現役世代が急減する状況となります。制度の安定性、持続可能性の確保、また、現役世代の負担軽減に対する見直しを図ることを早急に検討すべきだと思っております。

こうした状況の中で全世代型社会保障の構築を目指すのであれば、医療保険制度改革も含めて、給付と負担の議論を先送りすることは許されない。そういう局面を迎えております。持続可能な制度の構築に向けて、負担能力に応じた負担の在り方、給付と負担のバランスの確保、サービスの適正化、重点化といったことについて、財源問題も含めて、より踏み込んだ見直しを確実に実施すべきであると考えております。

その上で、個別の項目について何点か申し上げたいと思います。

まず、(2)の補足給付に関してでございますけれども、不動産も含めたより精緻で効率的な資産把握に様々な実務上の課題があるということは理解をしておりますが、課題の解決に向けて着実に取り組むことが必要であって、しっかりと御検討いただきたいと考えております。

次に、(3)の多床室の室料負担でございますけれども、やはり在宅と施設、あるいは施設間の負担の公平性の観点、制度の安定性、持続可能性確保の観点から、負担能力のある方には一定程度負担していただくことが必要と思っております。室料負担は利用者負担とし、保険給付の対象外とすべきと考えます。

それから、(4)のケアマネジメントの給付の在り方でございますけれども、サービス利用が定着をし、介護給付費がこれだけ増えている。そういう状況を考えれば、他のサービスと同様に利用者負担を導入すべきであって、これ以上の先送りを行うべきではないと考えます。あわせて、ケアマネジメントの質の確保の観点から、セルフケアプランの在り方についても検討する必要があると思っております。

(5)の軽度者への生活援助サービスに関する在り方でございますけれども、やはり要

介護者の中でも重度の方へ給付を重点化するという観点から、生活援助型サービスの訪問介護、通所介護が多い要介護1・2の軽度者については総合事業へ移行すべきと考えます。そのためにも、受皿となる総合事業の運営主体である市町村の取組の強化が必要だと思っておりますが、前回継続検討となって以降、現在まで必ずしも十分な進展がないという状況を厚生労働省としてはどのように考えておられるのか伺いたいと思います。市町村の取組などについて目標を設定して、道筋を決めた上で早急、迅速に対応して整備を進めるべきだと考えております。

それから、(6)の現役並み所得、一定所得の判断基準についてでございます。繰り返しになりますが、介護費用は年々増加して、現役世代や高齢世代の保険料負担もそれに伴って急増しています。第2号の被保険者の保険料について言えば、第1期に比べても約3倍となっております。今後の介護費用の増加に伴った保険料負担の増が危惧されるところでございます。今後も介護費用がさらに増加することが見込まれる中で、現役世代の負担は限界にきている。このままでは制度の安定性、持続可能性がかなり危うい状況になると考えておりますので、早急に議論を進めていただきたいと思います。

従来から申し上げているとおり、介護保険制度の持続性を確保するためには、負担能力のある方には一定程度負担していただくということが必要であります。低所得者に配慮しつつ、利用者負担は原則2割負担、3割負担の対象範囲も拡大すべきと考えます。また、その負担能力を判断する際に、公的年金控除など、現在の年金税制の仕組みが負担能力の評価をゆがめている面があるということにも留意が必要と考えます。

いずれにしても、検討に当たっては、医療と介護の利用者負担の基準や範囲を分かりやすく御説明いただくとともに、低所得者への負担軽減、高額介護サービス費等といった負担軽減の需給状況ですとか、あるいは見直しによる財政影響を御提示していただきたいと思います。

最後、(7)の高所得者の一部保険料の関係でございますが、高齢者の中で負担能力に応じた保険料設定という趣旨と理解しておりますけれども、負担能力の反映という観点から、保険料の標準段階の区分設定とか、あるいは頭打ちとなる設定水準が適正なのかということも含めて、見直しをしっかりと御検討いただきたいと思います。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

(5)に関してお尋ねがあったと思いますので、よろしくお願いします。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

総合事業につきまして、現在の状況についての厚生労働省の受け止めについてのお尋ねであったと存じます。地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進の回でも、多様な資料を可能な限りお出ししたところでございますけれども、新型コロナの状況の中ではありますが、実施事業者団体数や利用実人数については一定の伸びが確認されているところでございますし、また、前回の令和元年度の意見書を踏まえまして、総合事業の対象者の弾力



化につきましては、介護保険の給付が受けられることを前提として、継続利用者の方が総合事業のサービスを受けることができるという改正を行わせていただきました。こちらについても、なかなか普及ができていないということについては重く受け止めなければならないと考えております。

そういった問題認識もございまして、そのときの資料にもおつけいたしましたけれども、国が直轄して地域づくり加速化事業のようなものも始めさせていただいているところもございますし、この部会でも基盤整備をしっかりと進めるべきであるという御意見を賜っておりますので、しっかりと受け止めさせていただいて、今後につなげていきたいと考えております。

以上です。

○菊池部会長 河本委員、よろしいでしょうか。

○河本委員 早急、迅速に体制整備を進めていただきたいと思います。ありがとうございました。

○菊池部会長 山本参考人、お願いします。

○山本参考人

それでは、意見を申し上げさせていただきます。給付と負担についてでございます。

セーフティーネットとしての介護保険制度の持続可能性を考えると、負担できる方には応分の負担をとということになりますが、一方で、所得によって必要なサービスを受けられないということがないように、低所得者への配慮はしっかりと行うべきです。

今年10月から一定の所得がある方の後期高齢者医療保険の窓口負担が2割になったところでございますが、医療、介護で別々に議論するのではなく、税も含めて、どのくらいの収入の方にどの程度の負担をお願いするのか、生活実態を踏まえて、政府全体で総合的な方針を示す必要があるのではないかと思います。

次に、(7)高所得者の1号保険料負担の在り方についてです。現在も保険者の判断で標準の9段階から多段階化するという事は可能でございまして、第8期は神奈川県内でも全ての市町村が多段階化をしております。標準10段階をさらに多段階化しても、実務上の不都合は生じないと考えますが、多段階化する場合は、財政調整交付金の算定額について現在と大きく変わることのないよう、激変緩和の視点からも算定式などについて御配慮いただきたいと思います。

なお、ここから資料1にも若干関係するかもしれませんが、こうした給付と負担の議論からも、持続可能な制度とするためには、今後は年齢にかかわらず、介護予防事業、若い世代からの未病改善、健康寿命を延ばしていくための一人一人の行動変容を促していく取組がますます重要だと思います。その際には、前回御配慮いただきまして黒岩委員からお話をさせていただきましたが、今後は中長期的な視点に立って、これまでのどちらかというコスト的な視点からの要介護状態にならないようにする、介護状態になった人の支援をするということから、バリュー的な視点で、一人一人を主体に誰もが生きがいを持つ

て自己実現と幸福感の向上を図って、命輝く地域共生社会の実現につなげていくという目的を明確にして、あるべき社会の姿を描きながら、介護保険制度の今後の方向を検討していくということも必要なのではないかと思います。その場合、介護保険制度で対応することと、その他の制度等で取り組んで連携していくことなどを整理していくことも検討課題と考えます。

