

# 介護保険部会での議論の整理

※この資料は部会でいただいた委員からの意見を、論点の明確化やさらなる議論のために事務局において整理したもの。また、介護報酬や通知等で対応すべき論点もあるが、法律改正事項を中心に整理している。

部会で提示した論点	意見／提言
<p><b>給付の在り方（施設、住まい）</b>            （１）今後の介護保険施設の機能や在り方            【介護拠点の整備方針について】</p> <p>○できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢者本人の選択により、在宅・施設サービスを利用できるようにすべきである。特別養護老人ホームの入所申込者が42.1万人、そのうち、在宅で要介護4、5の方が6.7万人いる中で、現在進めている施設の緊急整備に加えて、在宅サービスの充実強化及び高齢者住宅の供給を推進する必要があるのではないか。</p> <p>○介護保険施設の整備、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給やそれぞれのバランスについては、地域の高齢者ニーズを把握のうえ、自治体において地域の実情に応じてどのように進めていくべきか。</p> <p>○施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補足給付を受ける低所得者が特養では約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症があっても、ひとり暮らしでも、希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度とすべき。自宅や地域で暮らし続けたいという認知症を持っている人が見守られ、そして必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改正すべき。</li> <li>・胃ろうなど医療的ケアを必要とする方が増加する中で、在宅サービスのみで対応することは困難であり、施設サービスを充実する必要がある。</li> <li>・特別養護老人ホームは利用者の重度化が進んでいるが、従来、地域で生活できない人の生活の場の提供という機能を果たしてきたところが、今はそれが果たし切れなくなっている。</li> <li>・介護職員、看護職員、介護支援専門員等について、ニーズに応じたサービスができるような人員配置を行う必要がある。</li> <li>・要介護のタイプ別にどのような施設、あるいは在宅で生活が送れるようにするといったメリハリを付けてもいいのではないか</li> <li>・入所者像ごとに、在宅での暮らしを重視するのか、施設サービスで生活するようにするのかといったことを考えてもいいのではないか。</li> <li>・特別養護老人ホームの入所申込者について、実態把握の在り方を考えるべきではないか。</li> <li>・高専賃などの高齢者住宅の整備も推進すべき。</li> </ul>

<p>【ユニット型個室と多床室について】</p> <p>○国としては原則ユニット型個室を基本に整備を進める方針を再確認すべきではないか。</p> <p>○ユニット型個室の補足給付の在り方についてどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニット型個室を大事に考えていくことが、日本の高齢者福祉の基本であり、今後もユニット型個室の推進は必要。特養の多床室化は時代に逆行している。</li> <li>・生活保護の方も含めた低所得者がユニット型個室を利用可能にできるような環境整備をしていくべき。</li> <li>・特養の従来型整備やユニット型を併設した施設整備について、地方の判断による柔軟な対応ができるようにすべき。</li> <li>・ユニット型個室の整備は推進しつつ、緊急措置として、多床室も認め、合築も可能にしていくべきではないか。</li> <li>・ユニット型施設の推進にあたっては、新設だけではなく、立て替えの際の支援も必要ではないか。</li> <li>・老健施設は終の棲家ではなく、在宅復帰を目的としたものであることから、混合型を認めるべき。</li> <li>・個室ユニットに限らず、個室というものは重視しながら、さまざまなバリエーションというものがあってもいいのではないか。</li> <li>・ユニット型個室の補足給付については持続可能な制度設計に向けて合意形成を図っていく必要がある。</li> </ul>
<p>【施設タイプの在り方について】</p> <p>○特養の入所申込者の増加等もあり、老人保健施設の入所期間が長期化し、機能が特養化しているとの指摘がある中で、本来のリハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。</p> <p>○現行制度では、介護保険施設タイプによって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。</p> <p>○施設における医療サービスについては、職員配置の実態を踏まえた上で 内付けで行うべきものか、外付けで行うことが可能なものか、再整理が必要 ではないか。例えば、特養に</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どの施設にいても入居者の個々の状態に着目して訪問看護などの医療系サービスが提供できる仕組みや薬剤管理の仕組みを検討すべきではないか。</li> <li>・特養に関わる医師については、専門的な知識を持つこと、研修を受けることが必要ではないか。</li> <li>・入所者の重度化・高齢化により、特養や老健などの施設間の状態像の差はなくなってきており、施設基準等との実態の乖離が生じている。</li> <li>・施設のタイプはサービスの濃淡により類型化されるべきだが、老健の入所期間が長期化しているのは、地域の受け皿の整備が十分でないためにやむを得ず受け入れることによるものである。</li> <li>・施設の入所者が重度化しているということは、基本的には入所者と施設のタイプがマッチしていないのではないか。</li> <li>・施設の持っている機能を生かして在宅の拠点を作ることが必要なのではないか。</li> </ul>

