

令和7年度 新宿区介護サービス事業者協議会 第3回研修会

次期介護保険改正と、 認知症ケア・施策の論点

ニッセイ基礎研究所 上席研究員

三原 岳

令和8年1月29日（木）

司会（秋山 正子） 令和7年度新宿区介護サービス事業者協議会第3回研修会を開催いたします。私は総合司会を務めます当協議会副会長の秋山正子と申します。どうぞよろしくお願いいたします。では、当協議会藤本会長よりご挨拶をいただきます。

藤本 進 このところ寒い日が続いておりますので、皆様のご利用者さんの中にも体力を大分消耗されている方もいらっしゃるのではないかと考えております。

私のところでも、年末から年始にかけて高齢の方やがんの末期で頑張ってきた方が立て続けに5人ほどお亡くなりになったりしております。

皆さん自身も体力の消耗に気をつけていただきたいのと、ご利用者さんたちの状況の変化にも十分注意していただければと思います。

そして、インフルエンザも、年末にA型が結構猛威を振るった形になりましたが、今B型にかわっておりますので、まただんだん増えてくる可能性がありますし、コロナも増えています。

あとは、私の外来ではそれよりもさらに多いのが、吐いたり下痢をしたりという胃腸炎です。ノロウイルスのちょっと軽いような症状の出る方が多いです。これは、ノロであってもなくても、やはり高齢者に関しては、かなり体力を消耗してしまいます。

ですから、皆さんもうがい手洗い等に気をつけて、ケアをしていただければと思います。

きょうは第3回研修として、「次期介護保険改正と、認知症ケア・施策の論点」という形で、ニッセイ基礎研究所の上席研究員の三原先生にお話をいただくこととなっております。

先生、よろしくお願いいたします。

次期介護保険改正と、 認知症ケア・施策の論点

ニッセイ基礎研究所
上席研究員 三原 岳

はじめに

皆さん、こんにちは。ちょっと皆さんの関心事をお伺いしたいのですが、喋る側としてはこういう研修の機会で何を持ち帰ってもらうかを訊きたいんですね。皆さんの立場を伺いたいのですが、事業所の経営に関わっていらっしゃる方は…。はい。どちらかというとプラクティス、利用者さんへの支援に関わっている方…。はい。結構専門職の方が多い感じですかね。あとは、地域包括支援センター、社会福祉協議会など少し行政寄りの仕事の方…。はい、なるほど、ありがとうございます。それぞれの立場で次期介護保険改正のことをみていただけたと思います。

経営の観点からみたら、どうしても「利用者負担がどうなるか」とかではないでしょうか。そうすると、「このお客さん、利用控えるかも」みたいなことが関心事になっていくと思います。

専門職であれば、制度改正で「ちょっとこの人給付を受けにくくなるかもしれない」みたいなことが関心事になっていくと思います。それぞれの関心事に応じて私の話を聞いていただければと思います。

私は、もともと新聞記者で、別のシンクタンクを経てニッセイ基礎研究所にきて、もう10年目ぐらいになります。ですから、ニッセイの人間ではありません。

去年の10月頃、世田谷の区民がやっていらっしゃるオンラインの会合で、私が認知症ケアと要介護認定の見直しの論議の話をしまして、議論が盛り上がったんですね。私も勉強になったのですが、そこに来てくださっていた秋山さんに、「ぜひ、その話をしてください」というご依頼をいただきました。そのとき私が話したのは30分ぐらいでしたので、その話だけで90分は無理だと思いまして、次期介護保険改正というのを加えました。

講義の内容

きょうは2部構成になります。

前半は、「介護保険の改正」の話で、次に「生産性向上や賃上げ」の話です。今、物価が上がってきて結構大変だと思いますが、一応補正予算等で賃上げがなされましたので、そこに至る議論みたいなことを少し説明していきたいと思います。給付費分科会のほうで介護報酬の改定の告示が、今週か先週決まっているはずなので、そこに至るまで、どんな議論があったのかということ振り返っていきます。

後半は、「要介護認定の見直し論議」と「認知症ケア・施策を巡る論点」になります。要介護認定の見直し論議は、2027年度改正に反映するという話になっていますが、まだ本格的に何か動きがあるわけではありません。要介護認定がどんな制度かということと、どういう経緯で要介護認定の見直し論議が浮上して、認知症ケア・施策とどう絡むのかみたいなお話します。

24年改正で先送りされた案件 介護三兄弟

政策形成を議論する、私のような研究者とか役人たちの業界の一部では、「2割負担対象者拡大」「ケアマネジメント有料化」「総合事業の対象者拡大」が、介護三兄弟と言われています。なぜかという、前回の介護保険改正、さらに言うと前々回21年の制度改正から先送りが続いているので、そろそろ決着させなければいけないという意味で、介護三兄弟と言われています。

きょうもそんな言い方をするかもしれませんが、そのときは、この3つだと思ってもらったらいいと思います。

で、結局また結論が先送りになりまして、年末には決まりませんでした。「2割負担対象者拡大」だけは、来年の夏に決まるということになっていますが、これも結構難しいかと私は思っています。「ケアマネジメント有料化」では、住宅型有料老人ホームに関しては有料化するというこ

とになっていますので、一部結論が出てきているものもありますし、「2割負担対象者拡大」と「ケアマネジメント有料化」に関しては、かなり具体的な提案がなされています。その内容をお話ししていきます。

あとは、「生産性向上」ですが、介護で生産性という、たぶん抵抗感を覚える方も多いと思いますが、最近生産性向上というのが盛んに言われていますので、この辺りの話もします。

それから、賃上げの話をしていきます。

もともと介護保険制度は1割負担でスタートしましたが、15年に2割負担、18年に3割負担が導入されました。2割、3割負担の対象者を広げると、その分だけ利用者負担が増えますが、私たちが払っている保険料あるいは税金の負担が減るので、財務省、健康保険組合連合会、経団連は、2割負担対象者を広げるべきだとしています。

単身世帯は280万円以上で区切っていますが、これを250万円とかに下げれば、2割負担の人が増えますが、その分私たちが払っている保険料、税負担が減るので、やるべきだろうと主張しているわけです。

で、結局先送りされて、去年の年末に結論を出す議論に至ったということです。

ケアマネジメント有料化に関しては、全額保険給付で賄われているわけですが、これを有料化すべきであると財務省は言っています。

要支援1～2の人は介護予防・日常生活支援総合事業という非常に複雑な仕組みのほうに移管したわけですが、要介護1～2の人に関してもそちらに移管すべきであると財務省は言っています。総合事業になると、予算の上限が決まりますので、予算をコントロールしやすくなります。ですから、給付費を削ることができるというのが、財務省、健康保険組合連合会の主張です。

結局24年度改正では結論が先送りされました。では、27年度改正に向けてどうなったのかということ説明していきます。

少子化対策の財源

実は少子化対策が前々の政権で議論されましたが、覚えていらっしゃるでしょうか。「次元の異なる少子化対策」とか「異次元の少子化対策」とメディアで言われましたが、児童手当が大幅に拡充されて、こども・子育て支援がかなり強化されましたが、これに3.6兆円使っています。消費税収の大体1%強です。岸田内閣は国民の負担を増やさないということにしましたので、その分、社会保障を削ると決めているわけです。それで、2兆円削ることが決まっています。そうすると、当然既存の医療制度、介護制度の予算を削るという話になりますので、特に医療のほうに厳しいのですが、介護のほうも、給付抑制のプレッシャーが出てくるということです。

改革工程における 医療・介護見直しのメニュー

歳出改革のメニューが少子化対策のときに盛り込まれていますが、改革工程の中に、介護保険改革、高齢者医療の負担の増、高額医療費見直しが入っています。高額療養費は、去年の通常国会でもめましたね。ある意味、岸田さんのやった方針に石破さんが巻き込まれてしまって、もめたということです。そういう流れのもとで、介護保険改革というのが位置づけられているということになります。

利用者負担 引き上げの動向

1割負担のところに、280万円と340万円の収入ベースで区切って、2割、3割負担が段階的に導入されました。2割負担の対象者を広げると保険料税負担が減ることになるというのが、財務省、健康保険組合連合会の主張で、22年の5月から議論が本格化しています。

介護保険部会のほうでは、賛否両論がずっとあり、意見の平行線が続いています。これは、24年度改正のときの資料です。やる場合には27年度から実施するということが想定されていたわけです。