ちょっと大きい話ですみませんでした。不手際がございまして失礼いたしました。以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

今朝ほど、政府から9月までの出生数が発表されて、過去最低ということで、官房長官からも危機的状況だという御発言があったと聞いております。今後も現役世代がどんどん減っていってしまうという状況の中でどう考えていくかという視点が重要だと思います。政府においても全世代型の社会保障制度ということ検討を進めておられますけれども、どちらかというとも子育て中心の議論になっているような気がしますが、どうぞ子育てのみならず、医療・介護、年金、全て含めて、社会保障全体としてどういう国を目指していくのかという大きな視点を持ちながら検討を進めていただきたいと思います。それで、国民にとって給付と負担がどうなのかというところがまずスタートとしてあって、その中の分野として介護があるという考えなのかと思います。

各論点につきまして、これまでの繰り返しになりますけれども、意見を申し上げたいと思います。

まず、被保険者範囲・受給権者範囲でございますけれども、これまでも申し上げてきましたが、第2号被保険者の年齢の引下げにつきましては反対でございます。既に現役世代では多大な拠出を高齢者向けに行っておりまして、分厚い中間層を形成するということがこの国の経済にとっても重要だと思いますので、子育て世代等にさらなる負担を課すこととなりますので、繰り返しになりますけれども、これまでの現行制度の中で見直しを行うということで、この件につきましては反対でございます。

(2) 補足給付に関する給付の在り方でございます。これにつきましてはマイナンバー、やはり資産の把握を実現させるということは非常に重要だと思うのですが、これもまた既に何年もたったのですが、なかなか進まないということなのではございますけれども、ぜひこの預貯金等の資産把握を進めていただいて、それを反映した給付の在り方というものを考えていただきたいと思います。

ケアマネジメントに関する給付の在り方につきましては、やはりケアマネジメントの専門性の評価でありますとか、利用者御自身のケアプランに対する関心を高めるということもありますし、また、施設サービスの利用者は実質的にはもう負担しているということでございますので、利用者負担というものを考えるべきではないかと思います。



軽度者への生活援助サービスでございます。繰り返しになりますけれども、介護サービス需要の増加と生産年齢人口の急減ということが現実になっております。専門的なサービスをより必要とする重度の方に給付を重点化していくことは避けられないと思いますので、多様な主体によるサービス提供、総合事業の受皿整備と併せて、この要介護1・2の訪問介護サービスのうち、生活援助サービスにつきましては地域支援事業へと移行していく必要があると考えております。

次に、現役並み所得、一定以上所得につきましても、負担能力に応じた負担を求めるということで、一定所得以上の方に負担いただくということを検討していくべきだと思います。

前回の議論の際に、例えば一定所得というのを25とか30にした場合に財政の影響はどうかという試算をいただきたいというような発言をさせていただきましたけれども、ぜひそういう資料も少し見ながら、検討に資するにしていきたいと思います。

また、繰り返しになりますけれども、やはり高齢者の方の負担能力というのは所得だけではないと思います。ほとんどの方が資産を取り崩しながら生活をしていくという形になると思いますので、繰り返しになりますけれども、この資産の把握というのをぜひマイナंबर等を活用して、ここを進めないとなかなか前へ議論が進まないと思います。

高所得の方の1号保険料の負担の在り方につきましても、これは所得の高い高齢者の方には負担をしていただくということで、メリハリをつけて保険料を設定していくということにつきまして検討すべきだと思います。また、多段階化をしている自治体も多いということでございますので、この段階につきましてより細やかに段階を設定していくことだと思いますし、資料の中に記載がございましたけれども、現在、低所得者の負担軽減で充当されている公費について言及がありましたけれども、基本的にはこの公費の役割というのはそのまま継続されるべきではないかなと考えております。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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2点、3番目の多床室の室料負担というところと、5番目の軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方についてお話しさせていただきたいと思います。

まず、多床室の室料負担というところなのですけれども、基本的に老人保健施設というところは、以前からリハビリをして在宅に復帰しましょうということは言われてきていますので、いろいろなタイプに分かれたとはいえ、生活の場ではないということ。それから、介護医療院も生活の場というのはすぐわなかなと。かなり重度な医療と看護を行っている場と認識しておりますので、そういう生活の場だから多床室の室料負担をもらうというのもおかしいかなと思います。

それと、ちょっと思うのですけれども、やはり介護保険というのは、高齢者にとっての

介護というところは、若い人たちというか、私たちにとって医療と同じぐらいに必要なこととすし、介護がなければ生きていけない、生活できない方がたくさんおられるということで介護保険というものを今入れているということから考えると、介護保険の根本的なこと、室料が払えないことによって介護が受けられない状況が起こってくるというのは、例えばお金がないから医療が受けられないというのと同じ考え、同じことだと思うのです。高齢者の介護をしていると、本当に高齢者にとっては医療と等しいというようなことがありますので、それは介護保険の根本的な考え方から言うとおかしいのではないかなと思います。

もう一点、地方のほうの人というのは、私も地方で病院とか施設をやっているのは分かるのですが、皆さん自分の家を持っておられますし、高齢になって部屋代を払って家に住むという感覚はほとんどないです。なので、どこかに入った、介護を受けなくては生活していけないという独居とか高齢夫婦の方が、家では生活できないので、仕方がないのでどこか施設に入ったというときに、部屋代を払わなくてはいけないということになると、なかなかその感覚は違うのではないかなと思います。都会の人たちは、やはりアパートとかはみんなどこに住んでも部屋代がいるでしょうということになるのだと思うのですが、地方の人は、自分の家は50年も60年も住んでいたら部屋代なんて払っていないので、その感覚はないかなと思うので、そここのところの理論はおかしいかなと思うので、やはり基本的には介護保険は室料が払えないから介護を受けられないというような状況にならないようにしていただきたいかなと思っております。

それと、もう一点は軽度者への生活援助サービスを総合事業にすることなのですが、以前も言いましたが、やはり認知症の方が多いので、もしそうだとしたら、総合事業の検証も必要だし、そこでの専門的な教育ということも必要で、介護の1・2の人から3・4に進んでいかないうようなケアとか介護をやっていくということが一番大事ではないかなと思いますので、専門的な知識は絶対に必要ということは申し上げておきたいかなと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

森参考人、お願いします。

○森参考人 ありがとうございます。

意見を1点、質問を1点申し述べます。

1点目は意見であります。配付資料2には、給付と負担をめぐる様々な論点について、今後の議論の方向性が記載されています。商工会議所といたしましては、現役世代や事業主の負担抑制に向けて、受益者の応能負担を拡大することが不可欠と考えております。給付と負担に関する改革を先延ばしにすることで、現役世代や事業主の負担はますます重くなり、消費や雇用に悪影響が生じる可能性もあります。速やかな改革の実現に向け、議論を進めるべきと考えております。



なお、これらの改革を実施する中で生じ得るマイナス影響につきましては、例えば困窮者支援といった形など、何らかの配慮を含めて検討すること、社会全体として納得のいく負担の在り方を検討していくことが適当と考えております。

