

給限度額の枠外とし、利用者負担が発生しないようにすべきではないか。

- 居宅介護支援専門員との連携加算を設定すべきではないか。
- 利用者にとって適切なサービスかどうかを見極めるためにも、一定期間の「お試し」利用ができるような報酬上の評価を検討する必要があるのではないか。
- 認知症対応型共同生活介護と同じく、医療連携加算による訪問看護事業所との契約を可とするなど、小規模多機能型居宅介護利用者の医療系サービス、特に訪問看護が利用できるような仕組みの検討が必要ではないか。
- 小規模多機能型居宅介護については、事業者の参入が低調であり、整備が進んでいないことから、報酬の水準について適切な見直しを行うことが必要ではないか。
また、報酬体系は月単位の定額報酬であり、週1回程度の利用や月途中で入院した場合であっても登録を解除しない限り、1か月分の報酬を請求できる仕組みである。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、回数や日数などの利用実績を基礎とした報酬設定に見直すことが必要ではないか。
- 事業所の安定的な経営のため、要介護1・2の報酬単位を適正な水準に見直す必要があるのではないか。
- 1事業所の登録者数や通いサービスの利用者数の上限規定等を緩和するとともに、空室を利用して登録者以外の者にも宿泊利用を認めるなど、設備・人員の有効活用を図れるような柔軟な運営を認める必要があるのではないか。

【居宅介護支援に関する意見】

- 居宅介護支援事業の収支差率が低いことや人件費比率が100%を超えていることを勘案し、改善のための一定の配慮が必要ではないか。
- 居宅介護支援事業所については、どれくらいの規模をモデルにするのか、利用者側の代表も入れて議論すべき。
- 軽度の時点における医療とケアマネの連携を考えるべきではないか。
- 利用者宅でのモニタリングの頻度を3月に1回に見直してはどうか。
- 利用者の要介護度が、要支援の場合と要介護の場合とを行き来する度にケアマネージャーが替わる仕組みは見直すべきではないか。
- 居宅介護支援についてはケアマネ1人当たりの利用者数を35人に近づけるような方策を検討すべきではないか。
- 40件を超えた分について、報酬が逡減する仕組みについて検討を進めるべきではないか。

- 40 件を超えた分について報酬が逓減する仕組みについては、それにより利用が増えるのか検証が必要ではないか。
- 標準相当件数の上限は廃止すべきではないか。
- 介護予防支援の報酬については、検証を行った上で改善すべきではないか。
- 中立性、公平性を担保するため事業所が独立することが大事であり、それが可能な報酬の設定を行うべきではないか。
- アセスメントなどが重複している点については、事務負担の軽減の観点から、検討が必要ではないか。
- 介護予防支援については、地域包括支援センターに対する交付金がきちりと提供されることが必要ではないか。
- 要介護度別の介護報酬の設定について検証が必要ではないか。
- 要介護 1～5 を同じ基本単位として「一本化」し、さらに基本単位を上げるべきではないか。
- 利用者が安心して相談できるケアマネジャーの労働環境の整備が必要ではないか。
- 継続的なケアマネジメントの実現が必要との観点から、要支援者、要介護者に関わらず、継続的なケアマネジメントできるよう、ケアプラン作成支援者は利用者が選択できるようにすべきではないか。
- ケアマネジャーによる在宅復帰支援に報酬上の評価をすべきではないか。
- 特定事業所加算における利用者の要介護度にもとづく要件について再検討が必要ではないか。
- 介護報酬を大幅に引き上げるとともに、特定事業所集中減算については、廃止を含めて見直しすることが必要ではないか。
- 介護支援専門員が中立・公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制をとることが必要ではないか。
- 「初回加算Ⅰ」の「新規」の定義を明確にすべきではないか。
- 「入院入所時情報提供・連携加算」を創設すべきではないか。
- 「退院退所時連携加算」を創設すべきではないか。