<p>おける医師配置については実態を踏まえ、医師の必置規制を緩和し、配置医師がいない場合には、外部のかかりつけ医の診療を認めることとしてはどうか。</p>	
<p>【その他】</p> <p>○規制・制度改革に係る対処方針（平成 22 年6月 18 日 閣議決定）において、特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得ることとされている。また、「社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とすることの是非について検討する」こととされている。公益性、安定性、継続性の観点から、どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。</p> <p>○また、介護療養病床型施設からの転換が進まないなかで、</p> <p>i 介護療養型病床からの転換先として、転換型介護老人保健施設と同様に、医師、看護師配置を行う特養類型を作り転換を進めていくべきか。</p> <p>ii 介護療養病床からの受け入れ先を拡大するため、転換を決めた医療法人については、特養の設置を認めていくことも必要か。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険事業を行う社会福祉法人のあるべき姿というのを議論すべきではないか。</li> <li>・医師、看護師が配置されている療養病床を廃止し、配置されていない特養に医師、看護師を配置するのはおかしいのではないか。</li> <li>・療養病床の転換型として、新しい類型をつくるということは利用者にはますますわからないことになるのではないか。</li> <li>・特養の設置主体について、医療法人にまで拡大することがふさわしいのか疑問。</li> </ul>
<p>（2）有料老人ホーム及び生活支援付き高齢者専用賃貸住宅の在り方</p> <p>○特に、高齢者の住まいについては、国際的に比較して不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進していくか。</p> <p>○生活支援付き高齢者専用賃貸住宅について、医療・介護サービスをどのようにパッケージ化すべきか。</p> <p>○一方、未届有料老人ホームについて、防火安全体制の確保や、</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高専賃などの高齢者住宅の整備も推進すべき。</li> <li>・高齢者の居住環境を今後質量ともに充実させていくのが課題であり、その場合には、社会福祉法人と民間事業者の役割分担をしていくことが重要ではないか。</li> <li>・高齢者向け住宅については、サービスの質の確保を行う必要がある。</li> <li>・高専賃等を整備するにあたって、医療への理解が必要ではないか。</li> </ul>

<p>入居一時金 の保全など、入居者保護をどのように図るか。</p> <p>○有料老人ホームと生活支援サービス付き高齢者専用住宅について、どのよう に整合性を取っていくか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有料老人ホームは、都道府県知事が立入検査、業務改善命令などの権限があるが、高専賃にはその権限がないことが問題。届け出と情報開示の義務付けが必要。</li> </ul>
<p>(3) 低所得者への配慮（補足給付）の在り方</p> <p>○居住費に係る利用者負担が重いユニット型個室入所者の負担軽減について どう考えるか。</p> <p>○補足給付の支給については、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。</p> <p>○補足給付について、公平な制度とする観点から、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険は介護サービスの必要性に対する保険制度なのに、所得に対する援助である補足給付を保険財政で出しているのはおかしい。補足給付等については公費負担化すべき。</li> <li>・ただし、補足給付の堅持が必要という意見もあった。</li> <li>・資産、家族の負担能力なども考えて、対象者の審査を厳密に行うことなく補足給付が行われている現状を放置したまま、これを保険給付として継続することには反対。</li> <li>・資産調査については、制度としての実現可能性について事務的には課題があるのではないか。</li> <li>・補足給付を公費負担化し、また、生活保護受給者のユニット型個室入所を認める際にも生活扶助で対応することで、介護保険制度における財源を確保すべき。</li> <li>・介護保険制度の外に、公費でより普遍的な高齢者に特化した住宅支援の仕組みをつくっていくべき。</li> <li>・グループホームあるいは高齢者専用賃貸住宅の方にも補足給付すべき。</li> <li>・補足給付については、グループホーム以外の在宅サービスにも適用するべき。</li> </ul>
<p>(4) 療養病床再編成について</p> <p>○介護療養病床の転換については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転換後の患者の望ましい居場所が確保できるのかということについて懸念する声がある。</li> <li>・一方、仮に転換を凍結した場合、本来介護保険施設において処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる「社会的入院」につながるおそれがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・廃止という一定の結論を出していたにも関わらず、今回の調査の結果、方針を変えて延期等の結論を出すことは、行政への不信につながる。</li> <li>・介護療養病床から介護保険施設への転換は進んでおらず、転換した介護療養病床の多くは医療療養病床に転換している状況。医療から介護を取り出すという介護保険制度創設時の理念と逆行していないか利用者へのケアの観点と社会的費用の観点から検証が必要。</li> <li>・介護療養のようなタイプの施設が必要なら、介護療養は残すべき。</li> <li>・少し立ちどまって時間をかけて考えるべき</li> </ul>

## 給付の在り方（在宅・地域密着）

（１）在宅サービスの在り方（訪問看護等医療系サービスを含む。）

○新成長戦略等を踏まえ、介護と医療・看護との連携を図りつつ、24時間地域巡回型訪問サービスの創設、レスパイトケアの拡充（宿泊付デイサービスの創設等）、小規模多機能型居宅介護の普及、複合型事業所の創設等を行っていくべきではないか。【新成長戦略において決定】

○在宅中重度要介護者の増加や在宅看取りを推進するため、訪問看護の提供量の確保が重要であり、サービス必要量の見込みを勘案し、地域ごとに必要な看護師確保することが必要ではないか。

○訪問看護ステーションは、経営安定化・効率化のため、大規模化を図る必要があるのではないか。

○訪問看護と介護の連携を進めるべきではないか。

○中重度者に対する、宿泊サービスの提供について検討してはどうか。

○訪問リハビリテーションは十分に提供されているか。また、適切に通所リハビリテーションを提供するためには、通所介護と通所リハビリテーションの再編を図る必要があるのではないか。

## 【24時間訪問サービス、小規模多機能】

- ・24時間地域巡回型訪問サービスは、短時間で認知症のケアには適していないのではないか。
- ・24時間地域巡回型訪問サービスは、普及を図っていくべき。
- ・訪問看護と身体介護は一体化すべき。
- ・24時間365日の在宅療養体制を構築するため、医療依存度の高い方に対する24時間の訪問看護を確保する必要がある。
- ・24時間地域巡回型訪問サービスの人員配置は働く介護職員の労働条件に配慮した人員配置等とすべき。人材確保が課題。
- ・「24時間365日短時間巡回型」サービスの介護報酬を包括報酬とすることについて、毎月の利用者負担額を予測することができるので利用者にとっては望ましい。
- ・小規模多機能は都会では整備が進んでいない。訪問看護をはじめ他のサービスを提供できるよう柔軟化を図ってもいい。
- ・在宅介護にとって重要な小規模多機能の利用形態を弾力的に考えていくべき。
- ・医療依存度の高い在宅療養者を支援する医療系サービスに係る小規模多機能型サービスの創設を提案したい。
- ・小規模多機能施設は医療機関に併設すればよい。
- ・医療ニーズの高い要介護者への支援を充実させるため、小規模多機能サービスと訪問看護を組み合わせた新たなサービスをつくる必要がある。