以上、1点目です。

2点目は質問であります。介護保険制度は、医療保険制度と並びまして、我々の生活に欠かせない社会インフラだと考えております。経営世代や事業主の負担増加を抑制しながら、制度としての持続可能性を維持することが求められます。制度の持続可能性を念頭に置いた議論には、将来の見通しを共有することが極めて重要と考えております。

厚生労働省事務局からは、今年3月の本部会の再開以降、人口や介護サービス料、介護職員の方々の必要人数の見通しなどが提示されました。このうち、人口の推移については、2060年までの予測が示され、2040年以降、高齢者が減少する局面に入るとのデータがあったように記憶しております。

この点を踏まえますと、今後の議論では、介護サービス量や介護職員の皆さんの必要人数等について、例えば2050年頃までの推計をお示しいただければと考えております。また、都市部と地方では状況が異なることを踏まえれば、でき得れば地域ごとの推計も重要と考えておりまして、この点につきまして、厚生労働省さんのお考えをお聞かせいただけると幸いです。

以上です。よろしくお願いたします。

○菊池部会長 ただいまの御質問、お問合せに関しまして、お願いたします。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

今、御質問いただきました2040年までの介護サービス量でございますけれども、第8期、今の介護保険計画におきまして、各保険者で2040年までのサービス量を見込んでいただいて、それを国のほうで集計してお示するというのをさせていただいております。

それで、今、2050年くらいまでどのようになるのかをお示してほしいというお話がございました。こちらにつきましては、ちょうど今、新しい人口推計をした社会保障・人口問題研究所のほうでやっているところでございますので、新しい推計が出た段階でまた来年度、ちょうど第9期の各計画を各保険者で推計をしていただくタイミングになりますので、その中でどういった反映ができるのか検討させていただければと思います。ありがとうございます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

それでは、石田委員、お願いたします。

○石田委員 よろしくお願いたします。

今回、NPO法人高齢社会をよくする女性の会が要望書を提出させていただきましたけれども、今回の給付と負担という議題のためにいつも発言をさせていただいております。特に今回も（5）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方と（6）の現役並み、一定以上所得の判断基準の2点について意見を述べさせていただきます。

まず（５）なのですけれども、総合事業に関しては前回の介護保険部会でも意見を申し上げたところで、総合事業というのは、当該自治体においては地域包括ケアシステム構築を支える基盤づくりの一つと考えております。それが現在期待された結果に至っていないという現状はしっかり検証することが必要でありますし、なぜその事業が進んでいかないかという要因を調査して、問題解決の具体的な方法を探っていくということが必要だと思っております。そして、今そういった状況の中で、現在行われているよう支援１・２の人たちを対象とした介護予防、生活支援サービスの現状を見る限り、この状況下においては対象を要介護１の人に拡大するというようなことについては問題で、これは反対をいたします。

次に、一定以上所得の判断基準についてです。この一定以上所得の判断基準は2015年から導入されましたけれども、年金収入等、単身者の場合が280万円以上、夫婦など２人以上の世帯が合計で346万以上という現在の実情です。さらに今、こうやって物価が高騰し続けて、私たちの日常生活が直撃されています。日々の暮らしの維持に加えて医療ニーズが高まり、さらに介護サービスの必要性も加わってくる。高齢者については一定以上の所得があるという判断するラインがどこにあるのか、このラインはデッドラインと言ってもいいのではないかと感じております。介護保険というのは高齢者の生活の安心を保障するためにできた制度でありますし、高齢者の生活を脅かすものであってはならないはずで、介護を保険サービスの利用を諦めてしまうというような人が出てくるようであれば、介護保険制度そのものが大きく後退してしまいます。

今回、資料で高齢者の収入の分布が細かく提示されたり、あるいは最新の状況で２割負担の方々がどのぐらいいらっしゃるかというデータも示されましたが、これはあくまで数字で示されるデータであって、もっと重要なことは、そういった高齢者が現実にもどのような生活をしているかという生活実態の把握だと思っております。生身の人間の生活がどれだけ反映されて、把握された上で、その基準を決定するか。ここが重要ではないかと思っております。

最後になりますけれども、人というのは生まれた直後から人をケアする、ケアを受けて育っているということです。ケアというのは人が生きることを保障する、人間ならではの営みだと思います。そして、小さな乳幼児ではなくて、病んでいる人、老いている人、何らかの障害を持つ人など、ケアを必要としている人は様々ですが、今やケアの担い手であった家族の形が大きく変貌しております。ファミレス社会となっております。このファミレス社会というのは、ファミリーレストランではなくて、いわゆる家族人員数が減少して、単身者が増えるというファミリーがなくなる社会です。こういったファミレス社会が進む中で、私たちは介護保険サービスがあることで家族以外の人からのケアを安心して受けられるようになったはずなのです。これを後退させるようなことがあってはなりませんし、今こそワーク・ライフ・バランス社会から、未来へつながるケアを中心としたワーク・ライフ・ケア・バランス社会をぜひ目指して、今回の議論を進めていっていただきたいと思



っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

濱田委員、お願いします。

○濱田委員 (4) のケアマネジメントに関する給付の在り方について意見を申し述べます。

まず、論点でございます施設サービスの利用者との均衡というところでございますが、介護保険制度成立時におきまして、介護保険施設にケアマネジメントとしての施設介護支援が導入されましたのは、あくまでも要介護者等がいわゆる在宅、施設と住む場所によって受けられる支援が異なるのは不合理との考え方によるものからだとということでございます。また、施設等にケアマネジメントとしての施設介護支援が導入される関係で、介護支援専門員が実施者とされるようになりましてけれども、相談員等を既に配置されております。相談員等施設職員の中で介護支援専門員有資格者が兼務という形で実施することになっております。このため、施設においては新たにケアマネジメントに関する専従者の配置が行われないまま業務化されているというところでございますので、新たに利用者負担は生じていないと思料されます。

また、当協会で行った居宅介護支援費の利用者負担と介護支援専門員の業務の在り方に関する調査につきまして、併せてやはり利用者負担が困難であると。先ほどの石田委員のファミレス形態ということでもございませぬけれども、大変僭越ですが、少し典型的なものを2事例御紹介させていただければと存じます。

まず、事例の1つ目でありまして、85歳、お一人暮らし、要介護1とデイサービスを御利用されておきまして、そちらの看護職員の方から利用時の本人の状態がいつもと違うと。脳梗塞の既往歴があり、前兆の可能性があるので、病院受診を家族に依頼しようと思うが、家族と連絡が取れないため、介護支援専門員から伝えてほしいと依頼があったということでございます。介護支援専門員より御家族へ何とか連絡を取りまして伝えますが、家族の方はいらっしゃるのですけれども、なかなか御理解いただけなくて、入院、通院するお金について御心配で、お金がないから病院へ行けないということで拒絶されたということでございます。しかし、そのままというわけにはまいりませんので、御本人の状態を確認するために自宅へ訪問、御家族を改めて説得して、受診のための病院の入院のやり取りを行ったということでございます。当初の意向とは違う結果であります。御本人にとっては非常に何とか医療機関までつなげられたということでございます。

