

社会保障審議会 第31回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所 : 平成17年10月12日(水) 午前9時から12時
厚生労働省専用第15会議室
- 2 出席委員 : 井形、池田、石井、井部、漆原、大森、沖藤、喜多、木下、木村、見坊、
田中(滋)、田中(雅)、対馬(代理:椎名参考人)、永島、野中、花井、村
川、矢田(代理:森田参考人)、矢野、横山の各委員
- 3 議題
 - (1) 新規サービス等の報酬・基準に関する基本的な考え方の整理(案)
 - (2) その他

○渡辺認知症対策推進室長より資料に沿って説明。

(野中委員)

介護予防サービスは、以前からもあったサービスで、その内容を工夫しようという試みは評価できるが、どんなサービスでも、利用者がその意味を理解して、継続していくことが大事だ。

だから、運動器の機能向上、栄養改善や口腔機能改善等はいくまで手段であり、それを通じて何を実現するかが重要であり、そこにはケアアセスメントから始まってケアプラン、それを作成するケアマネジャーの努力が一番大事と思っている。

その過程がいかに大事かということをやケアマネジャーには理解してほしい。本当に利用者のことを思うのであれば多職種と連携するのが当たり前で、その認識が不足しているからこそ今回新たに介護予防が提案されたことを考えるべきである。

介護予防のサービスは利用者にとってはなぜそれを利用するのかを理解する過程こそ大事であって、手段は現場の努力なので、そのことを評価することに対して配慮してほしい。

(矢野委員)

「通所系サービス」を積極的に位置付けることが重要であるという意見があったと整理されているが、介護予防ワーキングチームの中間報告では「通所系サービス」を主軸としたサービスプランを組み立てるといった言い方になっていた。私はその方が事柄の意味をはっきり示して適切ではないかと思う。

2点目は、介護予防の通所介護や通所リハ、あるいは介護予防訪問介護について月単位の定額報酬とする考え方が示されている。利用頻度が高いので、定額報酬の水準については保険財政への影響を十分に考慮する必要があると思う。定額報酬の水準に関する関係資料の提示をお願いしたい。

3点目は、生活行為向上支援について、通所施設内の台所などで調理・配膳などを指導するものだと思うが、利用者の実際の居宅で行うものではないので、どの程度の効果があるのか疑問である。むしろ居宅内で家族とともにいたり、単身世帯や高齢者世帯の場合には、介護予防訪問介護の中で展開していくようにすべきではないだろうか。

(三浦老人保健課長)

まず通所系サービスの位置付けについて、この場での議論として主軸という言い方もしているし、合わせて委員からの意見として訪問系のサービスについてもしっかり位置付けるべきだということから、こういう形で表現させていただいている。

2点目の保険財政への影響ということについては、経営実態調査の結果についての取りまとめ作業中であり、取りまとめられ次第、速やかにこの分科会にお示しいたしたい。

(喜多委員)

全体を通じて言えるが、これまでの主な議論等で「考えられる」、「必要である」、「設ける」と書いてあるが、一体だれが考えたり決定したものなのか、そんな経過はなかったと思う。

そういうことからいくと、ここに今日提出されている全体についてどうもすっきりしない。もう少し明快に、こう変えたいという厚生労働省の姿勢なり、分科会で決められたことを明記する必要があると思う。

それから送迎加算、入浴加算については、現行の加算相当額を追加するのはどうかと思う。要支援者の歩行、入浴の状態がほぼ自立であることから、歩くことが第1の介護予防では、入浴についても自己において行うべきではないか。サービスから外せとは言わないが、例えば現行の送迎でのドア・ツー・ドアからバスストップ方式への変更など、工夫が必要ではないかと思う。その下に、目標達成度についてあるが、事業者だけでなく利用者の達成度についても評価するのかどうか、またその具体的な事務なども示してほしい。

それから、運動器の機能向上とリハビリテーションの違いは複数でやるのと個別でやるのとの違いだけなのか、OTやPTがそこに参加するのか。去年の介護保険部会で通所系サービスの一元化の議論があったが、それとの関係はどうなっているのか教えてほしい。

(大森分科会長)

全体としてすっきりしないというのはそうだと思うが、少しずつ、大きな方向は間違いなくまとまりつつあるが、現段階で言い切るのは少し早いのではないかと事務局はまだ考えていると思う。

(三浦老人保健課長)