## 【レスパイトケア、複合型事業所】

- ・短期入所サービスの利用上の課題として、現状では半年前から予約しないと入れないような状況。有床診療所を活用できるようにしたが、手続きが複雑であると言われるので、簡略化を図るべき。
- ・レスパイトケアの拡充というのであれば、宿泊付デイサービスの拡充ではなく、緊急ショート拡充等を行うべき。
- ・家族介護支援のために、宿泊付デイサービスなどレスパイトケアの拡充は賛成。
- ・急に何か事態が発生して入居しなければいけない方々がショートステイをうまく使えるようにする仕組みが必要である。
- ・宿泊付きデイサービスは、反対意見が多いことから見直さざるを得ないのではないか。
- ・宿泊付きデイサービスは、昼間と夜間の人員配置の違いも含め、いかに事故を防止し利用者の安

	<p>全を確保するかが課題である。単に間仕切りを設ければ良いという話ではない。</p> <p>【医療との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りを支えていく上で、訪問看護について薬局の医療資材の提供や、24時間型の訪問介護との連携を検討すべき。</li> <li>・医療ニーズの高い人が緊急的に泊まる場所がなく、ショートステイがあまり活用されていないことは問題。</li> <li>・現在の介護報酬でも退院直後の短期集中リハはあるが、在宅療養中にレベルがダウンするケースに十分対応できておらず、改善が必要。</li> <li>・医療・介護・看護の連携の下、在宅療養を整備していくことが必要。看護師の確保が必要。</li> <li>・特養・老健がバックアップしないと、療養通所介護を普及するのは難しい。</li> <li>・訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制の整備が必要。</li> <li>・「新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策」（平成22年9月10日）において、今後の検討項目の一つとして「訪問看護ステーションの開業要件の緩和」が挙げられているが、訪問看護ステーションは大規模化しなければいけない。</li> </ul>
<p>(2) 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方</p> <p>○前回改正において、要支援者に対する予防給付及び特定高齢者対策としての介護予防事業が創設されたが、これらをどう評価するか。</p> <p>○軽度者について、生活機能向上に資する生活支援へのニーズをどう考えるのか。また、軽度者への支援について、介護保険給付、地域支援事業、介護保険外サービスの役割をどう考えるのか。</p> <p>○要支援者等の軽度者へのサービスについては、現行どおり保険給付として充実すべきとの指摘がある一方、制度の持続可能性確保の観点から保険給付は重度者に特化すべきとの指摘があることについて、どう考えるか。</p>	<p>【生活援助、家事援助について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活援助は保険から外すべきではない。公費にすると利用にブレーキがかかるおそれがある。</li> <li>・軽度者の方が、生活援助のサービス提供時間が長くなっている。中重度者が増えていくことを考えれば、持続可能な介護保険制度とするため、「選択と集中」を図るべき。保険給付はポイントを絞って投入すべき。</li> <li>・軽度者の生活援助についても、費用対効果という観点から、議論の俎上に載せる必要がある。</li> <li>・要支援者等に対する生活援助は、引き続き保険給付とすべき。ただし、本来は地域福祉で行うべきであり、軽度者向けの特設財源が確保され、新たなサービス体系が構築できるのであれば、見直しの議論も考え得る。</li> <li>・見守りサービス等は、介護保険において実施するのではなく、民間の自発的な活動によるべきではないか。</li> <li>・生活援助は身体介護と一体化すべき。大事なサービスであるのに、予防給付により限定的な給付</li> </ul>