2つ目の事例でございます。82歳、やはり一人暮らしで要介護1という方でございますが、休日に御近所の方から御連絡をいただきまして、転倒して動けない状態を訪問すると、状況から骨折の疑いが明らかであるということで、救急搬送を要請いたしました。やはり付き添いが不在ということで、救急隊のほうから同乗を求められて搬送するというところでございます。居住している周りの御近所との交流や御親戚がおらず、子供さんは県外で

はすぐに来られないという状況で、夕方には何とかお越しいただきましたが、入院準備を含め、介護支援専門員が実施したということでございまして、同意書以外は全て介護支援専門員が実施するというところでございまして、この中で都度負担を求めるようになるということになりますと、なかなか支援が困難なことになってくる可能性があるということでございます。

この2つの事例は、全てこのような事例ということではございませんけれども、いずれの介護支援専門員も通常一定割合担当している例でありまして、栗田委員からも御意見がございましたけれども、認知症、一人暮らしの高齢者の方の増加が今後見込まれる中で、このように生活支援の中では本人同意がはっきりとした、また、御家族の同意も得られないまま、支援の選考を行わざるを得ない事例が多く、利用者負担の導入につきましては、結果として家族機能の弱い利用者や、あるいは御家族が不利益を被る可能性もあるのではないかとございまして。

また、サービス事業所が任意で代行を行ったような場合には、そのサービスが介護保険制度の理念である要介護状態の軽減、悪化の防止という介護予防、自立支援に沿っているかについて確認することがより困難となることも予想され、結果として、削減よりも逆に介護給付費の増加を招く可能性もあるのではないかとすることも推定されます。そして、これらのケアマネジメント機能の変質による結果は、業務負担軽減を検討している地域包括支援センターや自治体としての保険者の方々が、これらの業務を結果として行わなければならないということもあり、現在でもそうでございますけれども、これから強化、推進が必要とされている家族が仕事と介護を両立できる社会の実現を進めていくに当たりまして、負の影響を与える可能性もございまして。担当利用者はもちろんのこと、地域の個別避難計画策定等、社会のインフラも担うことを要請されており、何とか現行給付の維持をお願いしたいということでございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

負担と給付、給付は十分に必要なのだけれども、それを賄う負担が非常に厳しい状況になってきている。現在だけではなく、今後も引き続きこの状況が続いていく中で、やはり給付の在り方について、イエス・オア・ノーではなく、どこがどのように切り崩せるかというか、どういうふうにやれるのかということをや丁寧に議論しながら進めていくことが非常に重要だとこの検討会を通じて強く感じております。

国際的には多様な介護や医療のサービスができ、どのようにするかというのは国民または政府の方針でもって対応であって、今、私たちが受けているサービスが本当に当たり前なのかということも原点に返って考えていくことも必要ですし、また、先ほど石田委員がおっしゃいましたように、家族のケアができない、サポートが受けられない体制になって



しまった私たちの国をどうしていくのかということについては、では、サービスで賄っていけばいいのかと。それだけではなかなか厳しいものがあるのだろうと。

そういう中で、私はやはり総合事業をどう育てていくか。地域支援事業で、先ほど濱田委員がおっしゃったような、本当に救急事態まで地域とつながっていない人たちを一人でも減らしていく。それには日頃から地域とつながっている状況にしていく必要があるのではないかと思います。そういう意味で、例えば現在でも通いの場に認知症の方が参加している事例についても御報告がありますけれども、もちろん全ての方が可能と言っているわけではないのですが、どういうそういう事例があるのかとか、それから、要介護1・2の方の中でも地域支援事業の中で受入れが可能な範囲についてどの範囲なのかということも丁寧に見ていく必要があるのかなと思いますし、もちろん認知症のある方については専門家が関わるのが非常に重要なのですけれども、専門家がアセスメントをし、教育をしながら、地域の住民が支えていくようなビジョンを掲げていかないと、どこかで行き詰まってしまうことにならないかと思っています。

そういう点で言うと、地域共生社会の話がありましたけれども、やはりこの社会保障審は、今、高齢者のほうにいろいろな制度があるわけですが、地域共生社会の中でお互い支え合える社会をつくるのだという理念の下に、介護保険制度も、現在だけではなく20年後もやはり安心だねというのをつくっていくために丁寧な議論をしていく必要がありますし、また、介護の現場の皆様こそ、どこが節約できるところなのかとか、そういうことを出し合っていないといけないのではないかなというような気がしております。

ケアマネジメントも非常に重要で、私はこれは無償化で行うということが重要だろうとは思いますが、やはり複雑過ぎて分かりにくいということで、なかなか素人が判断しにくい部分もあろうかなと思います。ケアマネジメントのプロセス、介護保険サービスのプロセスなど、より分かりやすく、多くの方が自分事として参加できるように、何とか開かれた介護につなげて、専門家に任せればよいという世界でいくと、これは破綻が来るのが見えているような気がしております。どこかで福祉サービスを切り捨てる必要が出てくる可能性が出てきますので、今なら間に合うのではないかなと考えております。

そういう意味で、自治体、保険者がしっかりと地域資源、住民の教育、また、一人一人の高齢者の準備を進めていただくということを給付と負担を考える同時並行でやっていたらどうかと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

座小田委員、お願いします。

○座小田委員 よろしく願いいたします。

7つのテーマがありますけれども、(4)、(5)、(6)についてそれぞれ1点ずつ意見を述べさせていただきます。

まず、ケアマネジメントに関する給付の在り方についてでございます。先ほど濱田委員

が施設サービスのケアマネジメントの違いの内容を発言されておりました。やはり在宅のケアマネジメントは介護サービスを利用して自立支援を図るために行う支援でありまして、相談援助を中心に利用者、御家族が居宅サービスを適切に利用できるようなケアプランを作成しております。御存じとも思いますけれども、在宅のケアマネジメントには運営基準減算等が多数あります。これをやっていなかったら50%減算や、2か月後には算定できないなどですが、例えば家族とは毎月面談し、プランの説明や書類のやり取りを行うことなどがあります。そのほかにも、介護サービス事業者とのサービス担当者会議などだけではございませんで、行政機関、医療機関、そして、地域住民やボランティアなどのインフォーマルサービスなどとも連携調整を行うものです。拙速なケアマネジメントの業者負担の導入によって、在宅のケアマネジメントに求められる客観性、公平性、中立性の確保が難しくなることや、被保険者自身の利用控えなどが発生することにより、本来の目的が阻害されてしまう懸念があると考えております。ケアマネジメントの現行の仕組みを維持することについて、重ねてお願い申し上げます。

続きまして、軽度者への生活援助サービスなどに関する在り方についてでございます。これまでも発言させていただきましたが、また、本日、福島参考人や他の委員からも多くの課題が挙げられております。現段階では総合事業が十分構築できていない状況であることと、参考資料の44ページにありますように、要支援1・2と要介護度1・2では認知症の状況は明らかに違いますので、その対応には中核症状や周辺症状などのアセスメントや認知症の類型など、専門的な知識、それから、対応技術が必要であると思われまますので、全てとは言いませんが、総合事業などでの対応は難しいと考えられます。