- 「認知症利用者支援加算」を創設すべきではないか。
- 「ひとり暮らし支援加算」を創設すべきではないか。
- 特定事業所加算の要件について緩和すべきではないか。
- ケアマネジメントをした結果、利用者の要介護度が維持・改善した場合の評価すべきではないか。
- 給付を伴わないインフォーマルサービスのみのケアプランについても、介護報酬上評価すべきではないか。
- 利用者の自立支援のために、ケアプランが作成されなくても住宅改修サービスは提供される場合がある。その必要性を説明するために理由書作成業務がある。居宅介護支援にかかる事務負担の軽減措置がされたが、これらに係る書類作成には時間が費やされているため、「住宅改修理由書作成料」を創設すべきではないか。
- 介護予防支援の基本単位を上げるべきではないか。
- 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは介護支援専門員のみが行うことと、明確化すべきではないか。
- 介護予防支援の報酬により、必要な専従職員を雇用できるように、介護予防支援の報酬単位を適正な水準に引き上げる必要があるのではないか。
- 事業所経営が単独でも成り立つよう、標準担当件数の緩和や介護報酬の引き上げを行う必要があるのではないか。
- 事務作業軽減のため、施設・居宅サービス計画等のケアマネジメントについては、利用者の立場に立った明確で分かりやすい形式に改善し、リハビリテーション実施計画書、栄養ケア計画書等との統合化を図るべきではないか。

【短期入所生活介護に関する意見】

- 在宅介護を進めようにもショートステイが利用できないケースがあるので、一定程度空床を設けている場合も評価するようにすべきではないか。
- ショートステイにおける夜勤については、現在の基準では十分にできないという指摘があることを受け、報酬上加算等の評価を行うべきではないか。

【短期入所療養介護に関する意見】

- 短時間リハは、ショートステイで対応することも検討すべきではないか。

- リハビリテーションの推進は、現にある施設の有効活用という観点から推進すべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション実施加算・認知症短期集中リハビリテーション実施加算を新設すべきではないか。

【介護保険施設全般に関する意見】

- 3：1という配置基準については、中重度者の入所者増えているといった実態を踏まえ、従事者の労働条件の改善の観点からも、その見直しを検討する段階になりつつあるのではないか。
- 介護保険施設等でのサービス提供に関しては、実情は職員数を手厚く配置していることから、介護保険施設等にとって適切なケアマネジメントを実施する上での阻害因子とならないよう、施設サービス費の引き上げを考えるべきであり、加配している人員加算の創設や夜間体制における加算を実態に即して算定しやすくするなどの対応を図るべきではないか。
- 施設におけるケアマネジメントについて、その役割を明確にするとともに、質の向上のために再検討が必要ではないか。
- 特別養護老人ホーム・老人保健施設については、看護職員・介護職員の最低配置基準が3：1だが、実際はサービスの質を向上させるため、多くの施設で現行の基準を上回って配置している。3：1を上回る分については、報酬上評価する仕組みとすることが必要ではないか。
- 介護支援専門員については、現行の100対1の配置では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難であるため、50対1を超えて介護支援専門員を配置している施設を評価すべきではないか。
- 入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践する介護支援専門員を、「入院入所退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として明確化することが必要ではないか。
- 小規模な事業所(施設)が安定的に経営できるよう、事業所(施設)の事業(定員)規模に応じて段階的な介護報酬の単価を設定する必要があるのではないか。
- 人員基準を現実の配置状況を踏まえたものに見直すとともに、それに見合う介護報酬を設定する必要があるのではないか。

【介護老人福祉施設に関する意見】

- 重度化対応加算の要件のうち看取りのための体制に関する要件を看取り介護加算に統合することにより、加算を取得しやすくすべきではないか。
- 収支差率が低かった50人規模の施設について、何らかの対応を考えるべきではないか。50人規模の施設については、増築・増床を認めるべきではないか。