<p>○見守り・配食サービス、生きがい推進サービス等の要支援者、介護予防事業対象者向けの総合的なサービスを検討すべきではないか。また、保険者の判断により様々な生活支援サービスを提供できるような枠組みが考えられないか。</p>	<p>となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・軽度者に対する生活援助によって、重度化が防がれている。</li> <li>・軽度者への生活援助は不要とは言えない。生活援助についても専門性が求められる。ただし全てを介護保険によって対応することは不可能である。</li> <li>・軽度者に対する生活援助の見直しについては、地域の実情を勘案して行うべきであり、軽度者の生活援助サービスを一律に保険給付の対象外とするのは適切ではないが、「軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービス」については進めていくべき。</li> <li>・「軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービス」については、ベストプラクティスとして、広げていくべき。</li> <li>・Pay As You Go 原則に則りつつ、介護給付の拡充を図っていくためには、給付範囲を見直して、財源を確保することが必要。要介護1・2、要支援者向けの生活援助について、見直しの対象とすることはあり得る。</li> </ul>
<p>(3) 地域支援事業の在り方(介護予防事業の見直し、地域包括支援センターの機能強化。)</p> <p>【介護予防事業の見直しについて】</p> <p>○介護予防事業を介護保険の対象から外すべきとの指摘がある。</p> <p>○しかしながら、介護予防は介護保険制度の根幹をなすものであり、早急に介護予防事業の効果を適切に検証した上で、より効果的な介護予防事業の在り方を検討すべきではないか。(転倒防止などニーズの高いプログラム、閉じこもり、うつ高齢者への対応の充実、配食、見守りを含めた総合的な生活支援サービスの検討)</p> <p>○地域支援事業の役割や今後の在り方をどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援事業、介護予防事業は世界に誇るべきもの。</li> <li>・地域包括の機能強化は大事。地域のソーシャルワークの中心。要支援者のケアマネジメントは地域包括ではなく、居宅介護支援事業所で行うべき。</li> <li>・要支援者と要介護者で利用者のケアプランの作成主体を分けるのは良くない。</li> <li>・介護予防については、事業の性質上、短期間では効果は現れにくい。継続的に介護予防の効果検証を行っていくべきではないか。</li> <li>・介護予防事業は、現在、必須事業とされているが、これを任意事業とすべき。必須事業は包括的支援事業だけでよい。</li> <li>・介護予防事業は、保険給付と両輪をなす制度。任意事業ではなく、介護保険の義務的事業として位置付けていくことが必要。</li> <li>・介護予防事業について、「介護支援ボランティア制度」などの地域での実践例を集めて紹介することも効率的な事業実施に役立つことから市町村への支援もお願いしたい。</li> <li>・介護保険に特化しすぎの部分もあり、老人福祉、保健、インフォーマルサービスの役割・機能についても議論が必要。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアよりも、公的なサービスを切れ目なく提供していくことが先決。</li> <li>・保険給付は保険事故に限るという観点から、地域支援事業で行っている介護予防事業は保険外で行うべき。</li> </ul>
<p>【地域包括支援センターの機能強化について】</p> <p>○地域包括支援センターについては、その重要性に鑑みて、以下のような機能強化を図る必要があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・委託型の地域包括支援センターの運営にあたり、保険者が運営方針を明示</li> <li>・医療機関、インフォーマルケア等も含め、地域包括支援センターによるネットワーク構築が円滑に実施されるよう環境整備</li> <li>・保険外サービス等も含めた地域でのネットワークの構築を推進</li> <li>・介護予防事業対象者向けの予防ケアプランを原則不要とするとともに、介護予防支援業務（要支援者に対するケアプラン作成）について市町村・地域包括支援センターの主体的判断に基づき、委託可能とすることで、ケアマネ支援などセンターの本来業務に十分機能を発揮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村の中で最低1つの地域包括支援センターについては、直営とすべき。</li> <li>・地域包括支援センターの運営を、必ずしも市町村が行う必要は無いのではないか。民間の主体が行っていくので良いのではないか。</li> <li>・地域包括支援センター職員の負担軽減のため、人員配置を厚くすべき。</li> <li>・地域包括支援センターの役割・機能について、現在の予防も含めた2枚看板でよいのか議論が必要。</li> <li>・地域包括は障害者の施設から地域への移行や自殺予防など、他制度でも活用したいという声がある。</li> </ul>
<p>(4) 家族介護者への支援の在り方</p> <p>○家族介護者への支援の在り方について、介護者の高齢化や仕事との両立等を含めて、どう考えるか。</p> <p>○家族介護者への支援という観点から、レスパイトケアの拡充（宿泊付デイサービスの創設等）、地域包括支援センターにおける相談支援の充実等を図るべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の地域支援事業による家族介護支援事業だけでは、不十分。レスパイトケアの拡充は必要</li> <li>・相談の充実、無理なく家族介護を行える体制の整備、就労支援といったことを考えていくべき。インフォーマルケアも含めて考えていかないといけない。</li> <li>・地域支援事業による家族介護者支援事業は、半数以上の市町村が実施していない。もっと実施すべき。</li> </ul>
<p>(5) 認知症者への支援の在り方</p> <p>○認知症を有する者ができる限り住み慣れた地域で暮らすこ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の早期発見、早期診断の取組は非常に重要であり、それに本気で取り組むなら、国として</li> </ul>

<p>とができるよう、必要な在宅・施設サービスが適切に確保されるとともに、医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた支援体制を構築する必要があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症コーディネーターの配置</li> <li>・ 認知症者に対するサービスの充実</li> <li>・ 認知症者の日常生活における支援の強化</li> <li>・ 精神病床において長期入院している認知症者への対応</li> </ul> <p>○認知症を有する者のニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るためには、介護保険事業計画において認知症に関する項目を盛り込む必要があるのではないか。</p> <p>○認知症高齢者の増加や一人暮らし高齢者等の増加を踏まえると、日常生活にかかわりの深い身上監護に係る成年後見の必要性が高まる。今後は専門職に加え、身上監護を中心とした市民後見人による権利擁護の推進を図っていく必要があるのではないか。</p>	<p>きちんと財源措置して地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置すべき。医師会等医療機関との連携をしっかりとしてほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅で暮らす認知症の方に対しては声かけ、誘導、生活援助は大切であり、地域で認知症の方のわずかな変化を見守っていく事が重要である。そういった観点から認知症サポーターの養成も充実させていくべき。</li> <li>・ 認知症介護実践研修が在宅サービスの従事者がより受講できるようそのあり方の検討や、量的・質的な充実を図るべき。</li> <li>・ 認知症は早期の把握が大事であり、予防事業の充実が必要である。また、認知症は生活を通じての支援が大切であり、軽度の認知症の人への生活を支える支援を充実させる必要がある。</li> <li>・ 市民後見は成年後見を普及させるいい試みだが、金銭管理の監督についてどのように担保させるかが重要である。</li> </ul>
<p>(6) 要介護認定について (区分支給限度基準額を含む。)</p> <p>○要介護認定については、保険者が保険給付認定を行うものであり、不可欠な制度であるとの指摘がある一方で、認定事務が繁雑であり簡素化すべき、認定区分の簡素化や廃止を検討すべきなどの指摘があることについてどう考えるか。</p> <p>○要介護認定に係る事務の簡素化については、更新申請の際に要支援・要介護をまたぐ場合の認定有効期間の取扱や、認定の有効期間の延長などをどう考えるか。</p> <p>○重度化しても在宅で住み続けることができるためには区分支給限度基準額の引上げを検討すべきとの指摘についてどう考えるか。</p>	<p>【要介護認定について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 半年、1年で要介護認定の更新をするのが事務の負担となっているのであれば、事務手続き面での合理化は必要であれば行うべき。</li> <li>・ 要介護認定は廃止すべき。</li> <li>・ 本来、ケアプランは要介護度区分に縛られるものではないため、将来的には撤廃をにらみつつも、財政の問題等もあり、また、現場では、7区分は複雑であるとの意見もあるので、現実的には、くくりをシンプルにした3区分程度が妥当ではないか。</li> <li>・ 要介護認定は7段階が定着してきており、要介護認定の廃止や認定区分の簡素化は反対である。</li> <li>・ 認定区分の見直しが軽度者切りにつながるのであれば、現行区分のままでも良い。</li> <li>・ 介護保険は保険事故に対する給付であり、要介護認定制度や区分支給限度基準額などの上限をル</li> </ul>