最後に、現役並みの所得、一定以上の所得の判断基準についてでございます。介護サービスは長期にわたってサービスを利用し続ける場合が多く、負担増から利用控えなどが起こり、利用者の状態悪化を招くことにつながるかという懸念があります。しかし、現役並みの所得、一定以上の所得の方々に、2015年に2割負担、そして、2018年に3割負担を導入してきた経緯があります。介護保険サービスの利用者は増え続けているわけですから、負担の増加がサービス利用にどう影響しているのか、現在の各サービス利用者の本人所得や同居の世帯者数などのそれぞれの判断基準の妥当性があるのかについて、先ほど石田委員からは生活実態という言葉がありましたけれども、そういったことを検証し、慎重かつ丁寧な議論を尽くして進めていくべきだと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

順番の整理ができていますかあれですけれども、最初に、保険制度の持続可能性ということが出されましたが、現在の医療保険制度の制度間の格差をそのままにして、現役世代の負担軽減ということを進めていくのは無理があるだろうと私は思います。この問題を取り



上げるのであれば、所得による負担について、税、社会保険料とも能力に応じた負担を設定すべき。そういう方向性の下でやらないと、やはり制度間の問題とかは解決できないと思いますし、例えば後期高齢者医療制度の中で言えば、非常に実務的な複雑化ということで、国民には理解しづらい部分になるのではないかと思います。

それから、この問題と関連して、利用時の応能負担ということが言われますけれども、これまで申し上げてきたことと同じですが、利用者負担を取り上げるのであれば、それは特に所得の低い人の利用を遠ざけるものであって、公的な社会保険の役割を後退させる結果につながるのだということで、やるべきではないというのが私の考えです。やはり制度の持続性を言うのであれば、何を守るべきか。所得の低い人たちが制度を利用できるようにする。このことがまず基本に据えられて議論されないと、私はよくないと思っております。

それから、多床室の室料負担の問題で、先ほどもいろいろと御意見がございました。これも所得の低い人たちのところで考えると、例えば都市部でも、あるいは農村部であっても、所得の低い人たちは自宅ではない生活をしているわけですので、例えば高齢者世帯で連れ合いが施設利用となったときに、そこに居住費とか食費を求めるというのは非常に大きな負担になっていくと思うのです。居住費を別途一律負担というような形で求められた場合、所得の低い人たちには負担能力がないと思います。そのようなやり方は、同じ言葉になりますけれども、この制度が果たすべき役割から見てあってはならないことだと思っております。

ケアマネジメントに関する御意見については、これまで委員の方から御発言がありましたように、有料化を導入するということについてはあってはならないと思っております。

それから、地域共生の問題ということがいろいろ言われましたけれども、どの箇所にあたるのかあれですが、地域共生の問題は、私は住民の側、私たちも地域活動の中でどうやってお互い支え合って生きていくのかということでもいろいろ苦慮しております。例えば包括支援センターから認知症軽度の方について受け入れてほしいというものも受け入れながら、一緒に様々な活動をしながらその人らしさが出てくるような努力をしていますけれども、これは住民側のほうで担っているということであって、パターン化して制度的にこれに近づけていくような手法は非現実的だと思っております。むしろ役所や政治の側が現実の場を学んで、それぞれの段階でどう援助するのかということをもう一度考えていくということではないとまずいのではないかと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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、及川でございます。

私のほうからは、（４）ケアマネジメントに関する給付の在り方と、（５）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について意見を申し述べます。

まず、ケアマネジメントに関する給付の在り方でございますが、利用者負担を導入することで利用控えにつながることを考えられると考えます。かねてより申し上げておりますように、現行給付を維持、継続していくべきと考えます。

次に、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方についてでございます。ほかの委員の皆様のご意見と重複いたしますが、軽度者とされる要介護1の利用者増については、前回の資料でお示しいただいたように、認知症の状態像に大きな違いがありました。予測できない行動が見られる方や、BPSDの出現から混乱期、葛藤期である方が多く、このような方々には、生活援助サービスを身体介護と併せて一体的に提供されなければ、その方の生活を支えることができず、結果として状態の悪化を招き、給付増につながることも考えられます。

また、総合事業の住民主体のサービスについてでございますが、地域ごとにばらつきがある中では、効果的、効率的、安定的な取組は期待できません。つきましては、要介護1の方への訪問介護、通所介護を総合事業に移行する見直しについては、私どもは反対でございます。

なお、地域住民が地域の中で認知症を含め様々な課題を抱えつつも、それぞれの生活を維持、継続させるためには、食事、排泄、居室の環境整備など、生活そのものを整えたり、地域の中でQOLの維持、向上に資するための支援を行うことが重要であります。地域支援事業において生活支援の専門職である介護福祉を効果的に利活用いただきたいと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東でございます。

私は2点申し上げたいと思います。

1点目は、まず多床室の室料負担についてでございます。論点は資料2の13ページでございますが、私ども介護老人保健施設は在宅支援、在宅復帰を目的とした療養の場であり、介護保険法上の生活施設の位置づけではありません。ですから、老健施設の入所利用者は自宅へ帰ることを目的に療養しておりますので、住民票を老健施設へ移すこともありません。そのため、入所期間中も自宅を維持している方がほとんどであります。借家の場合、入所期間中も賃貸料、いわゆるホテルコストを支払って入所しているわけです。したがって、老健入所期間中の室料負担を求めるということになりますと、その利用者に二重のホテルコストを負担させるということになります。そのところは十分留意する必要があると思います。

また、私ども老健施設の利用者の中には、定期的に老健入所を利用することにより、在宅介護が成り立っているという方も数多くいらっしゃいます。そのような方々に月2万数千円という居住費負担を求めることで、在宅介護を諦める方も出てくるのではないでしょ



うか。国は現在、在宅介護の推進を目標に掲げ、私ども老健施設には在宅介護支援の役割を課しているところです。老健施設の利用に室量負担を求めるということは、これらの政策に逆行することになると考えます。

繰り返し申し上げますが、現在でも家賃を払いながら老健へ入所している方に、新たに居住費としての室料の支払いを求めることはできません。

次に、現役並み所得、一定上所得の判断基準、高所得者の1号保険料の負担の在り方について、一言意見を申し上げます。

まず、保険料についてですが、保険料については今まで以上に踏み込んだ応能負担にすべきであると考えますので、しっかりと整理をしていただきたいと思います。ただ、利用者負担につきましては慎重に考えるべきだと思います。2割負担や3割負担の方の該当者が増えるということで、リハビリ等の介護サービスの利用控えにつながり、ひいては生活機能の悪化につながると思われます。慎重に検討していきたいと考えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 ありがとうございます。日本看護協会の齋藤でございます。

先ほど、津下委員から今後の給付と負担の議論の在り方みたいところが意見として出されておまして、私も同様に感じました。現在の財源構成から考えて、2号の方々がこれからうんと加速的に減少していくということを考えますと、確かに負担をどうするのかという辺りは避けて通れない議論だと思いますが、今回、それが可能なのかということ、なかなか難しいところがあるので、やはり人口減少時代、特に保険料を担う世代が減少していくときに、今後の介護保険の在り方というものがどうあるべきなのかといった少シランドデザイン的な議論も多少必要になるのかなと考えておりますし、また、前々回でしたか、消費税といった辺りの言及もあったように思います。それがいい方法なのかどうか分かりませんが、もう少し長期的にどうしていくべきかという議論はあってもいいのかなと考えました。

