

介護保険部会におけるこれまでの主な意見・未定稿

※ 第 46 回から第 49 回までの主だったご意見を事務局において整理したもの。ご質問や介護保険制度改正以外についてのご意見を除いている。また、事務局から説明した内容、回答等も除いている。

地域包括ケアシステムについて

- 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを構築していく方向性については賛成。早急に前倒しで制度改正等を行っていかねばならないという必要性は分かるが、現実的なタイムスケジュールをより早く明確にしてほしい。
- 市町村の役割・責任が重くなっていく。スキルアップ、人員拡充が必要となってくる。また、市町村の取組のばらつきを防ぐためにも、都道府県が積極的に関与することが必要。
- 都道府県は市町村の支援をしてきているが、都道府県の役割をもっと明確にしてほしい。
- 地域包括ケアシステムのコンセプトには賛同できるが、それを具体的に実行していく場合に、日本全国を見る限り、なかなか難しい現状がある。どこの地域でも実現可能な水準を見据えながら、当システムの構築を目指すべき。
- ほとんどの人は「地域包括ケアシステム」を知らない。もっと国民に知ってもらうような計画的な取組が必要。

介護保険事業計画について

- 当面の施策に加えて段階的に地域包括ケアシステムの構築を進める施策についても盛り込むべき。特に将来展望を示す上で、給付、保険料推計も併せて盛り込むべき。
- 第 6 期からの介護保険事業計画を、地域包括ケア計画と位置付けることは賛成。人材確保の記載も充実させていくことも賛成。
- 介護労働安定センターでプラットフォームの取組が始まっており、人材確保について都道府県の支援計画の方にも当然あってしかるべき。また、国の役割も検討が必要。
- 一部を除いて市町村の現場力の低下は否めない。前例踏襲的な慣習を改め、各自治体オリジナルの計画策定に期待したい。
- 市町村の事業計画に、利用者や家族の介護保険を利用するに当たって守るべきルールの啓発も追加すべき。啓発活動は市町村の責務において実施すべき。利用者のルール・マナーが悪いことにより労働意欲の減退や辞職につながることもある。

- 介護保険事業計画では利用者が参加しているが、医療計画にはほとんど利用者が参加していない。認知症の人が増える中、計画策定の段階から利用者の視点も生かせるようにすべき。在宅利用者の実態を把握する全国調査がされていない。

在宅医療・介護連携について

- 在宅医療連携事業や地域での在宅医療の展開は、医師会として責任を持って進めたい。
- 基本的に医療政策は県で、介護施策は市町村という今の位置づけの中で、医療・介護連携ということで、市町村が総合調整をすることは良い。都道府県と市町村との役割分担、市町村長の権限を明確にしてほしい。
- 2015年の時点で全ての市町村で実施するのは無理であり、ある程度任意事業のようなものとして走り出させて、2018年に本格的に事業化・必須事業化するという形も考えておくべき。タイムスケジュールを出して、現場で準備を進めていく方策を考えてほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、包括的支援事業となると2号保険料が入らないが、若年者にも効果が及ぶと考えられるので、財源について一考してほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、従来の包括的支援事業と同様に、2号保険料を財源としない方向で考えるべき。
- 医療介護連携には、優秀なケアマネジャーの活用が必要。

地域ケア会議について

- 地域ケア会議は素晴らしい制度であり、進めるべき。ある自治体では、要介護認定率が下がり、保険料が抑制できた。会議の議長をする人の力量により左右されるので、自治体の人材の育成が非常に大切。
- 地域ケア会議は大事であり、困難事例に対して多職種が連携してアプローチしていく考え方は、非常に優れた取組の姿勢。地域ケア会議が良く理解されて機能するためには時間を要する。研修や情報提供など、自治体へのサポートが必要。
- 地域ケア会議では、市町村が当事者となって調整役になるため、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与してほしい。
- 地域ケア会議は、介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる専門職等が適切な意見交換ができる場であってほしい。地域ケア会議そのものの標準化・平準化、質の担保に対して十分配慮願いたい。
- 地域ケア会議は、利用者不在、家族不在に陥りやすい。利用者や家族の視点をどのように入れていくか。
- 地域ケア会議は、扱う課題によって利用者が参加すればよいので、個々のケアプランを議論する場には必ずしも利用者の出席は必要ないのではないか。

ケアマネジメントについて

(ケアマネジャーの質の向上)