目標の達成度に応じた介護報酬について、事業所の状態の改善に関するサービスの質に着目して報酬を設定してはどうかということで、この場での議論としても個人に対する評価、つまり利用者個人が改善したかどうかという評価は基本的に行わないということではないかということであったことから、事業所評価として議論が進んでいったと考えている。

報酬を実際に運用する際の事務的な手続きとか、その進め方については、ワーキングチームで議論中であり、効率的で、簡易に行うことができるよう検討を進めていきたいと考えている。

2点目の運動とそのリハビリテーションについては、外見的にかなり似ているところがあるということもあるかと思うが、運動機能の向上とリハビリテーションの一番の大きな違いは、リハビリテーションについては医療として位置づけ、あくまでも医師の指示の下に一定の内容のプログラムを行うことであり、運動はむしろ体を動かすというようなこと

に視点を置きながら、安全管理上、医師からの運動を行う際の留意点などの情報の共有はあると思うが、基本的にそういう意味で医療行為であるかどうかというところから位置付けられるのではないかと考えている。

(石井委員)

通所系サービスの報酬体系について、選択的サービスのところだが、結局は従来のままでも介護予防通所介護の事業所の指定は受けられるということになっている。

ところが現場に出て事業所の意見を聞くと、ほとんどが現行のままで、人員や設備等を変えずにやる予定とのことであった。積極的にやっているところは、例えば口腔機能向上に関して言えば、週に1回歯科医師は来ているし、週3回歯科衛生士は来ている。ただし、事業所の職員でないといけないというところが今後課題だと思う。

そうすると、新たなメニューを使わないところが多いのではないかとこの危惧があり、やはり一定の加算という形がなじむと思うし、新たなメニュー、サービスを提供することに関してきちんとしたインセンティブを与えておかないと、非常に難しいと感じたので、その辺りをどう考えているか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

新予防給付、例えば今回運動器の機能向上などではやや加熱した期待があったと思う。そういう意味では、それぞれの事業者において効率的、かつ効果的にいろいろな事業を展開していただく必要があるという観点から、内容について研究班に検討をしていただいているところである。

それで、一般的には相当の施設がこの新しいメニューに取り組むところが出てくると思うが、分科会での審議でも選択的サービスを実施する際には、共通的サービスに加えていわゆる加算という形で報酬を評価してはどうかという考え方が示されており、全体としてはかなりの事業所が関心を引き続き持っていると考えている。

(石井委員)

アクティビティというのは今やっていることで、今やっていることで指定も受けられて加算も付くんだったらいいじゃないかというところが現場では多かった。

選択的メニューについて、特に困るのが運動器の向上で、PT・OTが関与しないところが多い。口腔機能向上に関しては協力歯科医療機関からの派遣というようなことが可能であればできるというのが、多くの現場での意見であった。また、現場における受け止め方が随分違うと感じているので、ほかの委員はどう思っているのか意見をいただきたい。

(池田委員)

確かに通所系サービスの事業者の動きを見ると、余り危機感はないと感じているが、多分それは報酬の金額によってもものすごくインセンティブが起きると思う。アクティビティだけと、3つやって3つ加算と1つ加算では違うから、早目に情報を与えてインセンティブを付けた方がいいのではないかと。

それから11ページに、介護予防という定冠詞の付いたサービスがずらっと並んでいるが、

介護予防訪問入浴介護、介護予防特定施設入所者生活介護、あるいは介護予防地域密着型サービス、これははっきり言ってフィクションであり、使う人はいないし、また使うべきではないと考えている。

法律上の問題からやむを得ずこういうものがあつたのだろうが、ここで2つ指摘しておきたいのは、1つは介護予防訪問入浴、訪問看護と訪問リハと居宅療養管理、この辺は理解できるが、それ以外はフィクションであり、例外としても存在しないと考えている。

2つ目は、介護予防特定施設入所者生活介護であるが、これは極めて疑問である。もともと要支援はグループホームあるいは施設を使わなくていいから使えないということになっているのに、このような形で特定施設を、しかも支給限度額をはるかに上回る給付が支払われているか理解できない。

あり得るとしても、支給限度額以上は自分持ちというのが本来の世界であり、要支援の場合は特定施設に入ったらその入居費用は自分持ちだと思う。

(大森分科会長)

池田委員が言ったように幾つかフィクションだということについて、皆が今のように認識しておけばよいか。

(池田委員)