今回、幾つか論点が挙がっておりますが、私は2点、一つは軽度者への生活援助サービスにつきまして、いろいろな委員の方々が御発言なさっておりますけれども、やはり要介護1・2の方々にこちらのサービスにということについては慎重であるべきだと思います。なるべく要介護1・2の軽度の方々というのは、これ以上要介護度が進まないということが大事ですし、また、要支援の方々も同様かと思えます。そういったことを鑑みますと、今、この要支援1・2の方々が、生活援助サービス等を利用して本当に進んでいないのか、要介護度が悪化していないのか、この辺りの評価をやはりしていけないと、要介護1・2の方々に移行というのは難しいと思っております。

また、実施体制等については市町村ごとにばらつきもあるということも懸念材料になっております。したがって、要介護1・2に該当する軽度者の生活援助サービス等を総

合事業に移行するということにつきましては、現行の事業評価を行った上で慎重に検討するということが必要なので、今回論点に挙がっておりますが、どういうふうに評価をすべきかということが書かれてございますが、研究事業等でこういった評価のことについて何か調査研究を立てて行ったらどうかと考えております。

それから、もう一点は最後の7点目の論点になります。高所得者の1号保険料負担につきましては、論点に挙がっている標準段階の多段階化等について、私どもとしては異論はないと発言したいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

私のほうからは、(3)の多床室の室料負担についてのみ発言させていただきます。もし2巡目があれば、その他について少し意見を述べさせていただきたいと思っております。

それでは、多床室の室料負担について意見を申し上げたいと思っております。

まず、平成17年10月に食費・居住費の自己負担付加が導入されまして、その際に補足給付の仕組みが位置づけられております。当時から光熱水費を居住費として設定し、いたがいまして、光熱水費、居住費については減価償却費から算出した経緯がございます。よって、現在まで老健や介護医療院の多床室には室料という概念は全く存在しておりません。多床室の施設基準を見ますと、老健が1床当たり8.0平米以上、介護医療院も同様ですが、介護院の多くは介護療養病床から移行して、大きな改修とかがなければ、介護医療院の場合、多くは1人当たり6.4平米です。いたがいまして、およそ室料とは概念がほど遠い世界であります。

それから、老健、介護院ともに医療法上の医療提供施設と定義されておまして、住まいとは全く異なり、施設機能も終のすみかではなく、入所者の多くは在宅に備えを有しており、維持費を負担しております。これは先ほど東委員が申し上げたとおりでございます。

さらに、老健、介護院の運営母体のほとんどが社会福祉法人ではなく、医療法人が大半を占めております。いたがいまして、社会福祉法人のように利用者負担の減免性もなく、利用者の負担増というのは安易に行うべきではなく、慎重な姿勢が求められると考えています。

それから、制度上は特養であっても、住まいではなく要介護者が必要に応じて入所する施設であり、特養においても在宅復帰支援機能加算も設定されているところであります。そうであるがゆえに、介護保険サービスに位置づけられております。住まいであれば、介護保険サービスの範疇から外れることとなります。

また、介護保険の理念、考え方として、例えば亡くなるまで5年間同一の利用者の方が同一の施設のベッドをずっと使い続けるということは、従前からあまり好ましいものではないとされています。5年間あれば、亡くなるまで在宅で暮らせるときも十分にあると考



えているからであります。そもそも介護保険は、大きなリスクを互いに支え合う強制加入の保険で、共助の仕組みに基づいています。施設入所を余儀なくされるような状態となる大きなリスクは、介護保険によって安心して暮らせることを担保すべきであります。

最後に、補足給付は低所得者のホテルコストを軽減するための仕組みであるため、現行は介護保険財源を用いて実行されておりますけれども、そもそも介護保険財源がいいのか、公費財源がいいのか、どちらがふさわしいのかというのはまだまだ議論の余地があるとも考えております。

発言は以上です。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、野口部会長代理、お願いします。

○野口部会長代理 どうぞよろしくお願いいたします。

既に何人かの委員の皆様からもお話がありましたように、今後、日本社会というのは高齢者がピークになり、生産年齢人口が激減する2040年から2050年を何とか乗り越えていかなければならない。10年単位で見た場合、介護も含めて社会保障制度全体が危機的状況にあると言っても過言ではないと思っています。過去22年間、数多くのステークホルダーの協働によって構築されてきた日本の介護あるいは医療システムを今後も持続可能なものにするためには、給付と負担の問題は待ったなしの問題であると認識しております。

また、私ごとで大変恐縮なのですが、私自身、今、95歳の認知症が徐々に深刻化しつつある母が遠方で独居で暮らしております。コロナ前までは頻繁に往来しておったのですが、昨今は地域で母を手厚く介護してくださっている様々な介護事業者の従事者の皆様に幾ら感謝してもし切れないという思いでおります。ですので、委員の皆様のお話は、私自身全て自分事でありまして、先ほどからも身につまされる思いで伺っております。

しかし、世界的に見ても大変必要高い日本の介護システムを将来につなげるために、本当に支払えない方に対するセーフティーネットをしっかりと確保した上で、それだけ質の高い、それだけ市場価値のあるサービスを受けているわけですので、支払い能力のある高齢者、そして、我々家族は支払うべしと。支払い能力のある人は支払うべしというあえて厳しい認識に立って、多床室とケアマネに対する自己負担及び保険料の3点について私の意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず第1点目、多床室の室料負担なのですが、介護保険施設における居住費については、在宅で生活する場合には家賃等を家計で負担していることとの均衡を図るという観点から、本来は施設の種類、種別、あるいは多床室か個室化にかかわらず、原則として利用者負担は求められるべきだと思っております。医療提供の場であるからといって居室、ホテルフィーを求めないという理由はないのではないかと私は個人的に思います。在宅で訪問診療など、医療を受けながら生活している在宅、要介護者との公平性に鑑みて、利用者負担を求めるとの整理は成り立つのではないのかと思っております。現に個室というの

は既に室料負担をお願いしているわけです。

介護医療院については、施設の位置づけも要介護者の長期療養、生活施設、もちろん医療の負担が多いわけですが、死亡退所の状況なども見ても、特養と同様、まさに終のすみかとなっており、室料負担をお願いせざるを得ないのではないかと考えております。

また、老健施設については、在宅復帰を目指して在宅療養支援を行う施設とされており、参考資料にもある退所先を見ても、在宅復帰される方も多い一方で、特養などに移る方、亡くられる方も一定程度おられることから、やはり同様に室料負担をお願いするとの整理も可能ではないかと考えております。