結局22年の12月介護保険部会（介護保険について議論する有識者会議）では、見直しに慎重な

意見と見直しに前向きな意見の両論併記がされました。慎重な意見では、特に介護は医療と違ってずっと使い続けるので、利用者の生活に影響が出ると言います。政府には医療と介護は違うという議論が根強いです。

一方で、見直しに前向きな意見では、自分たちの保険料負担、税負担を減らしてほしいという主張です。意見が分かれて結局、結論が先送りされたということになります。

9つの選択肢

23年12月に厚生労働省は9つのシナリオを出しました。

280万円、270万円、260万円…と10万円刻みで基準を引き下げていきます。基準を引き下げれば対象者が広がる、対象者が広がるということは影響を受ける高齢者が増え、その分だけ私たちの保険料負担、税負担が減るということになります。で、結果的に給付抑制額も大きくなっていくということです。

そのときに、財務省が何となく言っていたのが、220万円です。後期高齢者の2割負担の線引きが230万ぐらいでしたか、ですから、220万円くらいでいいのではないかとということでした。

では、厚生労働省はなぜ190万まで出しているのかということですが、これは、「もう自分たちでは決められませんので、介護保険部会の皆さん議論してください」と結論を投げたわけです。

介護保険部会はメンバーが変わっていませんから、当然、議論は平行線です。ですから、そこは彼らは恐らく織り込み済みで、介護は最後は政治が決めるということだったのだと思います。

当の政治家は、どう言っていたかです。これはBS-TBSの「報道1930」で、実は私も田村憲久先生の隣の隣に座っていましたが、「広げたとしても、280万から若干下がるぐらいの話で、220万は、ちょっと無理でしょうね」と言いました。つまり、財務省の案は無理だと。一部の事業者の人たちは、喜んでましたけど、実はそうではないんですね。「220万の引き下げはできないけど、ちょっと引き下げることはあり得るよ」と言ったわけで

す。つまり、新聞記事の見出しでいうと、「220万円は否定、若干の引き下げに含み」というのが、正解なんだろうと思います。朝日新聞は実際にそういう記事を書いていた。

では、23年11月の制度改正で、24年になぜ若干の引き下げをしなかったのかです。これは、ひとつのヒントは、仮に260万円以上に引き下げた場合、給付抑制額は180億円です。介護保険は、トータルで何兆円かわかります？ 11兆円です。微々たる金額ですよ。そこを利用者、メディア、国民、国会の反発を押し切ってでもやる意味があまり感じられないわけですね。厚生労働省からみたら、費用対効果があまりにも悪すぎるわけです。ですから、結論を先送りしたわけです。

先ほどの改革工程の中にも、結論を先送りしますよと。そのときに、2つのアイデアを出しました。280万を220万とか250万に下げるシナリオに加えて、上限額を設定するというのもありなのではないか。これは結局このあと、厚生労働省が去年の年末にその案を出すことになります。

財務省は相変わらず、早く介護三兄弟の結論を出すようにと審議会の資料に出します。これが去年の11月の資料です。

2割拡大に向けた配慮措置の案

厚生労働省としては、もう6年来の宿題を、そろそろ解決する必要に迫られ、11月20日に介護保険部会に2つの提案を示しました。要は、負担の上限額を設定することと、預貯金を考慮するという考え方です。

1つ目は、負担の上限額を月7,000円に設定して、あまり多く使う人に関しては、負担を調整しましょうという考え方です。ですから、いきなり2割負担に上がるのではなく、7,000円の上限を設定して、配慮していきましょうという案です。

2つ目は、現場の人から見ると多分、何を言ってるんだとなるだろうし、私もそう思います。預貯金を考慮するというアイデアです。これは、2割負担に1回引き上げて、預貯金が一定未満の人は2割から1割に戻すという案です。つまり、

私が年寄りになって結構年金をもらっていれば2割負担になるんだけど、預貯金がないとなると、1割に戻るということです。考え方としてはありますが、実務が結構大変ですよ。多分一番大変なのは市町村ではないかという気がします。

補足給付の見直し

今も介護保険の施設のホテルコスト、つまり滞在コスト、食費に関しては低所得の人に関しては補足給付という形で介護保険から給付が出ています。その補足給付に関しては預貯金を考慮するということになっていますが、それと同じようなことをやるということですよ。これはちょっと市町村の事務がパンクするだろうと私は思っています。

ですから、厚生労働省の資料にも、保険者つまり市町村の事務負担がどうなるのか、ちゃんと考慮しましょうということは書かれています。あとは、ケアマネジャーが特に大変になるのではないですかね。給付管理で預貯金を考慮して第7表のところを結局2割を1割にしなくてはいけないわけですよ。私は、正直それができるのかなと思っています。ただ厚生労働省がこういう案を出したのは事実です。

補足給付は、言うまでもなく施設給付のうちの滞在費と食費に関しては介護保険給付から出ています。金融資産を考慮する人は、補足給付を少し削っていくということですが、これと同じことをやろうとしているわけです。これは市町村がどこまで厳密に運用しているのかというのは、よくわかりません。現場の皆さんは、私より実情をご存知だと思いますが、どうなんですかね。私は市町村の職員から、そんなに厳密にやれていないと聞いています。やれる人もいればやれない人もいるということで、かなり不公平な運営にならざるを得ない面がありますね。つまり、出してくださいと言って一発で出す人となかなか出さない人が出てくる。これは施設の入居者だけに適用されるルールですが、厚生労働省の案では、全員にやるということです。私は正直この資料を見たときに本当にできるのかなと

思いました。でしたら、元々預貯金のある人は2割に思いましたが、多分それも難しいでしょう。現場の感覚からみたら、トリッキーだなと思いませんか。私はそう思いますが、こういう案が出ています。結局、結論は先送りされました。

両論併記

これは、25年12月22日の介護保険部会の意見書です。

見直しに慎重な意見としては、

- ① 3年前と比べると物価が上がっていますが、年金の引き上げ幅は物価ほど上がらないので、厳しいということが加わっています。
- ② 介護は医療と比べ、利用期間が長いため簡単にできないだろうという意見。
- ③ 医療において高齢者の3割負担の対象者を広げようという話が出ていますが、そこと介護とでやったらダブルパンチではないかという指摘。
- ④ 上限をつけても、結局7,000円の経過措置が終われば負担が増えるではないかという指摘。
- ⑤ 預貯金を考慮するのは、市町村の事務負担が過重となり、事業者や利用者にとっても負担。多分市町村が一番大変。ケアマネジャーさんも大変だと思います。あと、施設の運営者も大変ですよ。いちいち預貯金を全部チェックしなければいけない。それは、なかなか難しいだろうという見直しに慎重な意見です。

見直しに前向きな意見は、

- ① 我々の保険料負担が減るでしょうということです。それはそれで傾聴に値する部分があるとは思いますが。

慎重な意見と両論併記されて、第10期介護保険事業計画期間の開始の前までに結論を得ることが必要と書かれています。つまり27年の新しい介護保険事業計画を市区町村が作るまでの間に結論を得ることが大事であると言っているわけです。これは、一般的には夏と理解されています。毎年夏ごろに骨太の方針というのを決めますので、そのタイミングで決めることになるだろうと、私は理解していますし、新聞記者たちも

そう理解していると話していました。ですから、半年間先送りしたのは、微妙な延命だなと私はと思いますが、これからどうなるのか、シルバー新報等で議論を見ていただければと思います。結局こういう形で結論を先送りしたということになります。

ケアマネジメントの有料化

ケアマネジメントの有料化も、2割負担対象者拡大とほぼ同じタイミングです。すると6～7年間ずっと同じ議論をしています。前回の介護保険部会の24年度改正に向けての意見書です。

見直しに慎重な意見は、

- ① 利用控えが起きるだろう。当然ケアマネジメントというのは、利用者にとっての最初の入り口ですよ。それを有料化するというのは、利用控えが発生するのではないかと。あとは、自己作成の人が増えて、わがまま放題ケアプランが増えるのではないかと。という指摘もあります。
- ② この指摘はどうかと私自身は思っていますが、ケアマネさんが中立的立場をとらなければいけないのに、利用者さんからお金をとるようになったら、利用者さんの意向が重視され過ぎるのではないかと。ということです。これは一部の業界団体が言っているのもそういう指摘が入っています。