- 手厚い配置を評価する仕組みは重要ではないか。
- 介護老人福祉施設の配置医師の役割を明確化すべきではないか。
- 人員配置基準を上回る事業所や夜勤介護職員の基準以上の配置をしている事業所に対する評価が必要ではないか。
- 看護職員を加配し夜勤体制を整備する場合について、特段の評価が必要ではないか。
- 看取り介護加算における死亡場所による加算額の差を廃止すべきではないか。
- 重度化対応加算等における「常勤看護師」1名以上の配置を、「常勤看護職員」に改める必要があるのではないか。
- 特別養護老人ホームにおける口腔ケア加算の創設が必要ではないか。
- 医療・看護的ケアを必要とする入所者が増えるなか、常勤医師の確保、看護職員体制の強化を講じる施設があることから、これらに対する評価が必要ではないか。
- 特養における看護・介護体制の再構築と、適正な報酬上の評価が必要ではないか。具体的には、重度者介護や医療的ケアを安全に実施できる安全管理体制および看護職員24時間対応体制のもと、看護職・介護職の連携により重度化対応や看取りに取り組む施設を、特養の新たな施設類型として報酬上でより高く評価することが必要ではないか。
- 特別養護老人ホーム入所者に対する訪問看護の提供は、現状では末期がん患者への医療保険による訪問看護のみが認められている。入所者の高齢化・重度化が進む実状を踏まえ、外部から特養入所者に訪問看護サービスを提供できる仕組みを設けることにより、安全なケアの実施や疾患の重度化予防、夜間・休日のケアニーズに対応可能な体制をとれるようにすることが必要ではないか。

【介護老人保健施設に関する意見】

- 介護老人保健施設における医療の提供については、現行の「丸め」を見直すべきではないか。どの施設に入所しても必要な医療が受けられる仕組みを整備することが必要ではないか。
- 介護老人保健施設で実施可能な診療行為について再検討し、併設あるいは併設以外の保険医療機関に関わらず、外部保険医療機関からの医療サービス提供が可能となる報酬上の評価をすべきではないか。
- 利用者の病態に応じた標準的かつ適切な医療を提供するため、介護保険の包括払いを見直し、医療行為は医療保険からの給付とすべきではないか。
- リハビリテーションの見直し、配置基準で言語聴覚士を位置付けることについては進めるべきではないか。

- 医療処置が必要な者の入所が増えていることから、看護職員の夜間の配置を義務づけることが必要ではないか。
- 小規模多機能型居宅介護との連携を行うことにより、居宅復帰が推進されるのではないか。小規模多機能型居宅介護のケアマネと施設のケアマネの連携を取ることが重要ではないか。
- 居宅サービスのケアマネとの連携については、退所時のみならず入所時にも連携ができるような仕組みを工夫すべきではないか。
- 老人保健施設における試行的退所については、本人・家族の不安の解消に資するよう、在宅サービスが確実に利用できるような仕組みにするべきではないか。
- 支援相談員の常勤要件の緩和に関連して、施設に配置されている介護支援専門員の加配分についても評価すべきではないか。
- 利用者への質の高い多様なサービス提供、介護人材の確保と処遇改善、介護保険施設としての存続が可能となるために、現行の人員配置基準（3：1）に基づく施設サービス費の引き上げを行うべきではないか。
- 従来型老人保健施設、介護療養型老人保健施設という施設類型によるダブルスタンダードを廃し、地域のニーズに応じて多機能性を発揮するために、利用者の状態像に応じた少人数（20人程度）を1単位としたユニット、又はフロアによる機能区分及び専門職の人員配置に応じた評価システムに転換すべきではないか。
- 認知症ケアにおいては、「全室個室」というハードに縛られない少人数処遇（グループケア）と多様なサービス提供を評価すべきではないか。
- 老人保健施設で行われているターミナルケアについては、そのプロセス（利用者家族への説明・同意等）を評価し、算定可能とすべきではないか。
- 在宅復帰支援機能加算の算定要件の在宅復帰率については、段階的に設定すべきではないか。
- 支援相談員・介護支援専門員等の手厚い配置を評価すべきではないか。
- 在宅復帰に際し、利用者の自宅の改修や福祉機器設置等の支援を行った場合の評価を行うべきではないか。
- 介護保険制度発足時の想定に基づく有利子負債の償還可能な介護報酬・施設サービス費への引き上げが必要ではないか。
- 小規模な施設に対する加算等の支援策を創設すべきではないか。
- 課税法人と非課税法人との格差、補助金の多寡による格差を念頭においた施設サービスの評価を行うべきではないか。