法律に書いてあるからどうしようもないので、使い物にならない報酬で使えないようにするという手が一番強行な手だが、もう一つ、社会常識としてこのようなものは使われるものではないという共通認識を持つのが柔軟い方法だと思う。

(山崎総務課長)

介護予防の主のサービスとして、通所系と訪問介護と福祉用具と、これが中心になるということは当然立法過程でもそういう議論であつたので、確かに池田委員の指摘ではかなり例外的ケースかもしれないが、例えば訪問入浴のケースも、介護予防において諸事情によって訪問入浴が必要なケースもあり得るだろうということで含めた書き方をしている。

報酬によって使わせないというのもどうかと思うが、むしろ例外的なケースだと考えた上で、こうしたサービスについても議論していただきたい。

それから、特定施設等の在り方については、特定施設そのものをどうするかという議論があると思うので、そこで合わせてお願いしたいと思う。

(池田委員)

これは国会論議の時から、保険給付と社会福祉給付の区別がついていない状況の中でやむを得なかったということだと理解する。

ただし、特定施設について要支援に給付を出すというのはやはり納得できないので、それについては介護給付の議論の中でもう一回議論をさせてもらいたいと思う。

(木下委員)

選択的サービスが3つ挙がっているが、アセスメントからこれに至る過程が何か示され

るのかどうか。アセスメントと目標志向的とはっきり書いてあり、基本的には地域包括支援センターがやるようになってきているが、大部分は委託になる可能性が大きいということで、地域包括支援センターが委託先に対してどの程度権限を行使できるかという点について教えてほしい。

(古都振興課長)

アセスメントの重要性は御承知の通りで、市町村が責任主体として地域包括支援センターを設置するにあたり、アセスメントからケアプランへの手順、考え方をきちんと示すべきではないかということで、専門家の意見も聞きながら考え方を整理しているところである。

具体的には、利用者がどういう自己実現をしたいのかということを知り、その目標をどう実現していくのかということを利用者と話しながら進め、実際にプランをつくって実施する。こういうことを地域包括支援センターを中心にしながら、予防給付のケアマネジメントとしてやっていくこととなると思っている。

そういう考え方を参考として示すもので、様式の一つ一つをに義務づけるという話ではなくて、あくまで方向性を示すこととなると考えている。

(木下委員)

アセスメントからうまく選択サービスが選ばれるかどうか、また地域包括支援センターの機能としてどこまで発揮できるかというところがまだ分からない。

(古都振興課長)

各サービスが一对一の対応で効果があるかということについては、実際にこれからなので、自分一人で買い物に行けるようになりたいといった目標がある場合に、必ずしもその目標がどのぐらい運動機能を使ったらいいとか、そういうことにすぐに結び付くわけではなくて、そういう目標が達成できるためにはどういう活動を通所の施設でやらなければいけないのかなどが決まるということである。

これは事業者が更に細かい工夫を事業の中でやることになるだろうから、必ずしもそれが同様に一对一で対応するものではないと思っている。

地域包括支援センターでは、介護予防サービスを利用したいという申請を受けて、その中で実際にアセスメントをしながら大きな目標設定やケアプランづくりをすることとなる。地域包括支援センターでは、自ら、あるいは委託したケアマネジャーが具体的な目標をつくって、そのためにはどういうサービスをやるかというところまで示した上で、利用者が契約することになると思う。

一方で、もう少し介護保険以外のサービスや地域活動との連携を進めようという、現場のケアマネジャー、事業者などを支援する仕事は地域包括支援センターとしてやっていくものではないかと考えている。

(三浦老人保健課長)

それぞれの選択的サービスについては検討中で、どういう人たちが運動機器の機能向上、

栄養改善、口腔機能の向上のサービスの対象者として該当するののかというスクリーニングと、サービスを提供するに当たってまずその事業に関する専門的なアセスメント、例えば運動能力、栄養状態、口腔機能の嚥下の能力等に関するアセスメントする仕組みを研究班で検討してもらっているところである。

そのスクリーニングの方法を地域包括支援センターでのケアマネジメントに利用すれば、例えば運動機能が低下している状態の可能性が高いかどうかというものが目安として出てくるという仕組みを考えていて、そういう判断基準を示すことによって、的確にそれぞれのサービスが利用できるように進めていきたいと思っている。

(田中(雅)委員)