- 主任ケアマネジャーは、研修を受ければなれるという仕組みで、実力がどうなのかということがあるため、更新研修は是非とも必要。また、単に研修を受けただけでなく、評価が必要であり、この点はケアマネジャーも同様。
- 主任ケアマネジャーが所属する事業所で何をすべきか明確にすべき。今後はより一層困難な事例が地域に流れてくるので、研修のシステムやカリキュラムの改正のみならず、工夫が必要。
- 実践力のあるケアマネジャーの育成に力を入れていくことが必要。特に自立支援型のケアマネジメントが言われるが、単に自立ということで、利用者が求めるサービスが制限されないように注意していくことが必要。また、保険者機能を強化する上で、ローカルルールの問題への対処が必要。ケアマネ事業所と保険者の建設的な議論が妨げられないよう、都道府県又は国の適切な関与が必要。

(市町村への指定権限の移譲)

- 指定権限を市町村に下ろすことは、権限移譲、地方分権等の観点から賛同する。事務作業等について実務家等の間で検証して、スムーズな権限移譲を図ってほしい。
- 指定権限を市町村に下ろすことは基本的に是とするが、一律的にというのはやめてほしい。それぞれの状況を踏まえ、都道府県と協議をしながらということやってほしい。
- 市町村への権限移譲はおおむね賛同するが、自治体側にケアマネジメントを熟知している職員が少ないため、それらの人材を確保・育成することが絶対条件と考える。

生活支援サービスの充実と、介護予防給付の地域支援事業への移行について

- 市町村が主体的に地域の実情に合った形で、しかも個々の高齢者のきめ細やかな配慮のもとに、こういう地域支援事業を実施していくという方向性については、総論的に賛成。ただし、ソフトランディングできるような経過的な措置が必要。今、予防給付でサービスを受けている人たちが、急にサービスが受けられないことにならないように、既存のサービス等の事業所等から基本的に継続的にサービスが受けられるような仕組みが必要。あるいは、同じサービスを受ける場合でもある程度弾力的な運用ができるような形にして、サービスの効率化やより成果が出るようなサービスの組み合わせができやすいような形にしてほしい。
- 既存のサービス事業を締め出すわけではなく、これを活用しつつ、段階的に移行していくという視点は、大いに賛同できる。とりわけ、例えば、デイサービス事業を1つとっても、実際にやっている事業者は、どの人が要介護で、どの人が要支援か、あまりよ

くわからずにワーカーはやっている。これらは、本来の予防給付とは違うのではないかという疑問を従前から持っていたわけで、特に要支援者に対しては、生活機能のリハビリテーションを中心にしたプログラムの提供なども必要。

- 市町村格差という話が出ているが、都道府県も当然後方支援を行うが、例えば地域支援事業の中に、いくつかの市町村が共同事業として取り組めるようなものができるという規定もあっていい。あるいは都道府県と連携して、都道府県が市町村から逆委託する方法もあるので、地域支援事業の中で都道府県事業として、例えば広域行政が担う普及・啓発や人材の育成の分野については、都道府県が出ていってもいい。
- 予防給付を地域支援事業に移していくことについては、賛同。ただし、移行したが費用や効果も従来と変わらないということでは全く意味はない。市町村で知恵を出し、ボランティアやNPOの地域の資源を活用することにより、費用を抑え、効果を高める仕組みを作り上げることが重要。市町村のばらつきを防ぐためにも、都道府県の支援もお願いしたい。また、地域支援事業の上限設定をどうするかということは、極めて重要。
- 市町村は力量に差があるため、市町村間での差が生じるのではないかという懸念は、あえて当面は多少考慮せざるをえないが、むしろ市町村の能力を高めるためにも、勇気を持って市町村に委ねて、その能力を育てていくということを地域として取り組んでいくことが重要。そのためにも新しい地域支援事業という枠組みはなじむものではないかと考える。
- 介護を受ける方々は、その地域に暮らしているわけで、その地域でまさに民主主義の力で市町村の運営にも声を挙げて、意見を聞き入れる枠組みが民主主義国家にはある。市町村に移行したからといって、直ちに切り捨てられるというものでは決してない。
- ボランティアやNPO法人の活用が挙げられているが、市町村によってはそのような団体がうまく育っていないところがあり、その受け皿づくりについて国の指導や何らかの支援措置をお願いしたい。
- これまでの国の画一的な制度から、市町村独自のきめ細かものになるが、市町村の要望をしっかりと受けとめて、納得・合意の上でスタートするということでなければならない。
- 生活支援体制の充実・強化についてコーディネーターの配置や協議体の設置等があるが、平成27年度の第6期計画から全市町村で実施が義務づけられると、人材の確保等、大変な問題があり、実際に全市町村で実施が可能なのか。市町村で体制整備されるまで、十分な実施期間や猶予期間があればいい。
- 民間事業者自身の参入が容易となるよう、参入主体の規制・障害となるものはなるべく取り除くような措置を検討してほしい。
- 地域住民がボランティアや地域支援事業に似たような形で、自主的にいろいろな活動を地域で行ってきており、そのような活動を育み、主体性を奪わないような形での地域支援事業への移行という配慮が必要。介護保険法の中で、介護保険事業を行うものは法人だという事業者指定の原則があるが、この規定との関係も十分調整をお願いしたい。