見直しに前向きな意見は、

- ① この右側はほとんど一緒に、言うまでもないのですが、保険料負担、税負担が抑制できるということです。

その他の意見として、

- ① セルフケアプランの位置づけについて検討する必要がある。私は自己作成の団体を応援しているので、詳しいのですが、ほとんどいないので、気にする必要はないのですが、有料化すると影響を受けるだろうということが書かれています。
- ② 認知症がある人の生活支援が大事だから、その相談支援とかを有料にしているのか、という指摘も出ています。

改革工程

前回の制度改正の論議では第10期計画期間の開始までに結論を得る。つまり、27年度の介護保険事業計画の始まりまでに結論を出すことが適当であると指摘していたわけですが、結局25年の介護保険部会の議論に先送りしました。先ほど申し上げた少子化対策の改革工程にもケアマネジメントの有料化が盛り込まれています。

ケアマネジメント有料化の必要性

財務省は、また25年11月、同じ会合で、有料化すべきであると言っています。財務省には、いくつかの指摘があります。

①有料化すると質が上がると言っています。有料になると、利用者の目が肥えて、不適切なケアプランが減ってケアマネジメントの質が上がるというロジックです。私が言ったのではなく、そう書いてあります。

②施設サービスとの均衡がとれないのではない、ということも指摘しています。つまり在宅は無料でケアプランを受けて、そこでサービスを仲介してもらうわけですが、施設はケアマネジメントが給付費の中に入っていますので、在宅と施設の間で均衡がとれない、という指摘もしています。正直いずれも、どうなんだろうと思っていますが、財務省はそう言っています。

特にケアマネジャーのアンケートで、過去1年以内にこういうケアプランを見たことがありますか。あるいは、こういうケアマネジャーを見たことがありますか。というのが左側の資料ですが、「事業者や利用者でサービスを決めてきて、あとからケアプランを作成する」つまり、第2表を左からつくるのではなく、右から作っているようなケアプランがあるのではないかと指摘です。それが3割くらいいるという話です。

「法人・上司からの圧力で自法人のサービス利用を強く求められた」これが4割くらいいると言っています。

「介護報酬のために、必要のない福祉用具のケアプランを作った」これも、福祉用具だけケアプランといって財務省は文句を言っています。

ただ、私から言わせれば、ケアマネジャーが独

立しないから、あるいは、ケアマネジャーが介護保険サービスを組み込まないと報酬がもらえないからという、ケアマネジメントの報酬の構造の問題が起きているわけであって、別に有料化したから何か変わるわけではないと思っていますが、財務省は、ずっとこのように主張しています。

示された選択肢

介護保険部会で厚生労働省が出した資料です。これが、3つの案です。

①所得状況を勘案する

低所得の人だけは取らないとか、高所得の人から段階的に段々上げていくようなプラン。

②有料老人ホームに関わるケアマネジメントの有料化

③給付管理に関わる部分の有料化

給付管理に関わる業務については、現場の負担感がある。たしかにケアマネジャーの皆さん大変ですよ。第7表のことだと思いますが、必ずしもケアマネジャーが行わなければならない業務ではないと言っています。ただ、第7表まで作らないと報酬をもらえないのに、給付管理にしかケアプランにお金がついてないのは、どうかなと思います。ただ、ここはちょっと価値判断があるかなという気がします。

介護サービス事業所の請求事務の代替としての性格が強いと書いてありますが、これは本当に間違いですよ。本来市町村が担う給付管理をケアマネジャーさんがやってくださっている、請求事務の代替ではないはずだと、私は思っています。多くの人に聞いても、皆そう言うのですが、なぜか老健局はこういう資料を出しています。

私は口が悪いので、思い切ったことを言うと、選択肢を2つしか絞らなかったらどちらかになってしまうと思って、3つ出したんだろうと思っています。飲み会の日程の候補を3つくらい出すのがなんとなく礼儀じゃないですか。それで、3つ目を出したんだろうなと思っています。ですから、9時半から始まる飲み会の提案みたいなふうに私は理解します。相当無理矢理出し

た案だなという気がします。

当然この案①と②の選択肢になります。で、結果的に①は却下され、②が実現することになりそうです。つまり住宅型有料に限ってケアプランを有料にするということです。ですから、住宅型すべてを有料にするというふうには読めなくて、もうちょっと文言を細かく介護保険部会の意見書を読んでいただきたいのですが、住宅型のうち要介護3以上あるいは医療的ニーズの高い人は事前の登録制を入れると書いてあります。その事前の登録制を入れる者に関しては利用者負担を入れるというふうに書いてあります。ですから、それがどういう線引きになるのかというのは、まだこれから議論することになります。これは介護給付費分科会で議論することになりますので、もうちょっと給付費の分科会の様子とか国会審議の様子などを皆さん注視していただきたいのですが、②に関してはそんな案が出ています。

過剰請求

なぜそんな案が出てきたかということですが、これはいわゆるホスピス型住宅の話です。新宿区にあるのかどうか分かりませんが、このタイプが最近すごく多いですね。医療的ニーズの高い人を受け入れて、医療保険の訪問看護を提供することで、過剰なサービスをやっているのではないか、という話です。

実は、東京ではあまり紙面に生まれませんが、地方紙にはたくさん出ています。共同通信がずっと報道していて、この記事を書いているのが実は私の盟友でして、彼からいろいろ話は聞いています。要は、一部の業者が囲い込みをやって訪問看護を過剰に提供して、聞くと看護師さんが2人で深夜に利用者の部屋を訪れてチョコレートを食べさせて帰ってくる、みたいなことをやっているそうです。それは、利用者は、すごく丁寧にやっていただいてハッピーだと思うし、家族も安心です。過剰サービスで、事業者さんも潤って、専門職の皆さんも高い給料をもらえて、皆ハッピーですが、ただ、その分だけ保険給付を食っ

ていることは事実です。貴重な人材をそうやって使っているのも事実なので、やはり問題だろうということになり、有料老人ホームのあり方を考える検討会というのが25年にできました。

同年11月に報告書が出ています。この報告書も、あとで関心のある方はぜひご覧いただきたいのですが、まあ、事前の規制を入れる必要があるのではないかと、いわゆる囲い込み型住宅型有料老人ホームに関しては、何らかの規制が必要であるという考え方が盛り込まれています。先ほど申し上げた事前登録制の適用対象の住宅型有料に限ってケアプランを有料にする、つまり、特定施設入居者生活介護と同じ扱いになるということです。

特定施設入居者生活介護は、老人ホームのなかに中付けでサービスが提供されていて、囲い込み型ケアプランというのも事実上中付けなわけですから、中付けの特定施設と同じような扱いにするべきだというのが、厚生労働省のこの検討会の報告書あるいは介護保険部会の意見書の内容です。

その部分はある程度私は論理的かなと思っています。ただ、現場の皆さんから見ると特に居宅介護支援事業所をやられている方から見たら、住宅型有料をバサッと全部やられたら結構大変だと思われる方もいらっしゃるかもしれません。住宅型有料のケアプランが有料になる部分がどこなのかという線引きが、審議会の意見や報告書を読んでもまだ見えません。ただ囲い込み型の是正をするという観点から出てきた案だということをご理解いただくと、今後の制度改革の方向性が見やすいかなという気がします。

囲い込み型でよくあるパターンとして、要介護の重い人と医療的ニーズの高い人で囲い込みをやっている人は事前規制にして、事前規制にしたところは、特定入居者生活介護と同じ扱いにする、結果的にケアプランは有料になるというのが介護保険部会の意見書のロジックだと、私は理解しています。ただ先ほど申し上げた線引きがどうなるのかは、これからちょっと見てみなければいけないので、給付費分科会の議論

とか国会の議論をちょっと注視していただければと思います。

住宅型有料老人ホームの ケアマネジメント有料化

有料化に関しての結論を、ちょっと先走りしましたが、見直しに慎重な意見、前向きな意見という両論がまた併記されています。

先ほど申し上げましたが、住宅型有料老人ホームの入居者に関して、ケアプラン作成を含めて利用者負担の対象としている特定施設入居者生活介護等の均衡の観点から、新たに登録制といった事前規制の対象となる有料老人ホームの入居者に係る新たな相談支援の類型に対し利用者負担を求めると書かれています。