【介護療養型老人保健施設に関する意見】

- 介護療養型老人保健施設の看護・介護職員の体制や夜間の体制は果たして十分なのか。「介護難民」が出ないような対応が必要ではないか。
- 介護療養型老人保健施設は、医薬品費・医療材料費の調査結果からすれば、既存の老人保健施設とは別施設の位置づけとなるのではないか。
- 介護療養型老人保健施設の「経管栄養又は喀痰吸引を実施している者が15%以上」という施設要件に関し、本来、経管栄養を外し、口から栄養を摂取できるようにすべきではないか。
- 介護療養型老人保健施設についても、療養病床と同様、医療が必要な者が多く入所している実態があるのではないか。評価を見直す際には、既存の老人保健施設における医療の実態についても検証の上、評価を見直す必要があるのではないか。
- 介護療養型老人保健施設は入所者像を見ても、明らかに従来型老人保健施設とは異なる。比較は特別養護老人ホームと行うべきではないか。特別養護老人ホームと介護療養型老人保健施設の機能を併せたナーシングホームについての検討を始めるべきではないか。
- 施設要件については、「医療機関から入所した者の割合と家庭から入所した者の割合の差」のみならず、慢性期の患者で状態が急変した者の受け入れを評価することも考えられるのではないか。

【介護療養型医療施設に関する意見】

- 介護療養病床が果たすべき役割を果たせるようなインセンティブとなる報酬改定を行うべきではないか。
- 介護療養病床における手厚い人員配置を報酬上評価すべきではないか。
- 療養病床の再編成に関し、転換の受け皿としてどのような施設がどの程度整備されるのかについて示されないと不安である。都道府県の計画に任せるのは適当ではないのではないか。
- 療養病床の再編に伴い、経管栄養や胃ろうなど医療ニーズのある者が安心して入所できるような受皿づくりが必要であるのではないか。このため、介護療養型老人保健施設への転換を進めるとともに、一定程度、特別養護老人ホームと老人保健施設でも受け止められるよう、介護・看護体制の充実を図ることが必要ではないか。
- 受け皿の整備がないまま、介護療養病床の廃止を先行させるべきではないのではないか。
- 救急難民を救うため、救急病院からの依頼によって急性期治療後の患者を受け入れた場合、入院後1か月に限り1日100単位の急性期受託加算を設けるべきではないか。

- 在宅、シニアリビング、特別養護老人ホーム、老人保健施設等で療養中に急変した慢性期患者の入院を受け入れた場合、入院後1か月に限り1日100単位の急性期受託加算を設けるべきではないか。
- 直近6か月間に退院した患者のうち、入院時に日常生活機能評価表10点以上の患者で、退院時3点以上改善した患者の割合が3割以上であれば、重症患者回復病棟加算として入院患者1人1日につき50点を加算するべきではないか。
- 認知症自立度判定基準ランクⅣ以上の患者については、入院1日につき、30単位を加算するべきではないか。
- ユニットケアの評価及び制度促進のために、ユニットケアでの入院患者1人1日につき50単位を加算するべきではないか。
- 療養病床再編に伴う介護保険施設等の基盤整備に関し、十分な検討をすべきではないか。

【栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算に関する意見】

- 療養病床の入院患者の半数以上が低栄養状態であり、この改善が要介護度の改善につながる。栄養マネジメント加算は、病棟に1人管理栄養士を配置するには報酬が低いのではないか。

【口腔機能向上加算・栄養改善加算に関する意見】

- 口腔機能の向上については、そのサービス自体が認識されていないので、周知をするべきではないか。
- 歯科衛生士を配置することにより入所者の肺炎が激減することもあり、入所者に対する口腔機能向上に向けた取組は重要なのではないか。
- 口腔ケアは在宅の要介護者にとっても重要である。在宅サービスの事業者と歯科衛生士との連携体制を評価することが必要ではないか。
- 口腔機能の向上は重要であるが、歯科医療における口腔ケアと介護保険における口腔ケアは一体的に行われているのではないか。同じ行為を歯科医療と介護保険で共に請求できることとするのは適切ではないのではないか。利用者にとって分かりにくいのではないか。
- 口腔ケアは要介護高齢者の生活にとって極めて重要な位置づけであり、歯科医療と介護保険の重複は整理した上で、重複しない部分については歯科医療を受診している場合でも口腔機能向上加算を算定できるとすべきではないか。
- 口腔機能向上・栄養改善サービスの利用・提供が進まない理由が提供事業所の数が少ないということであれば、報酬の引き上げが必要ではないか。
- 口腔機能向上・栄養改善サービスについて専門家によるアセスメントの義務付けが必要では