通所系サービスを位置付ける部分について反対するものではないが、例えばケアマネジャーが利用者と一緒に、地域包括支援センターと一緒にその利用者のサービスの中身についても決めるという方向を基本に大事にすべきだと思っている。利用者の中には、通所系サービスよりも訪問系のサービスを使って、自宅や地域においてより自分らしく暮らしていきたいという場合には、訪問系サービスの目標達成度に応じた介護報酬の設定はどのように考えられているのか示していただきたい。

前回の資料の中で通所系サービスを積極的に位置づけると示してあるが、それに対して通所系サービスと訪問介護の関係を固定的に考えない方がいいのではないかという意見を述べたが今回どのように扱われているのか、ほとんど見えなくなっていると思う。

それと訪問介護について「その際、利用者の状態やサービス利用の実態等を踏まえ、複数段階での定額化の検討を行うことが考えられる」とあるが、これは十分な説明がこれまでなかったと思うので、説明してほしい。

(田中(滋)委員)

評価のことでどういう場合に評価して報酬を変えるかに関わる一般論を説明したい。

事業者評価は何にでもしていいものではなくて幾つか条件があり、まず事前の介入に対して因果関係がある程度想定できるものでないといけない。要するに、因果関係が科学的に想定できるものについてのみ評価の対象となる。

第2に、アウトカムが一定の確立確率分布の幅に収まらないものについては意味がない。別の言い方をすると、他の変数の影響が入ってはいけないということで、例えば医療の発想で、がんの病院の評価をするときに重症度など全然別の変数が入ると、病院ごとの治癒率は重症度を加えないと評価のしようがない。そういう他の変数の影響が比較的にないことを要支援者のスクリーニングの段階でまず絞られることが条件になる。

第3に、大数の法則が働くほどの対象数がないところでは意味がない。利用者ベースの評価が難しい理由は大数の法則が働かないからで、ある利用者が頑張る、頑張らないというプロセスについては評価できても、頑張ってもだめな場合もある。これは他の変数が入ってくるので、個別の人の予測はつかないことになる。あくまで大数の話で、個別の人についてはコンプライアンスを守っているかどうかなどプロセス評価はできても、個別の人のアウトカムは科学的に何も証明しようがない。

今言った3つのことは因果関係が科学的に想定でき、アウトカムがある程度幅に収まり、

大数の法則が働くほどの対象数があるという条件下でのみ事業者評価ができるとの指摘であり、これが抽象的かもしれないが学者としての見解である。

(田中(雅)委員)

今の場合には学者として評価の視点ということを説明していただいたのは大事なことだと思うが、先ほど評価の対象にならないと言ったことで、個々の利用者の思惑、それぞれの事業者の気持ちは全く無視されてもいいのかということがこれからも多分残ると思う。

(山崎総務課長)

まず1つは文章の表現について「主軸」という言葉でワーキングチームの中間報告もあったが、それが逆に訪問系を軽視しているような印象を与えるのもどうかという指摘もあるし、こういう表現がちょうどよいのではとしたところである。

その上で、事業評価の対象にならないということはそのサービスを軽視しているとか、目標志向とは関係ないということではなく、この事業評価というのは初めての仕組みで、これが利用者もしくは事業者サイドにどういう影響を与えるかということも十分考えなければならぬと考えており、訪問介護の場合は当然そうした面で事業者の評価等もあると思うが、それがヘルパーの個人差によって相当違うという現実もあるので、どちらかと言うとまとまりのある通所系から議論していくのが初めてやる制度としてはよいのではないかという気持ちを持っている。

したがって、決して訪問介護自体が違うからとかという意味ではなくて、むしろ事業評価というものを慎重にやっていきたいと考えているところである。

複数段階の定額化をどう考えるかということは、訪問介護の実態から見た場合に1つの段階でできるものかどうか、定額というのは自由度はあるが、その自由度の中で利用者と事業者の間で、ある程度の頻度を想定した階層分けがあつていいのではないだろうかという提案をしているところである。

(田中(雅)委員)

確かに通所系のサービスの方が評価しやすいということの説明はできるが、利用者自身がその家で暮らすことが一番大事だと思っているので、別の言い方をすると多くの要支援の方が現在の通所系サービスを十分利用していないという現状で、通所系サービスを利用することを進めることはいかがなものか。

そういう意味では、訪問系サービスがもたらすことについても今後研究することも大事だと思っている。

(花井委員)