第2点目、ケアマネ自己負担についてです。今回の導入が難しいことはやむを得ない。今回は難しいと思いますが、今後に向けて環境整備や整理は少なくとも行っていくべきだと思います。私、個人的にケアマネさんに非常にお世話になっていて、いろいろな御示唆をいただき、本当に感謝しておるわけですが、非常に重要なこのケアマネという職業を今後維持していくためには、やはり払える人は払う、支払うべき人が支払うべしという考え方に沿って、認識を立て、4点意見を述べさせていただきます。

現在は、ケアマネを使わないで介護保険を利用する人というのはほとんどいないところまで定着してきた。定着というところは論点にならないという御意見もありましたけれども、利用者負担の導入を議論すべき時期に来ているのではないかと私個人がそう思います。利用者の負担を求めることで、利用者のサービス利用に対する権利意識や認識を高めるという側面があります。相談支援というのは、それ自体専門性の高い独立した支援、サービスの一つであると私は認識しておりまして、ほかのサービスと同様、利用者の選択を通じてより質の高いケアマネジメントを実現していくべきではないかと考えております。

こうした観点から、いわゆるセルフケアプランについて、質の高い在宅介護を提供していくという観点から今後も認めていくのか、多少疑問があるところであります。必ず専門職によるケアマネジメントを受けるようにする方向で、しかも、ケアマネに対する自己負担をある程度検討しつつ、将来的に議論していくべきではないかと考えております。

利用控えへの懸念については、例えば初めて利用する際に自己負担を求めないなど、工夫の余地もあるのではないかと考えております。あるいはいわゆる貧困世帯、あるいは貧困に直面している高齢者の方についてはセーフティネットを設けるべきだということもここで言えるかと思っております。

最後に保険料についてです。負担能力に応じて負担をお願いするという観点からは、第1号保険料については、高所得者の保険料負担を引き上げることも検討せざるを得ないのではないかと考えております。支払うべき人は支払うということが原理原則だと私も思います。その場合、高所得者からの保険料財源については、低所得者の保険料乗率の引上げに用いるだけではなくて、例えば今後の介護報酬に向けて処遇改善などの財源に活用するということも検討してはいかかかということになります。

私ごとを申し上げて申し訳ございませんが、介護保険制度がなければ私はとくに仕事



を辞めていたと思うのですけれども、私自身、この介護保険制度によって非常にメリットを受けておりますので、支払う能力がある高齢者自身、あるいはその家族はやはりその分の負担をすべきと考えて、以上のような意見を述べさせていただきました。

以上です。どうもありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございました。

これでひと当たりお手を挙げていただいた皆様から御発言いただけたかと思えます。

少し時間がありますけれども、追加で御発言がおありの方がいらしたら、合図をいただきたいと思いますが、会場からはよろしいですか。

それでは、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 この前の宿題をいろいろ考えまして、これまでの審議の中で、前回の部会で部会長から御発言がありました。それは地域共生社会と地域包括ケアを介護保険制度にどのように有用するののかということになろうかと受け止めたのですが、まだ十分な理解ができていないところもあって、かつ拙いままではありますが、私どもからの意見を述べさせていただきますければと思います。よろしいでしょうか。

前々回、主体的な地域住民について御意見があったかと思えます。地域共生社会の理念に基づけば、介護保険事業計画への住民参加、あるいは総合事業への住民主体型や非営利、有償ボランティア団体などの参加については、保険者である市区町村と地域住民、あるいは住民団体との対等な関係を前提にする必要があると考えております。介護保険法第5条4には、「地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し」とあります。社会福祉法第4条3にも「地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での」とあります。地域共生社会あるいは地域包括ケアにしても、政府や行政が地域住民に期待することがあるとしても、それは地域住民にまず提案することが必要だと思えます。

加えて、様々なテーマについて議論する場に地域住民の参加を保障し、意見を聴くという相互に尊重し合う姿勢も必要だと思えます。多様な価値観や関心領域を持つ地域住民に参加を求めるには、時間がかかり、自治体と地域住民の双方に根気が求められることを申し添えたいと思えます。

以上になります。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

それでは、オンライン参加の方から、兼子委員、どうぞ。

○兼子委員 所得の低い人への配慮の問題として、高額所得者の保険料負担の問題について今提案されている内容ですけれども、私はこれまで述べてきたところから言えば、経過的なものとして、所得の低い人への配慮として一定の段階的なものをつくっていく。これはいいのだと思えます。ただ、私は現金、お金というよりは率でという考え方ですけれども、この辺は途中ですから、一定段階そういうものをつくるのはいいと思うのですが、高額所得者への負担の問題については、やはり応分の負担を求めるということで、一定の率

で負担を求める方法を検討すべきだと思うのです。そのことによって、今の介護保険制度が財政的にぶつかっている問題について、一定程度解決する方向が見えてくるのではないかと思います。

それから、御発言に対するあれですでも、ケアマネジメントの負担の問題です。私は、権利の問題というのは、利用時に負担をすることによって権利が発生するという考え方はやはり考え直していただく必要があるのではないかと思います。権利の問題は基本的には憲法で保障しているものですので、負担で生まれるという考え方は、むしろそこから制度の在り方を遠ざけていくものであり、議論を複雑化させるだけではないかと。その辺については疑問がありますので、あえて申し上げました。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 (5)の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について、意見を申し上げます。

論点のほうにも記載がございますけれども、いわゆる介護職員不足、実はとりわけ訪問介護はいわゆるホームヘルパー様の不足につきましては、有効求人倍率が10数倍というような状況にあることは既に御承知のとおりということでございます。恐らくその反動で通常の個別に訪問していただく、いわゆる訪問介護のサービスが非常に確保が困難になってきているという現状がございます。それで、恐らくは利用者は高齢者の方、要介護者が増えているということで増加されているはずであります、これはもしかするとということではありますが、集合住宅を除く通常の個別の御家庭への訪問介護サービスにつきましては、むしろ減少している可能性もあるのではないかとということも懸念されておりました、恐らくは一時的に支援を行う、あるいは期間が区切られている、あるいは特定の内容という場合は、地域の支え合いの中で解決できることもあると思いますが、やはり反復継続していく、しかも、確実に業務として行うということを考えますと、軽度者の方への生活援助サービスを業務として行える現行の体制数を少なくとも維持する必要があるのではないかとということの特を特に考えておりました、総合事業への移行というのは非常に難しい状況にあるのではないかとということでございます。

あと、先ほどケアマネジメントの給付につきまして御意見もございましたが、前回もこの給付と負担の際に申し上げたのですが、私ども、当然、介護保険サービスのケアマネジメントも含めて、時に事業所の中では併せて障害者の方の相談支援事業所を担っているケースも少なくございません。両方の支援を行っていく中で、いわゆる65歳問題ということでサービスが変わるといことがありますので、居宅介護支援、介護予防支援、そして相談支援、これらにつきましては、現実には所掌が違うということがございますので、可能なかどうかということありますけれども、やはり一元的に将来議論していく。もしその範疇に入るのであれば、議論していく必要があるのではないかとということ意見を申し上げ