ないか。対象者の基準を明確化すべきではないか。

○ 介護保険の口腔機能向上に関しては、歯科医師がもっと関与できる仕組みを構築すべきではないか。

○ サービスの質の確保に資する介護報酬の増額と事務負担の更なる効率化が必要ではないか。
専門職の関与がある口腔機能加算は記載様式などサービス提供体制における縛りが厳しいため、他のサービスの実施内容などを勘案し、整合性のある報酬単位に見直すことが必要ではないか。

予防給付においては必要に応じて延長が認められているにもかかわらず、3ヶ月で打ち切られる状況が散見されており、必要なサービス提供の延長が行いやすい環境を整備するなど改善を図ることが必要ではないか。サービス提供時に要介護者は概ね2週に1回、要支援者は概ね月に1回のモニタリングが必要とされていることは負担であるので、回数削減が必要ではないか。

さらに、歯科医師が行う居宅療養管理指導料の月2回の算定限度を対象者の状態（特に急性期）に応じた算定が可能となるよう、改定する必要があるのではないか。

○ 介護保険施設入所者に対する専門的口腔衛生管理体制の整備が必要ではないか。

重度の要介護者にとって口腔衛生管理、口腔機能向上の必要性および効果が高く、そのため、介護老人保健施設および介護老人福祉施設に歯科医師・歯科衛生士を配置し、施設入所の要介護高齢者の口腔管理が適切になされるような体制の整備が必要ではないか。

また、施設の介護支援専門員、看護師等を対象とした口腔衛生管理、口腔機能の向上に関する実践的研修を実施するとともに、入所者ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、口腔内の衛生状態および義歯の使用状況等の口腔機能の評価を必須とすべきではないか。

さらに、介護保険施設入所者を対象とした「口腔機能の向上」加算等の新設及び、栄養管理、経口移行、経口維持を管理栄養士などが実施するにあたっては、歯科医療専門職の意見を聴くなどの連携が必要ではないか。

○ 介護予防・重度化予防のために栄養改善サービスの更なる強化に向けて栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔機能向上加算、栄養改善加算を引き上げるべきではないか。

【認知症対策について】

○ 軽度者に対するケアであっても認知症のケアには手間がかかっている。特にグループホームについては、さらに手間がかかるにも関わらず要介護1、2の報酬が低いのではないか。

○ グループホームの夜勤職員の配置は基準上2ユニット1人でも可であるが、現場の負担は大きい。基準を1ユニット1人にすべきではないか。

○ グループホームで外泊時や入院時に報酬算定ができないことについては、見直しの余地があるのではないか。

○ グループホームの利用者は要介護度1・2の者が約半数。これらの者の「認知症高齢者の日

常生活自立度」はランクⅡ以下の者の割合が高い。一方、グループホームの要介護度別の介護報酬はフラットになっている。認知症高齢者でも日常生活が可能な者についてはデイサービスなどで生活を支えるべきではないか。

- グループホームは入浴介助の際の従事者の負担が大きい。一定の配慮を行うべきではないか。
- 認知症対応型共同生活介護については、利用者の安全確保及び職員の待遇改善のため、夜勤従業者の複数配置に対する加算制度を創設する必要があるのではないか。
- 認知症対応型共同生活介護においても、看取りをするケースが増加してきており、介護老人福祉施設と同様に看取り加算を創設する必要があるのではないか。また、看護職員の配置について、介護報酬上で評価する必要があるのではないか。
- 現在、自治体で介護保険事業計画を策定しているところであるが、若年性認知症に関する視点が抜けている。自治体の計画にこの視点が盛り込まれるよう、国も指導等すべきではないか。
- 若年性認知症の患者は離職を余儀なくされ、家族ともども生活不安・介護不安に陥る。企業に対する研修や患者の継続雇用のための助成制度も必要ではないか。
- 若年期の認知症の者を受け入れる通所介護に加算を認めるべきではないか。
- 認知症ケアの実情にあった職員の専門性を高めるべきではないか。
- ピラミッド型の研修体系では、一番上の類型の研修が適切でないとならばすべての研修が失敗する恐れがある。研修内容については、現場の知恵を集積するような取り組みが必要ではないか。
- 認知症専門ケアに関する研修は、国や都道府県が行う研修だけでなく、その内容を検証した上で幅広い主体による研修を認めるなど柔軟な対応が必要ではないか。
- BPSDの発生頻度と介護負担の相関関係が示されたが、とりわけ初期の対応が重要である。介護を行う家族に対する研修も重要ではないか。
- BPSDの急性期に短期入所系サービスにおいて緊急対応した場合の評価については、BPSDに関しては、悪化を防ぐためにはむしろ所在を落ち着かせることが重要であることに留意すべきではないか。
- BPSDへの緊急対応については、施設系サービスについても同様の評価をすべきではないか。
- 高度のBPSDや身体合併症を有する認知症患者に対応可能な受け皿を整備する必要があるのではないか。
- 介護老人福祉施設において、BPSDへの体制整備を評価するとともに、重度認知症による介護量の増加を評価（自立度Ⅲ以上の利用割合が60%以上の場合を評価）する必要があるのではないか。