- 地域支援事業に移行することで、予防サービスと生活サービスが混在するが、サービスの内容は明らかに違う。予防サービスは、食事のバランスへの気遣いや体調の変化、認知症の初期症状の方の対応など、専門職の知識と技能が絶対必要であり、真に自立支援のためのサービス提供は、介護の専門職が携わるべき。生活支援サービスを支援するコーディネーターは、専門職とすべき。
- 地域支援事業への移行に当たっては、一定時間をかけて行う必要があり、介護に従事する労働者の急激な雇用変化が起こることに十分留意して移行すべき。
- 要支援・軽度の要介護者へのサービスは介護保険制度のサービスを主張してきたが、住民活動をしている人々からは、NPOを含む公的な資金的・管理的な援助の必要性を表明する人が多数だった。今後、地域包括ケアシステムに関する事業を展開するにしても、あくまでも公が責任を持ち、見守りや話し相手などのボランティアな活動と公的な資金に基づく住民参加型事業との区別を明確に行うべき。地域の独自性、知恵を生かした事業が期待されるが、地域格差を生じさせないためにも一定の基準が必要。
- 段階的な運用で、まずは利用者、現場の混乱を回避できるように強く求めたい。また、要支援1と要支援2の状態像というのは、かなりの違いが見受けられることから、十分な注意が必要。また、ケアマネジメントの継続性が問われることにならないようお願いしたい。
- 要支援1, 2を介護保険からの切り離すものではなかったということで安心したが、いくつか不安なところもある。利用者のアセスメントやケアプランの作成を現在の地域包括支援センターで行えるのか、多様な事業主体というのは良いが、運営や人員に基準がないため、実施内容はどう担保するのかなどが心配。
- 予防給付と生活支援の部分を一体的に提供すると、原則地域包括支援センターが作成することとなっている介護予防プランがかなり複雑になってくる。ケアマネ事業者への委任が行いやすくなる取組も必要ではないか。
- 介護給付と予防給付の境界となる要介護認定制度そのもののあり方について、利用者の状況が適切かつ的確に反映され、要介護認定を行う人や要介護認定を行う地域によってばらつきが出ないように、現行の要介護認定のやり方が正しいのかどうか、内容はいいのかどうか、検証していただきたい。
- 市町村が全て決めてしまうことにならないよう、利用者の自由な選択という権利が冒されないことを十分念頭に置いて運営していただきたい。地域支援事業に移行していくに当たって、区分支給限度額に悪影響を及ぼすことのないように、十分調整をお願いしたい。
- 新しい地域支援事業を展開するに当たって、それを裏づけする財源が必要であり、少なくともこれまで予防給付で確保されていた、23年度ベースで言うと6,000億円弱程度の予算規模というのは、確実に最低限確保された上で、それぞれ市町村がその地域の実情に応じて事業を展開することが必要。
- 地域支援事業の上限額は、現行通り、給付費を尺度とし、8%強とすべき。