ですから、住宅型有料の給付適正化策の一環としてやろうとしていると理解していただくと、非常にこの文言はわかりやすくなるという気がします。

あわせると、特定施設入居者生活介護との均衡ですね。同じような形でサービス提供しているなら当然有料化すべきだろうというのが厚生労働省のロジックです。これは、これで、整合的だと思います。ただ、皆さんの事業所に一気に影響が出るかもしれませんので、そこは様子を見ていただければと思います。

相談支援に関してはこんな感じで厚生労働省の資料が出ています。特定施設入居者生活介護と同じようなものに関しては有料にするというイメージです。

業界団体の動き

これに関しては、日本介護支援専門員協会が、実は介護保険部会の動きに先立って提案しています。私の意見では、業界団体と厚生労働省がある程度平仄を合わせてこの案が出てきたのだらうというふうに理解しています。

自民党にある日本ケアマネジメント議員連盟も同じ提案をしていますから、今回の案は、ケアマネジャーの業界団体と自民党と老健局が、ある程度調整したうえでできていると思いますの

で、一応決着したということなのかと思っています。

言い換えると、一般の居宅のケアマネジメントの有料化論議は、これで1回は決着したのかと私は理解します。ですから、30年度改正に向けてその議論がもう1回出てくるのかと言われたら、それはいいのではないかと私自身は思っているところです。どうなるかわかりませんが、要はこの住宅型有料で打ち止めということがここに書かれています。あるいは自民党のケアマネジメント議員連盟の提案は、そこから私はそう読めます。今後どうなるのか注視ではあります。そういう動きもあったということとはご理解いただければと思います。

総合事業

総合事業に関しては、制度が複雑すぎて私自身もなかなか細かいところまで説明できません。要は要支援1、2の人の訪問介護と通所介護を総合事業に移して給付から切り離し、通常の介護予防事業と統合することにしたということです。

これは給付抑制の側面だけが重視されますが、必ずしもそうではなくて、要支援の人の4割は実は改善することが、全国的なデータで明らかになっています。私も最初半信半疑でしたが、先進事例の話などを聞いてみると、そんなに無理せず実は4割が回復しています。ケアマネジメントをきっちりやってその人の外出意欲を引き出して、短期集中リハビリのCできっちりリハビリテーションしていけば、ある程度は改善するということです。

そうすると、地域包括支援センターも助かるし、給付費用も助かるし、利用者もハッピーというのが本来の総合事業の絵ですね。

新宿区はどうかわかりませんが、全国的には全くうまくいっていません。財務省は予算のことしか考えませんから、要支援1、2も総合事業に移していけばいいのではないかと。総合事業というのは高齢化の伸び率で事業の予算が抑えられますから、支出が減る、あるいは抑えられるということで、財務省はそれを主張します。

総合事業 両論併記

24年の制度改正に向けた22年の部会意見書です。

見直しに慎重な意見としては、

- ①現在の要支援者に関する各地域での対応状況、つまり総合事業の浸透度合いを見ると、時期尚早だと書かれています。
- ②特に住民主体型サービスが不十分なので、無理だと言っているわけです。
- ③さらに、軽度者とされる要介護1～2は、認知症の人も多いので、いきなり要介護1～2を全部総合事業に移すのは無茶でしょうというのが、保険部会の委員から出た意見です。

見直しに前向きな意見としては、繰り返し言っていますが、

- ①保険料負担、税負担が減るよねと言っているわけです。

その他の意見として、中立的な意見がいくつかあって、第10期介護保険事業計画の始まる前までに結論を出すことが適当であると書かれました。つまり、27年度に向けて25年の年末までに結論を出そうということが決まったわけです。

お寒い実態

総合事業は、はっきり言って全国的にはお寒い状態です。総合事業の実施状況を厚生労働省の資料で見ると、総合事業はかなり浸透しているように説明されています。しかし、利用者ベースの比率で見ると全然駄目です。

総合事業というのは、訪問型では、従前相当という元々のものがあって、訪問Aは単価を下げたパターン、訪問Bは通いの場とか住民の支え合いにお金を出す住民主体型パターン、訪問Cは3カ月とか6カ月でリハビリテーションをやる短期集中パターン、訪問Dは、移動支援型サービスです。

そして、通所型も、従前相当、通所A、B、Cとあるわけです。

本来はB、Cを充実させなければいけないわけですが、見ていただいてもわかるように、従前相当とA型で9割ぐらい占めています。

ちょっと骨折して要支援になっても、リハビリテーションして治る人の場合は、住民主体型の通いの場に行き体操などを楽しんで運動もして、3カ月とか6カ月、週1～2回専門的な支援を受けて、身体的自立を促すということを考えれば、当然B、Cは増えていかなければいけないのですが、全然増えていません。

ですから、総合事業としては全くうまくいってない状態です。恐らく厚生労働省は内心は失敗だと理解していると思います。

見直しに向けた工程表

23年に総合事業の工程表を作っていて、3年でテコ入れすると言っています。私は実は厚生労働省の老健事業で、藤田医科大学を中心として市町村支援のプログラムをずっとやっていますが、総合事業というのはかなり市町村からの要望が多いです。何が一番問題かということ、多くの市町村で高齢者のニーズとか需要とかを考えないままBやCの形だけ作ろうとすることです。それではうまくいきません。やはり高齢者のニーズに応じてケアマネジメントをきっちりやって外出要求を引き出して、リハビリテーションの場をたくさん提供して、身体的自立になっていただくということを考えたら、やはりケアマネジメントとリハビリテーションを組み合わせなければいけないのですが、ここができていない市町村はほとんどありません。

それから、そういう外出の場を作っていくことも大事ですが、別にB型でなくてもいいのです。市町村はそこがあまりうまくできていないというのは全国的な傾向です。

市町村の職員は、レベルが高いと思っているので、やればできます。半年間で変わります。しかし、給付の感覚でやっているし、総合事業のチームと通いの場のチームが全然リンクしてなくて、ばらばらに同じことをやっているみたいなのところも散見されます。チームを作って、同じ方向に向かってやっていくんだよ、こういうことが大事だよ、と言ってヒントを出すと、市町村の職員は半年間でがらっと変わるのですが、やはり

市町村は総合事業を給付の感覚でやっていますから、意識改革がうまくいかないし、時間がかかるだろうと、思っています。今も当然総合事業は進行してないわけです。

対象拡大をもとめる財政審議会

それにもかかわらず、財務省は、保険料負担、税負担を抑制するためには、当然総合事業も対象者を拡大すべきであると、主張します。こういうことを言う役所が1つぐらい必要ですから。

介護保険部会の意見書

厚生労働省は介護保険部会の意見書で、結局見直しに慎重な意見、前向きな意見、また両論併記し、3年前と同じような議論をした結果、結局包括的に検討を行うことが適当であるとしています。

霞が関文学と言いますが、役所の文書の読み方としては、さっきの文書との違いわかりますか。時期が書いてないんです。

例えば2割負担のところは、27年度の開始までに結論を得ることが適当と書いています。結論を先送りしているのは一緒ですが、時期が書いてあります。

ケアマネジメントの有料化に関しても、時期は書いてないのですが、結構前向きなこと書いています。しかし、これは時期が書いてありません。しかも包括的な検討といって、なんの方向性も示していません。つまり、完全な結論先送りです。

また次期制度改正、つまり30年に議論するのかどうかはわかりませんが、ちょっと難しいということがわかったのではないのでしょうか。さすがにちょっと今の状況でやるのは、私は無理だと思います。

積み残された論点についての整理

さて、介護三兄弟の整理です。

①2割負担対象者拡大というのは、月額7,000円上限設定案と預貯金を考慮する案の2つが示されましたが、今年の夏に先送りです。

②ケアマネジメントの有料化は、3つの案が示

されましたが、住宅型有料老人ホームだけ実施。詳細は介護給付費分科会などで議論、検討が進みます。

③総合事業の対象者拡大は、完全な先送りです。

そんな感じになりました。皆さんの事業所の経営あるいは実践面、あるいは、市町村とか社会福祉協議会で制度に関わる方は、2割負担のところは夏までに結論は先送りされていますから夏の結論をみていく必要があるということです。

ケアマネジメントの有料化に関しては、住宅型有料だけが今回有料化になりますので、自分の所の事業にどこまで影響が出るのか、その線引きの議論をもう少し細かくみていく必要があるだろうと思います。囲い込み型ケアプランだから関係ないと思っていると、影響を受ける可能性はありますので、是非介護給付費分科会あるいは介護保険部会、国会の議論を専門誌等で見いただければと思います。