はないか。

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、中等度～重度の者にも拡充する点に加え、日常生活の改善という点に重点を置くべきではないか。
- 認知症短期集中リハビリテーションについては、利用者、家族等には知られていない。利用者や家族等に対する分かりやすい情報の周知等が必要ではないか。
- 認知症の人の家族等からの相談に事業者が応じた場合の加算を設けてほしい。
- 認知症患者の実態把握に関し、認知症の出現率の調査を行うべきではないか。
- 様々な加算の創設に伴い利用料も増えるため、利用が抑制されることとなるのではないか。評価の仕方を工夫すべきではないか。
- 認知症の度合いの指標（判定方法）が統一されていないのではないか。
- 資料中、認知症が悪化する原因の1位が「薬剤」とあるが、このような状況を改善するため、省を挙げた取組を行うべきではないか。
- 認知症関係のサービスや小規模多機能型居宅介護については重要なサービスであること、今後推進していくことといったメッセージを発信する必要があるのではないか。
- 認知症の者の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなどの対応が必要ではないか。
- 認知症は軽度の時期ほど介護者・家族の負担は大きい。本人に合った介護が提供されるよう、家族への基礎知識の研修、ケアマネ・地域包括支援センターともども、切れ目のないサービス提供体制の整備が必要ではないか。軽度の認知症に的確に対応することにより、介護費用の面での費用対効果があるのではないか。
- 認知症に関する指標としては「日常生活自立度」があるが、これは恣意的な面が否めない。加算を創設するに際しては、恣意的な運用に歯止めをかけるような仕組みを考える必要があるのではないか。
- 認知症サポート医を十分に活用し、医療と介護のシームレスな連携で、本人の処遇改善を図ることが重要であり、現場での連携を裏付けるだけの診療面（診療報酬）とケア面（介護報酬）での評価を制度上構築する必要があるのではないか。
- 認知症があると認められる場合は要介護1以上となる要介護認定システムにすべきではないか。

【介護予防事業に関する意見】

- 介護予防事業については、現場の強化とともにケアマネジメントの一連のプロセス、ケアプランの実践に伴うサービス提供を妨げない環境整備としての報酬の手当を図る観点から、介護報酬の引き上げを図るべきではないか。
- 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの介護報酬は、月単位の定額報酬であり、月1回の利用や月途中に入院した場合でも1か月分の報酬を請求できる。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、他のサービスと同様に回数や日数単位の報酬体系に見直すことが必要ではないか。また、アクティビティ実施加算や事業所評価加算は廃止し、基本報酬に包括化することが必要ではないか。
- 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とすることが必要ではないか。

【その他の意見】

- 個室ユニットケア重視を見直すべき。低所得者が入れないし、職員1人1人の責任が重いため離職も多い。
- 個室・ユニットケアについての検証を行うべきではないか。
- 地域密着型サービスについては、優れたものだと思うので、今後伸ばすための議論をすべき。
- 通所系サービスについては、経営実態に合わせた報酬体系にすべき。
- 通所系や居宅介護支援の規模に応じた減算については、ある水準を超えると基本単位全体が減算になる仕組みの見直しを検討すべきではないか。
- 特定事業所加算や事業所評価加算について、自己負担増への配慮を考えるのであれば、自己負担は加算分の半分とするといったことが検討できないか。
- 介護サービス情報公表制度で公表される情報の内容や手数料の負担の是非については、いずれ議論をすることが必要ではないか。
- 介護サービス情報公表制度については、これまできちんと議論がなされたことはないのではないか。
- 地域包括支援センターについては、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付から外すべきではないか。
- 事務手続きや書類の削減・簡素化が図られているが、実質上の煩雑さは変わらない。本来の業務に専念できるよう、さらなる見直しが必要ではないか。
- 都道府県の指導監督のあり方、市町村のケアプランチェック、介護サービス情報の公表制度