ます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

私は2点、簡単に申し上げたいと思います。

以前のときも申し上げましたけれども、日常生活のイメージの分かる年収モデルをぜひ居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスごとに提示していただきたいと思っています。資料のように年収幾ら以上が何割負担とかというだけでは、お一人お一人の生活というものは見えてこないの、本当に低所得の方が困窮しないのかどうか、そこが一番大事な部分でございますから、ぜひ丁寧にこの辺りを検討しながら議論を進めていくべきではないかと思っています。特に年収200万台の方とか、生活費として医療保険、介護保険、あるいは介護サービス費、その他もろもろ、どうしても必要な生活費を差し引いて手元に幾ら残るのか、この辺りは十分検討するべきでありますし、低所得の方が苦しい思いをする仕組みというのは決してあってはならないと思っています。やはりこれまで日本を支えてきた高齢者の方々に対して、敬意の念を持って考えることも必要ではないかと思っています。

さらに、自らの希望で要介護者となっている方はいるはずもありませんので、人生の最期まで誰もが少しでも自分らしくありたいと思われているのは間違いないことであります。特に我々の声としては、利用者の方の人生の最期までの尊厳の保障というのが役割でございますので、応能負担を進めるべきである一方で、行き過ぎた過度な負担によって、制度上の経済的困窮を生じるということはあってはならないと思っています。過度な行き過ぎた負担によってはということなので、その辺りをどう考えるかというのは、慎重に年収モデル等で議論していく必要があるかと思っています。

この会議の範疇ではないかもしれませんが、給付と負担と併せまして考えるべきは、やはり持続可能性を踏まえた新たな安定的、恒久的財源の確保、これは避けて通れないことになりますので、その辺りを含めてどう考えるかというのは中長期的な大きな課題と思っています。

2点目でございます。多床室の室料負担にも関係しますが、医療提供の場を住まいとどう考えるかということでもありますけれども、例えば介護医療院においても病院に入院するほどではない肺炎とか感染症は日々治療しておりますし、老健も所定疾患療養費というものがあって、肺炎とか尿路感染症を老健で治療することが増えてきています。それから、介護医療院においても点滴、抗生剤の投与、採血は日常判時で、中にはIVHの方、中心静脈栄養、あるいは気管切開や酸素吸入といった呼吸管理の方もいらっしゃるって、これを住まいというところ恐らく国民からは理解は難しい。国民が容認しないとは思いますが、いろいろな状態等がそれぞれありますから、そういう医療を受ける場について住まいと考えるのは、

なかなか国民的理解が難しいと考えております。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お手を挙げていただいている中で最後になるかと思えます。津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

介護保険制度は住んでいる自治体とかによってかなりイメージが違っていたりしているかもしれないなと思っております。例えば総合事業の実施状況、介護保険料、また、介護保険の保険料の多段階化、それぞれ各保険者、自治体、市町村がいろいろ工夫しながら運営されていると思えます。その辺りが、国でこういう制度としてつくっていくのだけれども、それがどのように浸透していくかとか、よい取組の横展開ではないですけれども、そういうことの自治体職員への教育というようなこともありますし、それから、民間事業者さんが例えば参入しやすくするにはどうしたらいいかという点もあるかなと思えますので、そういう意味で保険者としての市町村へのよりしっかりした支援とか、ある意味教育とかということも非常に重要ではないかなと。モチベーションを持ってまさに地域をつくっていくのは、そして、これからの高齢社会を守っていくのは、介護保険の保険者である市町村だという理念の下で、地域の関係者の協力をしっかりと得て行っていく必要があるのではないかなと思えます。

その点で、やはり介護支援専門員とか介護のノウハウを持った方々が地域づくりにもっともっと参入していただいて、介護人材が足りない中で本当に専門家としての力を発揮していただく部分、または地域づくりのコーディネーターというか旗振り役として、どういう地域を形成していったらいいのかということについて積極的に動けるようにしていかなければいけないかなと。単にサービスを提供するだけではなく、本当にそここのところで得た知見を、地域ごとにかなり違いがある中で、これからどうしていったらより給付と負担のバランスが各保険者、市町村で取れるのかということの研究していかなければいけないし、その中で広域化ということが必要なサービスもあると思えますので、都道府県単位、または二次医療圏単位でどうしていくかという議論が必要になると思うのです。

なので、国としての保険と給付の在り方の議論が、また、これが市町村で具体的な話でよりこの議論が進んでいくと思うのですけれども、考えやすい素材の提供、また、その際に、サービスを提供するだけではなく、地域づくりの視点をしっかり入れた、各自自治体の負担と給付の在り方についての議論につながるような資料とか情報提供を国にはお願いしたいなと思えます。

以上です。

○菊池部会長 どうも貴重な御意見ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

特にございませんようでしたら、この辺にさせていただきたいと思えます。



今日、2つ目の議題で論点になりました、給付と負担に関しては、様々な御意見をいただきましたので、事務局で整理をして、取りまとめに向けてお願いしたいと思います。

その中で、個別の論点ではありませんが、津下委員や齋藤委員などから将来を見据えたグランドデザインの議論というのも大事ではないかという御趣旨の意見が少なからずあったように思います。

井上委員から出生数が非常に深刻であるという御紹介もいただきましたけれども、今年は80万人を割るのではないかとといったことが言われていますが、2040年までの20年で生産年齢人口が千数百万人減少する。そのうち40歳から64歳までが何百万人減るのかということ考えた場合に、それ一つ考えても、やはり介護保険制度の在り方というものをどう見据えていくのかというのは、中長期的には避けて通れないということは明らかだと思います。

1つ目の議題になりました全世代型社会保障構築会議では、今日は論点整理の部分を御紹介いただきましたが、やはり総論部分も必要ではないか、基本的な考え方を示すべきではないかということで、清家座長を中心にドラフトをお書きくださり、先週議論になり、私も発言をさせていただきました。そこではやはり時間軸という言葉が一つのキーとなる考え方というか、キー概念として使われると思います。必ずしも全世代型社会保障構築会議で20年後、30年後を見据えた中長期的な具体的なプランまで何か提示できるかという、そこはどうまとまるかまだ決まっていませんので何とも言えませんが、少なくともこの介護保険の部会の方でも、取りまとめに向けて各論だけ書くということではなく、やはり総論というものも据えてというか書いていく必要があると思いますので、そうした中で、必ずしも個別の論点には関わらない、給付と拠出に直結するものではないとしても、グランドデザインの議論の必要性といったことを中長期的課題として盛り込んでいく。

どうしても事務局も忙しいですので、制度改正、制度改正と数年ごとにやらざるを得ない。そうすると、その合間に大きな議論ができればいいのですけれども、なかなかそういう余裕もないということは重々承知の上ですけれども、しかし、そういった中長期的な視点をまとめの中に示しておくというのも部会としてはとても大事な作業ではないかと私は思っていますので、大きな御異論がなければ、今日お話が出ましたそういった中長期的な視点の重要性といったことも、委員からの御発言でもありますので、少し盛り込む方向で考えていただければなと思ってございます。よろしく申し上げます。

それでは、次の日程について事務局から御連絡をお願いいたします。

○占部企画官 次回の部会の日程につきましては、追って御連絡をさせていただきます。

○菊池部会長 それでは、予定よりも少し早いのですが、これにて本日の部会は終了させていただきます。お忙しい中、誠にありがとうございました。