ここまでで質問とかコメントとかあったら。もしよろしければ、どうぞ。

秋山 新宿区の総合事業は、強化型のリハはそこそこ増えてはいるのですが、C型とまではいっていません。要支援1、2の方は人数としては結構多いのですが、なかなか進んでない状況です。

三原 別にCを増やさなくてもいいので、要は最終的にどれくらいの人が身体的自立に戻っているか、あるいは、維持できているかですね。

では、質問がなければ、後半にいきます。

生産性向上と介護賃上げ

生産性向上と介護賃上げは絡んでないようにみえますが、今も絡みつつあります。そして、さらに絡んでいくだろうという気がします。要は賃上げの条件として生産性向上というのが入ってくる可能性が高いということです。既に今回も1.9万円ですかね、月額上がりますが、最大限をとるためには生産性向上が要件になっています。

単にお金を増やすだけではなくて、きちんとデジタル化などをやっている所に関しては手厚く出していくというのが厚生労働省が考えていることだと思いますので、生産性向上と賃上げというのはコインの裏表と思ってもらったらいいです。生産性向上という言葉に違和感を覚えている方が多いことは重々承知していますが、国がこういう言葉を使っていますので、以後、この言葉で説明していきます。

改革プラン

唐突に生産性向上というのが出てきたように思われるかもしれませんが、実は前の安倍さんの時代から生産性向上という議論はありました。

19年6月に、医療・福祉サービス改革プランというのを作りましたが、政府は今や誰も言及しません。有識者で1人だけ言及されている方いらっしゃいますが。この時に生産性向上が前面に押し出されます。

さらに言えば、15年9月に重層的支援体制整備事業とか生活困窮者自立支援事業につながるような福祉ビジョンを作った時点で、もう生産性向上という言葉が実は盛り込まれています。これは老健局ではなくて社会援護局の審議会ですが、ここでも盛り込まれていました。ですから、実は結構古い歴史があるということです。

それまでも、既に文書の削減とか手続きのICT化などを進めていましたし、ロボットの導入なども進めていましたから、厚生労働省の既存の取り組みの中に生産性向上という言葉が上乗せして入ってきたということです。

ただロボットとかICTを導入すればいいのだとは思いませんが、確かにそんなに進んでいないのは事実です。対人支援業務というのは当然自動化できませんが、できるところはやれば便利だし、職員も負担が減るし、と私は思っています。残念ながら施設ベース住宅ベースでは、ほとんど進んでいないのが事実です。

SOMPOケアの挑戦

SOMPOケアさんの取り組みが注目されます。生産性の向上とって、見守り機器とかを大胆に

入れています。膀胱に尿が溜まっているかどうかで、トイレに行くタイミングを計ったり、いろいろなことをやっています。全ての高齢者住宅でやっているわけではないようですが、相当先進的な取り組みをやられていて、政府に注目されるに至っています。

生産性向上に関する自治体の役割強化

24年度改正で、生産性向上に向けた窓口を都道府県に作って、地域の実情に応じ事業者さんに伴走支援していきましょうという方向性が示されます。言っていることは非常にきれいで、私は別に否定はしませんが、これを都道府県に求めるのはちょっと無理だろうと思います。都道府県は対人支援業務とかに慣れていませんから、そんな簡単にできないだろうと思っています。しかし、実際に窓口設置とか伴走支援が充実しているわけではありませんが、結構丁寧に支援をしている事例は少しずつ増えてきています。

2024年度介護報酬改定

24年度の介護報酬改定では、見守りセンサーなどを入れたら加算します、あるいは、それで生産性が向上して時間が減るメリットがあったら、さらに上乗せの加算を出しますという生産性向上推進体制加算を創設しました。

委員会を作ってくださいとか、うまくいったら特例的な人員基準の緩和をしましょうと、つまり、省力化が進んでいるならその部分は人員配置基準を少し緩和しましょう、これは特定有料とか一部のサービスに限った話ですが、ここでもやっていこうではないかということです。

これは、結構批判が出ていましたが、実は21年度介護保険改正からスタートしていたことです。つまり、21年の介護保険の介護報酬改定で、ICTを入れたらケアマネジメントの上限を40件を45件に引き上げるというのがありました。今は、データ連携を導入したら50件に引き上げるということになっていると思います。

こういう話は既に始まっていたわけで、もう不可避です。生産性向上という議論と介護報酬

の加算をつける、あるいは、人員基準をリンクさせるというのは、事の是非は別にして、恐らく避けられないだろうと思っています。

否定的な現場の反応

否定的な現場の意見として、生産性向上という言葉に違和感がありますと、その通りですよ。なぜ介護現場に効率性が必要なんですとか、工場じゃないんですという指摘です。まさにその通りです。全く否定はしませんが、どの職場でもムリ・ムラを減らすとか既存の取り組みで少し効率化できるところは減らしていくというのは、介護現場だろうが通常の工場だろうが、私たちのようなデスクワークだろうが、大学だろうが、それは必要なことだと私は思うので、頭ごなしに全部それを否定するのも、ちょっと違うかなという気はしています。

議論が噛み合わない理由

議論が噛み合わない理由は、いくつかあるだろうという気はします。1つは、国は現状の改革をしていくだけでなく、先のことも考えなければならぬんです。40年は、ちょうど私たち団塊ジュニア世代が65歳になって、現役世代がドンと減る時代です。そうすると少ない人員で介護現場を回さなければいけない、そう考えるのは必要なことだろうと思います。

しかし、目の前の高齢者をみている介護現場の皆さんは、40年のことなんか考えていられないと思うわけですよね。事業所の経営もそうです。明日の、来月の、売上げがどうなるのか考えなければいけないわけで、40年のことなんかと思うのは、当然だと思います。

行動経済学では参照点と言いますが、どこからものを見るかです。皆さんは現状から見ています。それは当然です。人手不足なのに、ぐだぐだ言わずに報酬を引き上げて、というのが皆さんの本音ではないですか。それは正しいと思います。しかし、国は国で、先を考えなければいけない。どこから見ていいのかという参照点の違いです。これはどちらがいい悪いはないですよ。生産性というのは本来、算出÷投入、つまり、ど

れだけ投入したらどれだけ産出を得られるかという割り算で計算されます。

介護の産出とはなんですか。売上げ？ 売上げは大事ですよ、事業所を運営するうえで。でも、売上げとか利益だけで介護事業所をやっているわけではないですよ。

では、介護サービスの質？ 介護サービスの質は、どう測るのですか。難しいですよ。医療は測れます。例えば手術後の5年生存率が上がった、下がったというのがありますが、介護の場合ないですよ。数字で測れません。

労働経済学では必ずこの式が出てきますが、介護の生産性ではこの式が使われていません。ですから、そういう意味では、皆さんから考えると、生産性向上って何をするの、何がアウトプットなの、何が産出なの、とピンときませんよね。私もそう思います。ですから、厚生労働省の資料にはこの式を使っていません。生産性という言葉を使うこと自体がどうなのかとも思います。

生産性向上ガイドライン

厚生労働省はガイドラインを作っています。これを見ると、そんなに無茶苦茶変なことは言っていない。つまり、対人支援業務に必要なところは、時間を変えませんが、ケアに直接関係しない業務時間を減らしていきましょうということです。

例えば記録に30分かかったのが15分に減れば、その15分は利用者に接する時間を増やしましょうとか、休憩時間を増やしましょう、人材育成にあてましょう、という質の向上です。

業務時間が減れば残業時間が減って、コストも減るし、結果的にその分の時間も人材育成とか研修とかに回せます、というのが量的な効率化です。

つまり、やれるところは省力化しましょうということです。未だにファックスを使っている事業者が多いと聞いています。ファックスは楽で、大事なのはわかりませんが、報酬に紐づく可能性があるのも、生産性向上を意識して、早めに対応されたほうがいいかなという気はします。

先ほどの委員会というの、なぜこんな委員会をやらなければならないのかというの、その通りだと思います。

ICT機器を入れたとしても、現場の職員に有効に使ってもらう上では、事業者内の合意形成が必要であると生産性向上ガイドラインには書かれています。また、介護現場で、センサーを入れたけど誤作動が多いから電源を切っていますとか、補助金がついたので自走式の入浴介助ロボットを買ったけど倉庫の肥やしになっています、というような話をよく耳にします。