今回通所系サービスを積極的に位置付けると文言が変わっているが、廃用症候群予防改善の観点からということ言えば、訪問介護であっても軽度のところで状態を維持あるいは改善しているケースも相当見られるから、同じような評価をすべきではないか。

そして、事業者評価の問題で、ヘルパーの中にも大変頑張っている方、研修制度を設けて頑張っている事業者などが更に頑張るようなメッセージを伝える意味でも、訪問介護事

業者に対しても評価を入れていいのではないか。ワーキングチームの会議の中でも、訪問介護事業者に対しても評価を入れるべきではないかという意見が出ているし、介護予防全体に3年後の見直しまでに準備して入れることが可能かどうか検討できるようにしてもらいたい。

(横山委員)

目標の達成度に応じた評価の件について、要介護認定の要介護度の改善において評価をするということであるが、かなり地域格差が出るのではないかという問題をどうクリアするのかということと、もう一つは維持の段階を地域包括支援センターで評価をするということだが、標準的なものをどうつくり上げていくのか。

それから、10人以下の小規模での評価は数値的に変動が大きいということだが、現行のデイサービスセンターに介護予防のデイを併設するところが大部分と考えられ、そうした場合の事業所は小規模にならざるを得ない状況が生じるのではないか。

また、要支援で介護予防サービスを利用して自立した後も、地域支援事業の介護予防事業としてフォローする関連性、継続性をどうするのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

まず認定について、確かに要介護度別の分布では、特に軽度者については地域ごとにその割合がある程度異なっているという現象が生じているが、これは申請に基づいて認定を行っているということによるところでもあり、認定制度が地域によって違うわけではないと考えている。そういう点で、要介護度が普遍的な指標として客観性があるのではないかと考えているところである。

要介護度が維持された場合の考え方は、地域包括支援センターで作成したケアプランに書かれた目標が達成されているかどうかを見ていくことであり、これについては具体的にどのようにするか、技術的な観点も含めて更に検討をしていきたい。

少人数の事業所については、今回この目標達成に応じた報酬の対象外にしたかどうかということで検討を進めているが、これはあくまでも軽度者の人数ということに限っているので、介護給付の利用者が何人いるかということではない。目標達成の報酬は新予防給付での利用者の改善可能性というものに着目したものであり、介護給付での設定についての議論は今回行っていないところである。

この目標が達成されて要介護度が改善されて非該当になった場合のフォローアップの体制については、地域包括支援センターは新予防給付のケアマネジメントについて一義的な関与を行っていくことのみならず、まだ要介護認定を受けていない方や、あるいは非該当になった者を対象とする介護予防事業のケアマネジメントの役割を担うこととなる。そういう点で、非該当になったからそれで支援が終わるということではなくて、地域支援事業の中の特に介護予防事業を利用しながら、引き続き地域包括支援センターがケアマネジメントというツールを使いながらフォローアップをしていくということになると考えている。

(森田参考人)

事業所の評価で、小規模のところは評価の対象外ということで利用者数が10名以上ということであるが、この利用者数は登録人員といわゆる平均の利用人数とではかなり違って

くと思うがどう考えているか。

(三浦老人保健課長)

年間利用実人員とは、年間を通じて実際にその事業者を利用された者であり、実態としては登録人数と同じくらいの数になると考えている。

その上で、「10名」ということについて、適切であるかどうかというのはワーキングチームで検討していただいている状況である。

(野中委員)

確かに一生懸命頑張った、本人の意欲を引き出したことを評価してあげたいという気持ちはあるが、医療の現場では、治したから御褒美をもらうことはないし、そういうものは本来そぐわないと思っている。

利用者から選ばれることが一番の評価であり、大きな事業所と小さな事業所の違いはあるが、やはり介護や医療は対個人の話であり、その人がどんなケアを行っているかが評価に値することで、そのことを忘れたような評価は、医療の現場としてはなじまないという意見だけは伝えておきたい。

(漆原委員)

介護予防通所介護で、アクティビティプログラムが従来どおり行われるというのは、従来の通所サービスそのものが要支援者に続けられるということ。実効性のある介護予防とするならば、アクティビティについてももっと踏み出した取り組みが必要ではないか、これでは従来サービスと変わりはないものになってしまう。