の調査については、本来あるべき趣旨にもとづき対応するとともに、事業所の指導・監査には、都道府県介護支援専門員組織の代表の立ち会いが必要ではないか。

- 要介護認定審査の平準化と、審査会に介護支援専門員の参画の推進が必要ではないか。
- 地域包括支援センター運営協議会の構成員に、地域の介護支援専門員組織の代表を入れる必要があるのではないかと。また、主任介護支援専門員が本来の業務を行える人員体制の整備が必要ではないか。
- 地域包括ケアの実現に向けて、市町村の果たすべき役割は大きい。地域住民に最も近い自治体として、認知症対策、介護予防等について責任をもって遂行することが必要ではないか。
- 日常生活品費等に関して、サービス事業者と利用者との相対契約であることを確認するとともに、再度、都道府県、市町村等に通知を行い、指導を徹底すべきではないか。
- 介護サービス情報の公表制度と、都道府県による指導・監査の在り方の見直しによる事務作業量の軽減、及び介護サービス情報の公表制度における負担額の軽減・都道府県格差の是正を要望すべきではないか。

8 介護従事者の処遇改善に係る検証・給与水準等の処遇に関する情報の公表に関する意見

- 介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。
- 介護報酬が上がったことにより、職員の給料が上がったと分かるようにすることが大事。
- 人材確保対策として給与水準を上げるために報酬上の措置を行うとすれば、「給与をいくら上げるために保険料をいくら上げる」という説明や、報酬を上げた結果どれだけそれが介護従事者の給与に行き渡ったかが分かるシステムが必要。
- 事業主に対し従事者の賃金水準に関する情報提供を求めることが必要ではないか。
- 今回の介護報酬改定で従事者の処遇改善につながるか、国民の目に見える形で検証する仕組みが必要。
- 管理者を含め、介護従事者の給与水準を公表する仕組みの検討が必要。
- 介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかについては、分科会でもフォローアップすることが必要。
- 事業者による処遇改善の努力を何らかの形で明示することはあって然るべき。事業者による自主的な情報公表でよいのではないかと。その際、公表する情報としては、例えば、当該事業者における初任給、賃金の平均月額など。一方で、処遇改善につながっているかという点についての検

証が重要ではないか。

- 報酬改定により給与水準がどの程度改善するか、情報公表をどう制度化すべきかについては、国民の強い関心事項である。目に見える形で報酬と給与水準を検証する仕組み作りを早急に進めるべきではないか。
- 情報公表については、まずは自主的な取り組みから進め、徐々に拡大するのが現実的ではないか。多くの事業者が取り組みを進められるような仕組み、とりわけ標準的なガイドラインの作成を進めるべきではないか。
- 情報公表については自主的な取り組みとし、一方で、サンプル調査等により全体の傾向を把握できるようにすべきではないか。
- 3.0%のプラス改定が従事者の処遇改善につながっているかについての検証を行う仕組みが必要。このためにも、情報公表はしっかりと進めるべきではないか。
- 情報公表については、ガイドラインを設け自主的な取組を促すことは可能であるが、義務づけは難しいのではないか。
- 情報公表はあくまでも事業所の自主的な取組であり、ガイドラインの作成も不要ではないか。
- 事業者が介護従事者の給与等処遇に関する情報の公表を行った場合には、特定事業所加算などの加算措置を行うことについて検討すべきではないか。
- 介護報酬の一定割合が人件費として支払われる仕組みが重要ではないか。
- 「報酬改定が介護従事者の賃金・給与などの処遇改善に結びついたかどうかの検証」が目標であり、公表はそのために取りうる手段の一つ。検証が果たせるなら他の手段でもよい。したがって、公表そのものを目標とする議論にしてはならないのではないか。
 - 個人情報・プライバシー保護に対する配慮が第一である。
 - 介護従事者と経営者の自主的協議に委ねるべき雇用契約の内容に過度の影響を与えないよう注意すべきである。
 - 介護事業経営者・管理者に多大な管理コストや事務処理時間を課すべきではない。
 - なお、介護情報公表制度との関係をどうするかについて留意が必要。
 - また、介護事業者にとって、介護保険制度からの報酬だけが収入のすべてとは限らない。そもそも施設食住費や医療保険からも収入を得る事業者は珍しくなく、介護保険外の自由な契約に基づくサービスを行う事業者も存在する。「公費と保険による事業である以上、給与水準等の情報を公表すべき」との意見も見られるが、介護従事者の賃金がどの収入から支払われたものかを割り当てる計算は簡単ではない。
 - 給与情報等の公開を義務付けすることは法令上も不可能に近い。自主的な公表は自由である。
 - 報酬改定後半年ないし1年たった時点で、「介護報酬増のうちどの程度が処遇改善（賃金・給与だけにとどまらない）につながったか」に関する検証評価を、適切な標本数を確保して実行し、公表することが必要ではないか。