こういうことを防ぐために、生産性向上のための委員会を作りましようと言われているわけですね。これは居宅は対象になっていませんが。

ですから、なぜ厚生労働省がこういうことを言っているのかということを考えると、そんなに無茶苦茶なことを言っているわけではありません。現場の職員がなぜ必要なのかと思うのはよくわかりますが、もう少しそこは意識されたほうがいいかなという気がします。

最後はトレードオフに直面？

最後は結局トレードオフ、どちらかを取るという話になってきます。つまり、介護の人員基準を見直し人手不足に対応するか、3対1基準の緩和をするかというような話になってきます。それでは介護の質が下がりますので、利用者は困りますよね。ですから、厚生労働省はその二律背反をなんとか両立させたいと思っています。その気持ちはわかります。ですから、生産性向上体制加算の要件は、ものすごく複雑です。記入するだけで、生産性が下がるのではないかと、現場では突っ込みが入っています。私もそれはよくわかります。ただ厚生労働省としては、トレードオフに挑戦しようとしているのだろーと思いますので、ぜひ生産性というところも少し意識していただければいいかなと思っています。

賃上げ

介護職員不足という現場が6割ぐらい占めています。もはやヘルパーの求人は絶滅危惧種だ

というようなブラックユーモアもありますが、なかなか人が集まらない状況だと思います。

賃上げは実は結構やれています。過去15年を比べると、10万円ぐらい上げてきています。厚生労働省が、十分かどうかは別にして、苦勞して財源を捻りだしているのは事実です。ただ物価がどんどん上がっていきますから、当然その他のサービス業との競争になって、他のサービス業に人が流れていくというのが実態だと思います。それが今、介護事業所の経営危機につながっている面は、その通りだと思います。

訪問介護の基本報酬カット

処遇改善加算は、建て増し建て増しで、老舗の温泉旅館みたいに複雑になっていたのを、ぱっさりリニューアルしたのが24年度改正でした。で、16段階を4段階にして、最大25%訪問介護はお金がとれるということをPRしようとしたのですが、なんと基本報酬が下がってしまったわけです。なぜこうなったのか、厚生労働省はいろいろ苦しい説明をします。なんの説明にもなっていませんが。これは24年度介護報酬改定のときの資料ですが、実はこの時は診療報酬を上回る改定率を得ています。

処遇改善加算は、実は消費税の一部を組み替えて安定財源で使っています。消費税があたっていますから、必ずそこは確保できるわけです。つかえ棒が入っているイメージですかね。

基本報酬は、そうではなくて、いわゆる財源の色がないお金です。その他の改定率0.61%というのは財源確保しにくいのです。つかえ棒がないんです。

本来なら基本報酬を維持して処遇改善のパーセンテージを減らせばいいと思いますが、それができなかったのは、要は基本報酬のほうに財源を確保できなかったからです。

これは、たぶん老健局は誤算だったと私は思っています。なぜかと言うと、特養と老健が史上初の収支差でマイナスになりましたので、ここに財源をもっていくことは最初から決まっていたのだろーと思います。ところが、介護報酬

0.61%にとどまったので、訪問介護に回すお金がなくなってしまった、そして他のサービスを見てみると、訪問介護の収差率が一番高いので、そこを下げたということだろうと思います。

ここにいろいろ説明が書いてありますが、下げる理由になってないので、財源が足りなかったからだろうなと私は思っています。

インフレで人材不足が深刻化

インフレで介護事業所の経営は危機的です。基本報酬を下げたこともあって、今非常に経営が厳しい状況だと思います。

そこで、野党は、立憲民主、維新、国民民主党が賃上げの特別措置法の法律を出しています。与党も、当時の自民、公明、維新が、合意文を交わしたときに、賃上げしていくということを実は盛り込んでいて、高市政権が発足するときの自民と維新の合意文にも賃上げすると書かれていました。

経済対策における賃上げ制度

経済対策をやっているということで、補正予算に1.9万円の予算が入りました。つまり、かなり政治的にやっていかなければという危機感が高まっていたということです。ですから、1.9万円の予算が計上されたわけです。これは、全額国費で5月までの暫定措置ですから、6月以降は介護報酬に盛り込まれます。

介護給付費分科会のほうで出ましたが、6月以降補正予算で当座全額国費で対応して、それを報酬にとけこませるということです。ですから、26年度トータル2.03%の報酬になったということになります。

要介護認定の見直し論議

要介護認定の見直しというのは、実は急遽浮上しました。介護保険部会のほうで去年の6月に議論が出ました。この時に出てきた議論としては、認知症の人の実情を踏まえる必要があるということが盛り込まれました。認知症の人が多数増えてくる社会に向けて、要介護認定のルールを変えていかなければいけないのではない

か、ということが提案されたわけです。

これは制度ができた頃から言われていたましたが、要介護1次判定74項目の中に、BPSDを含めた認知症の考慮が少ないのではないか、身体的なところに偏っているのではないかといいことです。それで、見直しが必要ではないかと言われたわけです。

制度創設の経緯

『高齢者福祉論』という、香取照幸さん（兵庫県立大学大学院社会科学特任教授）、厚生労働省の役人として介護保険の創設に深く関わった役人の方が書かれた本に書いてあります。

要介護認定という、どこの国にもない仕組みを手探りの中で日本は入れましたが、当時まだ在宅ケアが全然なくて、施設しかありませんでした。ですから、施設に入居する人を中心にデータを集め、要介護認定を作ってきた経緯があります。そのため在宅ケアが考慮されていない、特に認知症の人は考慮されていないではないかという指摘は、以前からありました。

それを、厚生労働省が介護保険部会で、こんな感じで27年度介護保険改正に向けてやっていきましょう、ということが一応盛り込まれました。しかし、実際に議論はしていますが、全然前向きな検討結果は出ていません。

見直しの方針

この話は、内閣府に設置されている規制改革推進会議から出ました。これは、民間人の提案とかを受け付ける組織です。ここで要介護認定の見直しが必要なのではないか、認定評価項目を認知症に考慮する形でやっていかなければいけないのではないか、という提案がなされました。

さらに、審査期間を減らすとか、デジタル機器、IT機器をもっと入れたらいいのではないかと、いった提案がいろいろな団体からなされました。

そして、規制改革実施計画閣議決定の中に、この要介護認定の見直しが入ったわけです。

当時在宅生活が少なかったもので、在宅生活の実態とか認知症の人の特性を踏まえて結論を出

しなさいということを言われました。

ただ、介護保険部会の意見書にはあまり盛り込まれていません。なぜかという、認知症の人数が増えるのだから当然介護認定を見直さなければいけない、というのが現場の感覚だと思います。その通りだと思います。秋山さんに加わっていただいたディスカッションでも、そうだよなと思って聞いてました。

しかし、政策を作る人間の立場も私はわかるので、ちょっとその立場のことを代弁します。

保険料の算定の根拠

要介護認定というのは、介護保険の保険料の算定の根拠です。つまり、皆さん40歳以上の方は介護保険を払っていると思いますが、なぜなら、暗黙の了解として、65歳以上になったら19%ぐらいの確率で介護保険のお世話になる可能性が高いから払っているんです。

その19%を下げる上げるというのを勝手に変えられたら、40歳以上の方が介護保険料を払っている意味がなくなるじゃないですか。要介護認定は、保険料を40歳以上の人に求める前提条件になっているんです。

ですから、要介護認定率を下げると実は介護保険の制度が全部変わることになります。結構大掛かりな改正になるわけです。それを、少ない人員で制度改正汲々としてる老健局はできるのかと言われたら、ちょっと私は難しいだろうなと思いながらこの議論を聞いてました。

案の定、そうなったわけです。

で、秋山さんも参加していただいた議論では、要介護認定を見直しても、結局認知症の人のサービスとか地域づくりとかをしていかないといけないにではないのかという結論になって、要介護認定は、実はそんなに重要な問題ではないのではないか、むしろ今の要介護認定を見直すよりも、認知症の人向けの要介護認定を作ったほうがいいのかというような、もともとの結論とは違う結論になりました。そのディスカッションがすごく面白かったです。ですか

ら、要介護認定はなかなか見直せないのが実情で、厚生労働省も今回規制改革を言われても、あまり前向きな回答はしなかったわけです。

要介護認定の見直しを巡るトレードオフ

在宅ケアの人が多い、あるいは、認知症ケアの人が多い状況で、要介護認定を現代化するというのはすごく大事なことです、それは制度の前提がひっくり返る可能性がある、やはり要介護認定の仕組みを変えない。