それから、目標達成度に応じた評価に関連して、要介護度で評価されることであるならば、ADLの改善を目指した運動器の機能向上とか、ADLの改善または維持が基準となる。そうでないと、栄養改善とか口腔機能で要介護度がアップするということは想定しにくいし、そこでの組合せが大事であるので、基本的にはADLの改善を、プラス栄養改善あるいは口腔ケア、口腔機能の向上という組合せをしないと、実効性のある介護予防という観点にはなりづらいと思う。ワーキングチームで検討された結果だと思うが、全体的にもう一つ踏み込んだ介護予防になればいいと思う。

(村川委員)

地域密着型サービスについて、特にその中でも小規模多機能型居宅介護のサービスが地域の中で柔軟に展開されるということは非常に重要な観点であり、特にサービスの質を高める方向の中で、大事な位置付けではないかと考えている。

ただ、山間地や離島等のことを考え、全国各地にサービスが広がっていくための一定の柔軟性は必要であろう。今のところ都市部で広がっていくことを想定しており、できればより質の高いものを考えるべきであるが、山間地、離島等に限って非営利団体、NPO等が活躍するためにも、①通い、②泊まり、③訪問サービスの一部を緩和するなど少し柔軟な設定にすることによってこのサービスが広がりを見せていく事になると思う。認知症グループホームのように、数的に広がり過ぎのサービスもあるので、規制的な発想も働いて

しまうが、この制度の地域的定着には柔軟な基準と運用が必要ではないかと思う。

2点目はケアマネジャーについての議論であるが、小規模多機能居宅介護の従事者がケアマネジャー等のレベルを担保することは理解できるが、やはり囲い込み等の問題もあり、居宅サービスの一環という点からは、地域包括支援センターや居宅担当のケアマネジャーが地域全体の動きを見ながら調整を図っていくということを基本にすべきである。

しかし、小規模多機能居宅介護の内部のところをどう見ていくか。個別のサービス基準の中で、例えば訪問介護にはサービス提供責任者という位置付けもあるわけなので、小規模多機能居宅介護の中でのサービス提供責任者という、要するにサービスを提供しつつ管理者の役割を果たせるような柔軟な運営基準が確保されることが望ましいと思う。

3点目として、民家等の既存施設の活用について、全体としてのコスト削減については賛成だが、民家は木造家屋等という場合が多く、防火・防災といったリスクマネジメントの観点も必要になるので、地域で支え合う中での防災対策など、配慮ある運営基準をしっかりと担保する必要があると思う。

(喜多委員)

報酬の変更について柔軟な仕組みにしておく必要があると書いてあるが、いつからこのような柔軟な仕組みを考えてもらえるのか教えてほしい。

これに関連して池田委員から要支援の特定入居者の金額は在宅よりも多いという指摘もあったが、在宅の支給限度額の範囲ですべてをやるべきと考えている。したがって、13ページの表はどう使うかは分からないが、要介護1と要介護2の特養、グループホームのところはいずれも在宅の支給限度額を上回っているし、要介護1の特定施設入居者も同様なもので、これらについてはすっきりと整理してもらいたい。

それから、通いを中心にして随時訪問や泊まりを組み合わせるとあるが、どのように要介護別に、また月額報酬を設定するとなっているが、どういう設定をするのか。柔軟にやればやるほど月額報酬というのは設定が難しいと思うがどうか。

また特別な要件を課した場合、市町村は高い報酬を設定することができるという書いてあるが、その特別な要件とは一体何なのか。仮に厚生労働大臣の許可を取れば、高い報酬額を設定すればそれは介護保険の中で給付するのか、それとも決定した市町村が自らの財源で給付するのかははっきりしてほしい。少なくとも法定給付に位置付けてやるのであれば、これは全国共通の基準であるべきで、国の法令できっちりと決める必要があると思う。

最後に「駆け込み申請」が起きるおそれがあり、何らかの対処が必要であるとの意見があったとあるが、あと数か月しかない状態で、これは議論があるから審議してという問題ではないと思う。間に合わなかったら、また社会福祉法人の軽減制度の特例措置のように、市町村に黙って勝手にやっちゃって、通達を流して市町村負担が増えるようにするのか。

(川尻計画課長)

地域密着型サービスの報酬・基準については、この分科会の議論を踏まえて、国としてきちんと決め、それが全市町村に適用されることになるが、一方で市町村の判断でどうしてもこの基準ではやっていけない、あるいはこの報酬でやっていけないという場合、例えば規制を緩和する、介護報酬を低く設定することは可能な仕組みにしている。