○また、訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについてどう考えるのか。

○一方、区分支給限度基準額の見直しは保険財政への影響もあり得ることから、見直しに当たっては慎重な検討が必要との指摘がある。

○このため、限度額を超えて利用している者の状態像やサービス利用等の実態を把握した上で、検討すべきではないか。

ーズにすると保険として維持できなくなる。これらは介護保険制度の根幹なので、慎重な議論が必要。

- ・要介護認定と区分支給限度額は、制度を維持すべき。要介護認定の区分を簡素化しても、事務の簡素化にはつながらない。
- ・要介護認定は、完璧な制度ではあり得ないのだから、常に見直すという姿勢が必要であり、常設の専門委員会の設置など、時間をかけて検討すべき。
- ・要介護認定制度は、全国一律な客観的な基準に基づいて行う判定であり、サービスの公平な配分を担保する仕組み。
- ・アルツハイマー等は、要介護認定上その介護にかかる手間がきちんと評価されていない。認定調査員から見ても、日々の本人の状況は非常にわかりづらいので、認定調査の際にその点に気をつけるようにすべき。

#### 【区分支給限度基準額について】

- ・医療依存度が高く、要介護度4又は5で独居の方は在宅では支えることができない。在宅・重度の方については区分支給限度額を見直しが必要。
- ・区分支給限度基準額を引き上げるべき。現在の水準では在宅介護ができず、家族に大きな負担がかかる。
- ・介護保険は区分支給限度基準額があるため、介護とリハビリとの選択にケアマネが悩んでいる。リハビリは区分支給限度基準額から外すか、医療保険から提供できるようすべき。
- ・区分支給限度額の10割負担部分について段階的に負担をしていくよう弾力的な方法をとる必要がある。
- ・区分支給限度額について、財源を踏まえて検討することが重要であり、サービスを利用する人と利用しない人のバランスを考える必要がある。
- ・事業所加算など、要件を満たしていても、利用者負担の増加を懸念して算定を見送る事業者もある。限度額や利用者負担の枠から外すことも検討してほしい。
- ・支給限度額の引き上げは慎重に考えるべきだが、医療と介護の整理をした上で、医療サービスを支給限度額の枠外にすることについては賛成。
- ・区分支給限度額については、保険外サービスの組み合わせを検討してはどうか。

<p>(7) ケアマネジャーの在り方</p> <p>○ケアマネジャーの資質の向上、中立性・独立性の確保の在り方について、どう考えるか</p> <p>○複数サービスを必要とする重度者に対して適切にケアマネジメントを行うという観点から、ケアマネジャーの資質の向上を図るべきではないか。特に、重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか。</p> <p>○一方、軽度者については、予防に向けたケアマネジメントの推進を図るべきではないか。</p> <p>○施設等におけるケアマネジャーの配置や役割について、どう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援に向けた目標指向型であるとともに、リハビリの重要性を理解し、医療と介護との適切なマッチングを行うことのできるケアマネジャーが必要。</li> <li>・(保有資格が介護福祉士に偏り、医療的ケアへの知識が十分ではない。) ケアマネの研修体系の見直しを検討すべき。</li> <li>・現行の集中減算で十分な中立性が確保できるかどうか再考すべき。</li> <li>・制度が複雑になることから、集中減算をより強化することには反対。</li> <li>・「機能的」な点で中立性・独立性がどのように担保されているか見ることが重要。中立性・独立性を確保するためには、独立経営できる報酬の引き上げが必要。</li> <li>・ケアマネの独立性の促進の観点からは、収入の確保だけでなく、収入の安定に向けた対策がより大切である。</li> <li>・適切なサービス(自立支援)利用を阻害、介護サービスの増大へ繋がるため、1割負担の導入には断固反対。</li> <li>・セルフケアプランを促進した結果、ケアマネによるケアプラン作成は不要であるという雰囲気醸成されるのは問題だと思っている。</li> <li>・施設ケアマネについて、支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要。また、50対1でケアマネを専従配置している施設を評価すべき。</li> <li>・福祉用具貸与に限定されているケアマネジメントは、居宅介護支援の対象から外して、ケアマネ資格のある福祉用具関係者が行っていく仕組みにしてはどうか。</li> <li>・ケアマネジメントのあり方について、施設のケアマネはどうなのか、現場に即して議論が必要。</li> <li>・独立の方向性を支援する仕組みが不十分。</li> <li>・施設ケアマネは100:1配置では、PDCAの確保あるいは利用者の尊厳の保持の面からしても、適切なマネジメントができない。ケアマネジャーを利用者が選択できるようにすべき。</li> <li>・ケアマネジメントの質の向上、ケアマネの受験資格等についての検討を行うため、別途、ケアマネジャーの在り方に関する検討会を設けるべきではないか。</li> </ul>
<p>給付と負担の在り方</p> <p>(1) 負担の在り方</p>	<p>【公費負担(調整交付金外枠化含む)】</p>

○第五期には、高齢化による自然増に加えて、処遇改善交付金や介護基盤の緊急整備の影響を介護報酬に反映させれば保険料や公費の増が必要となるが、介護保険制度を今後とも持続可能なものとしていくことがまず重要ではないか。