でも、変えないと結局それは在宅生活認知症の人数が増える状態に対応できない。

これもトレードオフです。二律背反ですから、やはり厚生労働省は前向きな結論を出しませんでした。そこは、規制改革推進会議あるいは現場の指摘というのは、私はその通りだと思っていますが、なかなか制度というものはガラガラポンはできませんので、そういう結論になっているということだと思います。

認知症の人の増加

ここから、認知症ケア・施策を巡る論点という話をしていきます。

認知症がこれから増えていくとか、高齢者が増えていけば認知症の人の有病率が増えていきます。認知症の人の推計というのが定期的に出ますが、90歳以上で50%です。ただ、実は有病率は前回の10年前に出た試算から比べると少し減っています。なぜかというのは、そのすじの研究者によると、まだ解析できてないらしいです。生活習慣病が減ったからではないとか、いろいろ言われています。認知症の危険要因は、いくつかあります。生活習慣病、難聴、鬱、といろいろな要因がありますが、40%ぐらいのところは予防できる可能性がある、イギリスの研究者が公表しています。

最近日本でも、前倒しで防げる可能性がある、あるいは、症状を悪化させないようなことができる可能性があるという統計が出てきています。ただその分、MCIが増えていきます。今回MCIの有病率の統計が初めて出ましたが、かなりエイヤでやってる数字ですが、結構多いということです。

ですから、どうやってMCIの人も含めた認知症の人を包括的に社会で支えていくかということが求められるわけです。

認知症基本法

今から3年前の23年に認知症基本法が議員立法で成立しました。これは元々与党、当時の自民党、公明党が議員立法で出そうとしました。しかし、この後コロナになり議論が止まりました。それと、野党もその趣意には賛成だということで、最終的に与野党全ての会派が一致する形で認知症基本法が成立しています。

この過程では、認知症本人ワーキンググループの人たちが入って、認知症の予防という文言を巡って侃々諤々議論するというかなり面白い立法過程になりました。当事者が議員あるいは学者と対等の立場で議論するという形で、結構踏み込んだ形での法改正がなされています。

要は共生社会の理念を掲げて、国や自治体の計画を作ってくださいという話です。恐らく自治体は、今年、認知症の施策の推進計画も含めて介護保険事業計画を作る流れになるかと思います。そのときには誰もが認知症になる社会だから、認知症になってもならなくても住みやすい社会を作っていこうという共生社会の理念が前面に掲げられています。

基本施策はいろいろ書かれていて、最後、本部の設置ということです。

実は基本法というのは、たいした法律ではありません。基本法で細かいことはあまり書きません。大体理念を書いて、国や自治体の計画策定を義務付けて、本部を政府に設置する、大体このパターンです。

やはり共生社会の理念というのを社会全体として目指していくということを最初に掲げ、しかも当事者も交えて作ったということなら信任があるだろうという気がします。この法律を作ったからといって、社会ががらっと変わることはありません。ただ、社会の方向性を定めて、専

門職も含めて、国民も含めて、それぞれの主体がどう動かなければいけないかということが書かれたというのは、この基本法を作った意味があるかなという気がします。

教育基本法、障害者基本法、がん対策基本法など基本法という法律がいろいろありますが、そこに各関係する法律をぶら下げていくのが、基本法の考え方です。議員立法で結構作りやすいです。今、いろいろな議員立法があって、最近、高次脳機能障害の基本法ができましたよね。

基本計画

国が認知症基本法の理念を踏まえて基本計画を2年前の24年12月に作りました。

誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人ひとりが自分ごととして理解する。個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と共に、希望を持って自分らしく暮らすことができる。これが新しい認知症観です。皆さんは専門職、介護福祉に関わっていらっしゃるので、わざわざこんなこと言うまでもないと思います。

うちの母親は今80ぐらいですけど、やはり認知症にだけはなりたくないみたいなことを言います。記憶がなくなっていくのは辛いですから、気持ちはわかりますが、認知症というと『恍惚の人』みたいなイメージを持っているんですよ。『恍惚の人』の映画が1973年、小説が72年。母親は45年生まれですから、ちょうど観たり読んだりしているわけですよ。そうすると、認知症だけは…と思うのは仕方がないという気がします。そうではなくて、新しい認知症観が盛り込まれています。

基本施策

基本施策として、認知症の人の声を聞いて、認知症の人の視点に立って推進していきましょうとか、基本計画に重点目標を入れましょうとか、自治体に頑張ってもらいましょうとかいうこと、その他いろいろなことが書かれています。

それから、こういう計画を元に国の予算とか

自治体の予算が付きますので、この辺はどんなことが書かれているか、頭の片隅においておいていただいてもいいかなという気がします。

政策評価

最近政策評価というのが流行っていて、プロセスはどんな感じで評価するのか、アウトプットというのは何が行われ、アウトカムでどんな効果が得られるのか、ということを示します。

基本計画の目標、指標が入っています。例えば、認知症や認知症の人に関する国民の基本的な知識の理解度を深めるということで、新しい認知症観を広めていきましょう、というようなことです。そのためには例えば20%だったのが30%になりました、みたいなことを期待したい、というようなことが盛り込まれたりしています。ここまで、永田町霞が関の話です。

認知症施策を巡る関係者の役割

認知症施策は、当然医療介護の提供者だけでは支えられません。やはり暮らしを支えていくうえで、生活密着型のサービスというか、企業との連携協力というのも当然求められます。ここは、今自治体が悩んでいる、あるいは、これからもっと悩むところだろうという気はします。これは、なかなかクリアカットの解決策がないので、少しずつやっていくしかないのかなと私自身は思っているところです。ここが一番大きな課題かなという気がします。

イギリスの認知症フレンドリー社会というのも、実は同じようなことが言われていて、認知症の人が住みやすい社会を作るうえでは、やはり医療介護だけではなく交通とか企業サービスが大事だということが書かれています。

認知症基本法の認知度

残念ながら認知症の基本法の認知度というのは非常に低いです。大体9割ぐらいの人は、内容を知らないと答えています。70歳以上でも9割ぐらいの人が知らないと答えているので、内閣府の調査を見て、びっくりしました。多分うちの

母親も父親も知らないだろうなという気がします。なので、新しい認知症観の普及はやはり、欠かせないというのと、それに基づく施策を自治体が地域の実情に応じてやってくださいってことは、今後一層求められるだろうという気はします。

それから一部の自治体では条例を制定しています。実は浦安市の条例は私も関わりました。今30個ぐらい自治体条例を作っています。

でも、条例を作って終わりではないんです。地域で実践していくということが求められるので、条例は手段あるいはプロセスでしかありません。

ただこういう条例ができてきているのはひとつ前向きなことかなという気はします。

身寄りのない高齢者支援

今年の法改正に関わりますが、身寄りのない高齢者の支援をしていこうということ、施策が盛り込まれています。これは、社会保障審議会福祉部会から報告書が出ていますが、日常生活支援、入院・入所等の手続の支援、死後事務の支援ということで、新しい事業を作って、これを社会福祉協議会にやってもらうようなイメージだと思います。そのための社会福祉法の改正をしようとして厚生労働省は考えています。

新宿区でも相当身寄りのない一人暮らし高齢者が多いと思います。新しい事業が想定するのは比較的所得が低い人です。

こういう代行サービスのようなことを民間企業がやっていますから、お金のある人はそちらを使ってくださいということです。ただ、それも質のバラツキがあるので、国がガイドラインを作って、ある程度人を担保しましょうと。

そういうサービスを使えない人に関しては、こういう形で新しい日常生活支援事業というのを作ってやっていきましょう、という方向性が示されています。

ただ当然それだけでは支えられないので、多機関多職種連携が必要であるということです。それは認知症に限らず、こういう多機関多職種連携が必要だというのは、今後重要なテーマだ

と思います。最近多職種連携ではなくて、多機関連携と言われ始めていますので、そこら辺を意識していただければなと思っていますところ。

おわりに

最後に、前半後半を振り返りたいと思います。

介護三兄弟（①2割負担の対象者拡大、②ケアマネジメントの有料化、③総合事業の対象者拡大）の話をしました。

27年度改正に向けた見直し論議では、前回の制度改正で結論を先送りした3つのテーマが争点に。2割負担、ケアマネジメント有料化は選択肢も示されました。

結局、総合事業は完全に先送り。2割負担は夏に先送りされています。ケアマネジメント有料化に関しては住宅型有料老人ホームだけに限定してやろうということになっています。ですから、有料化になる住宅型有料の線引きはこれから決まっていきます。