9 医療と介護の連携に関する意見

- 在宅医療の推進については、高齢者に必要なサービスを確保することが重要ではないか。介護療養型医療施設の取扱いについて検討するべきである。
- 地方の診療所は医療資源として必要である。療養病床として残すことができないか検討が必要。
- 医療と介護の連携については、シームレスなケアを促進できる仕組みを考えることが必要。
- 病棟の看護師と訪問系の看護師のミーティングを通しての連携が重要なので、この連携について評価すべきではないか。
- 医療ニーズの高い方々の在宅での生活を可能にするためには、介護福祉士に一定の研修等を課した上で、事業所の判断で一定の軽微な医療行為が行えるよう対策を講ずるべきではないか。
- 医療の必要性のある在宅要介護者への対応は、地域に存在する有床診療所等を中心に検討すべきではないか。
- 医療と介護の連携は、中長期的な課題であるのみならず、現在介護を受けている者が在宅で医療・介護を受けることが出来るような仕組みの構築を目指すべきではないか。

10 資格・研修に関する意見

- 介護従事者の資格・研修制度について、実務経験者ルートの「600時間」の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。
- 研修期間中の賃金保障、人員補充について支援が必要ではないか。
- 2級ヘルパーの者にさらに一定時間の研修が必要となる理由について理解を促すことが必要。
- 介護福祉士の資格取得方法の見直しに伴う研修費用について、すべて自己負担とすることによいのか。
- 研修期間中の人員配置基準を緩和することが必要ではないか。
- 介護福祉士の資格見直しに伴う新たなカリキュラムへの対応のため、養成校が行う設備の整備に対し補助等を行うことはできないのか。

11 補足給付に関する意見

- 補足給付については、利用者のことを考えるとなくすべきではないが、保険料を財源とすべき

ではない。

- 補足給付については、低所得者に対して差別的であってはならない制度なので、維持すべき。
- 補足給付には問題がある。世帯分離をしたら補足給付がもらえたり、在宅とのバランスがとれないこともある。補足給付を維持するとしても、横断的な低所得対策として行うべきである。
- 補足給付に関しては、生活保護による対応を含めて、介護保険制度内での低所得者対策の在り方を速やかに検討すべきではないか。
- 食費・居住費とも、基準費用額の見直しが必要ではないか。
- 第1～第3段階の基準費用額設定（食費・居住費）の算出根拠を明らかにし、補足給付については介護保険からの給付ではなく福祉財源からの給付へ転換すべきではないか。
- 利用者が所得段階により選択の自由を奪われることのないよう、補足給付の見直しを行うべきではないか。

12 その他の意見

- 応益負担の考え方は必要だが、格差社会の中にあっては、可能な範囲内で2、3割の自己負担をしてもらう人がいてもよいのではないか。
- 介護保険料納付について、口座振替と年金からの徴収との選択制が検討されているとするなら、これは大きな問題と考える。介護保険の保険料の年金からの天引きは、保険者である市町村の懸命な努力により、すでに円滑に実施されてきており、定着している。介護保険料の支払い方法は、介護保険制度導入の際に、市町村の要望を踏まえて実施してきたものであり、これが前提のため市町村は保険者として徴収を受けた。保険者である市町村の意見を無視して実施されることは適切ではないのではないか。