○そのためには、財源の在り方について検討すべきではないか。

- ・ 1号保険料、2号保険料の在り方
- ・ 公費負担割合
- ・ 利用者負担の在り方
- ・ 財政安定化基金の見直し

- ・ 公費負担割合は現行の5割から6割に引き上げるべき。また、介護保険財政の無駄を削減することが必要。
- ・ 恒久財源が確保できないなら、公費負担割合を現状維持すべき。
- ・ 介護保険制度は保険料を支払うことでサービスを受ける権利が担保される制度。保険料を支払うことが前提であり、要であるという認識を徹底すべき。公費負担を増やすと税財源が必要となるが、勤労者に負担を求めることになる。また、公費に頼ることは、介護保険財政に対する財政当局からの圧力が強まることを意味する。
- ・ 公費負担を引き上げることにより一時的に保険料が下がるが、あくまで保険料の上昇を先延ばしにしているだけであり、抜本的な解決にならない。抜本的な解決のためには、給付の見直しが必要。例えば、生活援助の対象を絞ったり、補足給付を外枠化したり。
- ・ 調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべき。
- ・ 給付増が見込まれる中、消費税を含む歳入改革の実施により、公費負担割合を引き上げるべき。
- ・ 公費負担の引き上げを行う場合は、国だけでなく、地方にも負担を求めるべき。その際は地方消費税の拡充を行うなど、引き上げに当たっては、十分な考慮が必要。
- ・ 年々介護の費用負担が上がっていく中、財政基盤の弱い市町村は制度が維持できるか危惧している。国と地方の負担のあり方も含めて議論が必要。
- ・ 公費負担割合については、財源確保の目処が立たないのであれば、現行の5割負担を維持すべき。

#### 【保険料について】

- ・ 低所得者の保険料軽減策に公費を導入すべき。
- ・ 三重県内の市町の7割が保険料負担は5,000円が限界という認識。
- ・ 保険料が平均で5000円を超えることはやむを得ない。高所得者の保険料を引き上げることで、低所得者の保険料が上昇しないように配慮すればいいのではないか。
- ・ 資産割を含め、負担能力に応じた賦課方式を採用することが重要。
- ・ 保険料の資産割は国民の理解が得にくい。
- ・ 低所得者の負担軽減のために、保険料の定率性の導入を議論すべき。
- ・ 協会健保と健保組合の負担に差があるため、国保や高齢者医療と同様に、2号保険料への総報酬割の導入を検討すべき。
- ・ 総報酬制の導入については慎重にすべき。
- ・ 介護予防事業と同様、包括的支援事業に対しても、2号保険料を投入すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援事業について、市町村の自主性を尊重するというなら、2号保険料は投入すべきではないのではないか。</li> </ul> <p>【利用者負担について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 1 割を堅持し、軽度者の利用料を 2 割とすべきではない。低所得者には軽減措置を講じるべき。</li> <li>・高齢者の全てが低所得者ではなく、現役世代の負担も重くなっていることを考えれば、高齢者の自己負担のあり方を見直すことや、給付の重点化が必要である。</li> </ul> <p>【給付の範囲、被保険者範囲拡大】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者範囲の拡大については、今後の検討課題とすることを確認すべき。</li> <li>・障害福祉法制の対象外となる全ての要介護者を介護保険給付の対象とすべき。</li> <li>・被保険者範囲の拡大は障害者福祉の動向を考えると難しいのではないか。</li> <li>・被保険者範囲の拡大については、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要。</li> </ul> <p>【財政安定化基金】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財政安定化基金の積み立てが過度に積み立てられているのであれば、その分は有効活用を図るべき。</li> <li>・財政安定化基金は保険財政の収支のバランスをとる最終手段であり、制度の安定的運営には必要不可欠。給付費が増大している中で、今後は貸付が見込まれる。財政安定化基金の適正規模を検討していく必要がある。</li> </ul>
<p>(2) 給付と負担のバランス ○軽度者への支援、介護予防事業、補足給付など現行の介護保険給付の在り方について、どう考えるか。〔再掲〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・給付改善は保険料負担及び公費負担の引き上げにつながることであり、給付を単純に拡充していく議論には自ずと一定の制約があるべきであり、全ての保険者及び被保険者の納得を得る必要がある。このため、現実的で着実な制度見直しを行うべき。</li> <li>・持続可能な制度とする観点から、保険料負担が厳しく、財源も限られている中で、給付の選択と集中を進める必要がある。具体的には、重度者への対応にシフトしていくべき。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅介護推進の観点からは、在宅の低所得者に対する支援策の充実が必要。</li> <li>・政策について議論するためには財源の裏付けが必要であり、国民の負担に対するコンセンサスが必要。保険で賄う範囲については、例えばドイツと比較すると、日本は給付の対象範囲が広く、限度額も高いといった指摘もある。</li> <li>・財源確保を念頭におき、pay as you go 原則をいかに満たして給付の拡大を図るかという議論が必要。</li> </ul> <p>(地域支援事業)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3%枠の拡充も含めた地域支援事業の充実を図り、地域の自主的な給付を拡大すべき。</li> <li>・地域支援事業は制度発足から日が浅く、評価をするにはまだ早い。一定期間は実施すべき。</li> </ul>
<p><b>保険者の果たすべき役割</b></p> <p>(1) 介護保険事業計画の充実と介護基盤の計画的整備(参酌標準廃止と総量規制)</p> <p>○日常生活圏域ごとの高齢者ニーズ調査を実施して地域の実情に応じた介護拠点の計画的整備を進めることとしている。</p> <p>○次期計画では、医療との連携、住まい整備との連携、認知症サービスの充実についても保険者が重点分野として選択して記載できることとし、他の計画との整合性を図る。</p> <p>※なお、参酌標準の撤廃については規制改革及び新成長戦略において決定されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者は、地域住民の意見を聞きながら給付と負担のバランスをとっており、総量規制が廃止された場合、保険者が想定していない給付の増加を招くこととなる。そのような事態を避けるために、総量規制は必要である。</li> <li>・質の悪い事業者が淘汰されて優良な事業者のみ参入できる仕組みが必要。</li> <li>・サービス提供体制を整えるために、介護保険事業計画の策定の際には、ニーズ調査の実施は重要である。その際、住民の医療依存度を把握し、それに基づく在宅医療・看護の整備目標量を盛り込むべきである。</li> <li>・今後の介護保険事業計画策定において重要なことは、保健医療計画や住宅整備との連携を図ること、給付と負担のバランスに配慮すること。</li> <li>・介護保険事業計画の作成にあたって、ニーズを把握するとともに、住民から寄せられる苦情等も分析する必要がある。</li> <li>・市町村が実情に応じた基礎的なサービスを提供し、広域行政組織である都道府県は人材の確保や事業者の指導を担うべき。</li> <li>・介護保険事業計画の策定に当たっては、制度の正しい理解とルールのための啓発活動が必要。</li> </ul>