インフレ対応として、25年度補正予算では、最大1.9万円の賃上げ財源が全額国費で確保された。26年予算編成では、6月以降の財源を確保され、期中改定が実現しました。これは、生産性向上と紐づいていきますので、ぜひそのことを意識していただければなと思います。

規制改革会議の指摘を受け、認知症の人が増えている現状に合わせる方向で、要介護認定の見直し論議が浮上しています。しかし、要介護認定は介護保険の入り口であり、大幅な見直しは困難だという話です。

認知症・ケア施策では、23年6月成立の認知症基本法を基に、国民の意識の変革と関係者の連携が求められるが、法律の認知度自体が広がっていない。いくつかの自治体では認知症ケア・施策に関わる条例を制定しており、当事者参加も含めて、やはり地域で実践していくことが求められるということなのかと思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

秋山：三原さん、ありがとうございました。
まだ、ちょっと時間がありますので、ディスカッションを。質問ありますか。

フロア 白十字訪問看護ステーションのケアマネジャー、管理者をしています。生産性向上のところで、そろそろファックスは…、みたいなコメントをしていただきましたが、今回の処遇改善と併せてケアプランデータ連携システムとの兼ね合いがたぶん強いんだろなと認識してます。今回の改正で、ここがどうなっていくか、教えていただければ有難いです。

秋山 追加で、中小というか、弱小事業所は、そのシステムを入れるのに、またお金がかかるという…。1年間無料というキャンペーンもずっと続くわけではないという辺りも含めて…。

フロア 小さい事業所の事務負担みたいなのがやはりあるだろうなと思ったりはしています。

三原 役人的な答弁からいきますけど、データ連携システムを通じて生産性向上してください。短期間無料にする特例措置もしましたので、ぜひこの機会に便利さに慣れてください。ということだと思います。

ここからは、私、口の悪い研究者としての立場です。まずデータ連携システム自体がそんなに使い勝手がいいかというのは、業界の話を聞くと給付の申請ができないとかで。カイボケとか給付申請しながらデータ連携システムを使っている所もあるでしょ。本当は一気通貫で全部やられたほうが有り難いじゃないですか。なんで、そうってないのかと、正直思います。

ただ、すべきだということを1回度外視して、こうなるであろうというところを予想すると、やはり今後データ連携システムを使って処遇改善の加算の要件にするとか、へたすると特定事業所加算とか、基本報酬のところに入ってくる可能性があると思います。基本報酬が入った

場合、やらなければ減算ですよ。いずれ、どこかで、そうなると思います。ですから、これは早めにやっておいたほうがいいと思います。

ただ、その分のお金をどう取るか取らないかというのは、ちょっと読めないです。ただ一回無料にしたものを有料にするって、結構難しいですよ。そこはちょっと財源がどうなっているのか、確認していませんが、無料措置はどこまで続くかは断言できません。

ただ、今の流れを見てみると、加算の要件にどんどん入っていく気がします。特定事業所加算の要件は、まだ入ってないですよ。それがいずれ基本報酬に入って、やらないと減算みたいな感じになっていくだろうなという気はします。

ですから、少なくともケアマネジャーは入れておいたほうがいいのではないのでしょうか。ヘルパーの所がファックスだと、引き続きファックス使うしかないですけど。聞くと、入れたけど誰も使ってませんみたいなことが結構あるので。

それで基本報酬加算が50件取れるし、ケアマネからすれば利用しない手はないんじゃないかなというのが私の率直な感想です。

フロア ありがとうございます。

秋山 他に、ありませんか。認知症基本法が23年に制定された後、そこを意識して何か変えた経験をお持ちの事業所はありますか。

三原 それは、秋山さん、なかなかないんじゃないですか。あるんですか。あったらすごいと思うんですが。

秋山 サニーデイズカフェ新宿というのを始められて、その中にらぶカフェというのがあって、そこには当事者がおられるというのを聞いて。なかなか当事者の方を交えてというのが意外に難しいところがあります。

ここには通所のサービス事業所を展開されている方たちもいらっしゃいますが、要支援の方も受けていらっしゃいますか。要介護認定の方を受けていらっしゃるので、なかなかそこに新

たな人というのは難しい状況かな。どうでしょう。認知症に特化した通所をされている事業所さんは、きょうは。

フロア いろいろ考えていますが、ちょっと今の段階では自分自身が実験台になってやっていて、将来的にはその結果によって気づかなかったことに気づいていくという、改善していくというようなので、全く医療とは関係ないんですが、そういうことを今実験的にやっています。

秋山 当事者意識をもって、参加型というところですかね。他に、もう認知症がかなり進んだ状態の方を。グループホームの方はいらっしゃらないですか。グループホームの方で工夫をされてそれぞれ通所してくる方の得意とするものを引き出して、それをやってもらったりして、他の通所の方といい形でグループワークができてるとか。認知症がかなり進んでるけど、麻雀はできるという人たちが4人集まったりしている所も見たりもしますけれど。

三原 基本法の考え方は、軽い人の意見を聞いているので、重い人への対応はちょっと不十分です。重い人への対応というのは、多分基本法抜きにサービスの充実も含めてやっていかないといけないだろうなと思っているところです。

秋山 重い方でも、自分ができるとかを認められて尊重されると、随分と話しぶりが変わってきたりというのは皆さん経験してることだと思うので、そういうことも評価されていってもいいかなと思います。時間をかけてゆっくり話を聞いていかないと、難しいのですが、実際は入浴の要望が高い人を通所で次々お風呂に入れないみたいなことで、ゆっくり話ができないというような悩みを聞いています。

もし、ご質問がありましたら、アンケートの最後のところに書いていただければと思います。

三原 アドレスがありますので、もし何かここ違うだろうとか、ここどうなっているの、という

ことがあれば、メールをいただければ、ちょっとお時間いただくとと思いますが、返信させていただきます。よろしくお願いいたします。

秋山 それでは、改めまして、すごく量が多いこの資料を辛口プラス早口でしたが、横断的に説明をしていただいて、新たなことが理解しやすくなったのではないかと思います。改めまして、もう一度拍手をお願いします。

では、最後に新宿区福祉部介護保険課長様にご挨拶をいただきます。よろしくお願いいたします。

皆本真喜子 新宿区の介護保険課長の皆本でございます。皆様、きょうは研修会お疲れ様でした。今、三原様から興味深いお話をいただきました。本当にありがとうございました。あと、研修会の企画に携われた役員の皆様、本当にお疲れ様でした。ありがとうございます。協議会におかれましては、このような研修会を通して、介護のサービスの向上に努めていただいております。大変心強く思っております。

先ほどのご講義の中で、賃上げのお話、生産性向上のお話がありましたが、国が今回人材不足が厳しい状況を踏まえて、8年度に臨時の介護報酬改定を行うということで、またそれを待たずに7年度の補正予算で補助を出して賃上げを行うということになっております。

お話にもありましたが、こちらの補助を受けるには条件があるということで、生産性向上、加

算の取得ですとか、ケアプランデータ連携システムの導入ということが条件になるということになっております。

新宿区といたしましては、事業所の皆様に情報提供と支援をしていきたいと考えておりますので、ぜひ、賃上げ実現できればと思っております。また、新宿区はこれからも人材確保事業として入門的研修事業ですとか、ケアカレッジも実施していきたいと思っております。今年度最後のケアカレッジが2月12日ですが、協議会副会長の秋山様を講師にお迎えして牛込箆笥地域センターで行います。オンラインでの受講もできますので、ぜひ皆様に受講していただければと思っております。

最後になりますが、新宿区介護サービス事業者協議会の益々のご発展と皆様方のご健勝を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

秋山 ありがとうございました。それでは、令和7年度新宿区介護サービス事業者協議会第3回研修会を終了いたします。本日の研修会のアンケートに記載をして入り口のボックスに出していただきます。よろしくお願いいたします。お忘れ物のなきよう、それから急に冷え込んでおりますので、皆様健康には気をつけながらお過ごしください。引き続き賀詞交歓会がこの5階で行われますので、ご出席の方はご移動をお願いいたします。ありがとうございました。

発行 令和8年6月

発行者 新宿区介護サービス事業者協議会
令和7年度 運営委員会
事務局 介護保険課 推進係