<p>(2) 必要なサービスを確保するための方策</p> <p>○保険者が現在不足している小規模多機能や24時間対応サービスなどの介護基盤を政策的に整備促進するための方策についてどう考えるか。</p> <p>○こうした地域密着型サービスの整備を促進するとともに、サービスの質を確保するため、保険者が主体となって日常生活圏域ごとにサービス拠点を整備できるようにすることについて、どう考えるか。</p> <p>○圏域内に既に相当量が確保されているサービスについて、例えば、事業者や住民団体との協議を行い圏域毎の今後の整備方針について情報共有を図るなど、ニーズに合致するサービス確保方策をどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活圏域単位での介護サービスの提供に当たっては地域密着型サービスが重要であり、拠点整備の促進を図る必要がある。ただし、拠点の整備により給付が増えて保険料が増大するため、事業計画策定段階で住民への説明が必要。</li> <li>・24時間対応の在宅サービスを提供するためには事業所に一定程度の規模が必要。</li> <li>・小規模多機能や24時間サービスの事業者の公募に関しては、顧客が一定の地域（日常生活圏域）に限られることとの関係で整理が必要。</li> <li>・地域支援事業における国の関与を最小限にとどめ、保険者機能を十分発揮できるよう裁量範囲を広げるべき。</li> <li>・介護保険事業計画を策定する際、地域住民と双方向で意見交換できる環境を整備する必要がある。</li> <li>・計画策定の際の意見交換においては、高齢者のことを理解しているケアマネジャーも参加するようにすべき。</li> </ul>
<p><b>介護人材の確保と処遇の改善策</b></p> <p>(1) 介護人材の確保と処遇改善の推進方策</p> <p>○効果を検証しつつ、財源の制約も考慮しながら、これまで講じてきた施策の取扱いを検討すべきではないか。</p> <p>○就業形態・事業所・地域ごとの差異等に応じた対応を講ずるべきではないか。</p> <p>○事業者による人材育成・雇用管理の取組を促進すべきではないか。</p> <p>○事業者における人材育成や雇用管理の取組を促進するという観点から、介護事業者の規模の拡大を図ることについて、どう考えるか。</p> <p>○中核的な役割を担うことを希望する介護職員がキャリアアップできるようにすべきではないか。</p> <p>○人材の量的確保と資質向上を同時に達成するため、間口を広</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護人材の教育・研修に一層力を入れるべき。</li> <li>・介護人材の質を上げるべき。</li> <li>・サービスの質に着目した質の高い従事者を確保することが必要。</li> <li>・平成21年の補正予算で現任介護職職員の研修が行われることとなったが、時限措置である。事業所任せではなく、どのような人材を育成すべきか国も考えて欲しい。</li> <li>・人材の役割分担を見直すべき。例えば、認知症ケアを強化する観点から、専門職の配置を求めるよう見直すべき。</li> <li>・報酬3%改定や処遇改善の影響は調査して議論していく必要がある。</li> <li>・賃金について、どの程度の水準が良いのかという認識を政労使で共有することが必要。</li> <li>・人材確保については、まず潜在有資格者の活用から考えるべき。</li> <li>・「賃金を全産業平均並みにすべき」という意見は論理的に正しいとは言えない。利用者が払っても良い価格を聞いた上で、それに応じて給与水準を考えてはどうか。</li> <li>・営利法人等については規模の拡大が図りやすい。一方、公的な性格を持つ法人については、単純</li> </ul>

<p>く保ち労働力確保を図りつつ、希望する者がキャリアアップできる仕組みの構築が必要ではないか。</p> <p>○医療・介護人材の役割分担の在り方を検討すべきではないか。</p>	<p>に規模拡大ができないこともある。規模が大きくなるほど人材育成の取組等が行いやすいところであり、現在の小規模事業所ばかりという状態は打開することが必要。</p> <p>(処遇改善交付金)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇改善交付金が時限的公費により行われていることにより経営者は不安定な状態に置かれており、恒久化をお願いしたい。</li> <li>・処遇改善交付金の分を全て保険料に回されてしまえば、事業主・加入者の負担が重くなる。負担をトータルで考えるべきであり、公費による配慮を一定程度行うことも検討すべきではないか。</li> <li>・消費税を含む財源改革が実施されるまで、処遇改善交付金は公費により実施すべき。</li> <li>・処遇改善交付金について、緊急のことであり理解はしているが、本来、賃金は労使の協議に基づいて決められるべきものであり、やはり直接労働者に交付するのではなく、介護報酬に組み込むべきである。</li> </ul>
<p>(2) 労働法規遵守、キャリアアップ等の促進策</p> <p>○介護サービス事業所の労働法規遵守やキャリアアップ等の促進方策としてどのようなことが考えられるのか。</p> <p>○事業者における雇用管理の取組を促進するという観点から、介護サービス事業者の労働法規遵守のための具体的な仕組みを、どのように考えるか。</p> <p>○事業者によるキャリアアップの取組み（キャリアパスの設定等）の充実・強化策を検討すべきではないか。</p>	<p>(労働法規について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスの質の高さは、専門性だけでなく、人を人として扱う人間性が関係する。介護従事者が未来に志を持てるような環境整備が大事。</li> <li>・介護事業所は小規模で労働者の流動性も高いので、企業内だけでなく、社会的なキャリアパス形成が大事。研修費用や研究期間中の生活費を支援するなど、包括的な支援が必要。</li> <li>・事業所における労働法規非遵守の問題に当たっては、要求されているサービス水準に対して十分な介護報酬の設定がなされているか検証が必要。</li> <li>・介護職員処遇改善に当たっては、今以上に労働法規の遵守を徹底するべきであり、労働法規遵守のために介護報酬を引き上げるのは筋違い。</li> <li>・多くの者は、労働条件の明示すらされていない状況。より良いサービスの提供のため、労働環境の整備が必要であり、労働環境整備のための検討を進めるべき。</li> <li>・悪いことをした事業所は市場から退場させるような制度が必要ではないか。</li> <li>・経営者による労働法規の遵守を推進すべき。介護保険法と労働法規の整合性を図ることについて、検討を行うべき。</li> </ul>

	<p>(キャリアアップについて)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアパスのシステムを事業所が作らないという問題がある。キャリアパスについて取り組んでいる事業所を評価するような仕組みが必要。</li> <li>・キャリアパス要件が設定され、体制整備は進んでいるが、今後は、事業者規模や勤務形態に応じたキャリアパスの設定が必要ではないか。</li> <li>・キャリア段位制度の紹介がされたが、これまで培われたスキルを在宅・施設・職場が変わっても評価されるような仕組みが必要だと考えており、賛成。</li> <li>・事業者内のキャリアアップも大事だが、別の会社に移ることもあるので、日本版 NVQ のように社会的なキャリアアップの制度が必要。</li> </ul>
<p>(3) 介護職員等によるたんの吸引等の実施</p> <p>○「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」における議論を踏まえて、在宅等において介護職員等がたんの吸引等を実施できるようにされた場合、介護職員等が実施するたんの吸引等についても、介護保険法上の位置づけを明確にすべきでないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療ニーズの高い人へのケアを適切に行うため、たんの吸引等の基礎的な医療的ケアを介護福祉士が実施できるようにすることが必要。こうした観点から、社会福祉士及び介護福祉士法の改正が必要。</li> <li>・介護職員等によるたんの吸引等の実施を目的とした新たな資格の創設は行うべきではない。</li> <li>・介護職員についても業務独占的な性格を持たせるべき。介護職員に対する医療行為の解禁は業務独占的な性格を持たせることになる。長期的ビジョンにたった専門性の構築が必要。</li> <li>・人材の不足感について、特に看護職員の確保が難しい。たんの吸引等のほか、訪問入浴における健康確認などの看護業務を介護職員に担当させられないか。また、それに応じた人員基準の見直しも検討すべき。</li> <li>・口腔内のたんの吸引は医行為から外すべき。</li> </ul>
<p>○情報公表制度については、一定の情報公表は必要であるが、次期制度改正時に手数料負担を廃止することを含め、抜本的に見直しを行うことが適当ではないか。具体的な見直しの方向性について、どのように考えるか。あわせて、より使いやすい制度にすべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報公表制度はほとんど利用されておらずサービスの選択に資していないことから、現在のままで継続するならば、廃止すべき。</li> <li>・介護サービス情報の公表制度において、職員の人材育成に関する事項を追加し、事業者に義務付けるべき。</li> <li>・事業所の情報に虚偽があれば速やかに対応し、悪質な事業所を排除する仕組みを作してほしい。</li> <li>・情報公表の手数料を廃止するという今回の改革案については賛成。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費者の立場から見ると、利用者がサービスを選択できるようにすることが重要であり、情報公表は必要。利用を支援するための努力が不足しているとみるべき。</li> <li>・現行の情報公表制度は「存在を知らない」「比較検討しにくい」などの理由により活用されていない。事業者が負担しているにもかかわらず活用されておらず、制度を抜本的に見直す必要がある。</li> <li>・病院への評価については、任意の参加となっており、かなりの費用負担をした上で参加している。介護の情報公表についても現場に裁量が欲しい。</li> <li>・情報公表制度・外部評価・第三者評価を一本化して欲しい。</li> <li>・情報公表制度の調査項目に雇用関連情報（健康診断の実施状況、勤務体制、社会保険の加入状況等）を追加してはどうか。</li> </ul>
<p>○サービスの質の向上を図る観点から、事業所の指導・監査のあり方をどう考えるか。</p> <p>○都道府県の指導監督体制を整備する観点から、実地指導の一部を指定法人に委託できるよう制度の拡充を行うことにより、その活用を図ることを検討してはどうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・監査指導について、利益優先で事業を行っている業者があり、より一層の強化が必要だが、自治体は職員の確保が困難。</li> <li>・自治体からの指導について、少しでも落ち度があれば介護報酬の自主返還を求めることとしている自治体もある。指導はあくまで指導であり、その標準化が必要。</li> <li>・自治体による監査は非常に大切。指定法人への指導の委託については良いと思うが、委託法人に任せきりにするのではなく、ガバナンスできる仕組みや委託費用が適正かどうかチェックする仕組みが必要。</li> </ul>