- 地域の機能強化という視点からは、地域支援事業の上限額は見直すべき。
- 地域支援事業の上限額は緩いと保険料・公費の増加につながる。介護の質を低下させないことを条件に、地域支援事業の上限額をしっかりと設けることが重要。
- 給付立てから事業立てに変更することについては、より柔軟なサービスの提供だけではなくて、ある程度の予防給付の抑制とか事業支出の削減などの財源効果をも期待したい。
- もともとの予防給付という部分は、3カ月ないし6カ月間、トレーニング等を行って改善等が見られたら、そこで一旦卒業するというスキームが最初考えられていたと思う。ところが、利用者は一度サービスを受け始めると、予防給付をずっと受けられているという実態がある。この卒業の部分を入れる前提で考えているのであれば、その部分を最初から説明して、利用者の方に納得していただかないと、市町村が悪者になってしまうし、今のまま、サービスを受け続けること前提で市町村事業に移るのは、極端に言うと市町村の事務経費だけが膨らんでしまって、何の効果もない。
- 天文学的に増えていく介護給付費、それに伴う保険料の高騰があり、予防給付の効率化は重要。ただし、市町村で体制整備がされるまで十分な猶予期間が必要。また、人員基準や運営基準、また単価設定など全国一律から、ボランティアやNPO等を活用することにより、地域の実情に応じた取組が可能になり、その結果として、事業費も下がるのではないかという狙いもあるだろうが、結果として事業費が下がらなかった場合について、保険者として非常に強い懸念を持っている。
- 集いの場や見守りといった高齢化社会に向けた街づくりそのもの、社会基盤に関わるものまで、なぜ2号の保険料を投入するのかについて整理が必要。
- 地域支援事業は、市町村の裁量で内容が決められる仕組みであり、まさに市町村の事業である以上、2号被保険者の保険料を財源として充てるべきではない。また、地域支援事業への移行に当たっては、必要性の高い介護サービスに重点化していく観点から、介護予防、生活支援でも効果が認められないものは、保険給付の対象から外していくことも視野に検討すべき。
- 事務局の案では、利用者の極端なサービス抑制にはつながらないが、地域格差が生じる懸念がある。また、シャドーコストやインシヤルコストがかかる。そのため、要支援1のみをまず地域支援事業に移行し、要支援2については現行通り介護給付で存続すべき。事務局通りの案で行うなら、市町村のシステム経費等への補助、制度移行に際して早急な通知を提示すること、また、十分な経過措置を設けることが必要。
- 生活支援の充実については、異論はない。インフォーマルなサービスの基盤を作っていくことは、重要であるが、インフォーマルなサービスが全国的に普及し、その活動状況を確認する中で、それを今のフォーマルなサービスを担うだけの担い手としてよいのかを検討すべき。
- 2006年4月の予防給付の導入の総括が、今回の議論の中で十分されているとは思えない。多様なニーズに対応できていないのかと言えば、好事例がたくさん提供されていて、介護予防事業の形で色々な地域で活動されているという紹介もあるので、どれだけ対応できていないのかが十分理解できていないところがある。

- 地域のサロン等の形に置き換わる中で、訪問や通所のサービス利用者が地域で減っていくことによって、本当に担い手であるサービス事業者がその地域で継続的に提供してくれるのかという不安もある。地域の資源の差にも、大きな心配がある。
- 要支援を介護給付から地域支援事業に移行することについては、強い不安と懸念がある。市町村が地域の実情に合わせて、効果的・効率的に事業を行うことで、多様なサービスが受けられて充実するという考え方には賛同できない。人員基準や運営基準がなく、事業内容は市町村の裁量であるため、本当に認知症の高齢者の大変な状態、初期段階の状態に対応できるのか。認知症は、初期の段階においてこそ、しっかりした専門職がケアする介護保険でやるべき。

介護予防事業の見直しについて

- 1次予防事業と2次予防事業を区別しない案は、おおむね賛同できる。
- 廃用症候群の原因を取り除くために、多職種、特にリハ職の適切な関与と目標設定が大事であり、さらには行き場をつくることの重要性については、賛同する。1次予防と2次予防事業と分けないという考え方も賛同する。今回、予防のモデル事業の中で、多職種、特にリハ職の介入が好結果につながっているというデータが示されているが、今後にとって大変明るい材料。
- 1次予防事業と2次予防事業の境なくやっている市町村もあり、境をなくすことには賛成。一方で、今までハイリスク高齢者に対して、運動、口腔、栄養など課題別のアプローチをしてきた部分については、効果も出ているので、事業実施後の評価も加えて、エビデンスとして蓄積する必要がある。
- 1次予防事業、2次予防事業の区別をなくすという方向性でよい。特に、介護予防事業は重要だが、誰をターゲットにするかということは、これからさらにもっと精査していく必要があり、まず第1弾として、今の枠組みから変えることは非常に重要な第一歩になる。

高齢者のリハビリテーションについて

- リハビリテーションの専門職は限られ、偏在しているところもあることから、地域包括支援センター等に、サポートしていくシステムを都道府県単位ぐらいで考えていくことが必要。
- 訪問系リハ職の供給不足が顕著であり、何らかの措置が必要。

地域包括支援センターについて

- 在宅医療・介護連携など、地域包括ケアシステムの構築のためには、地域包括支援センターの果たす役割は大きく、機能強化が必要。
- 全ての地域包括支援センターを同じにするのではなく、基幹型には人を集めるといった視点も必要。
- 自治体内に複数の地域包括支援センターがある場合、可能な限り1か所は自治体直営とし、基幹型の機能を果たすべき。また、地域包括支援センターの従事職員で、在宅介護や在宅医療で働いた経験年数が浅く、圏内の介護従事者よりも力量が十分とは言えない者も少なくない。そのため、従事職員に対する何らかの措置を講じるべき。
- 認知症地域支援推進員やコーディネーターの配置などを全ての地域包括支援センターに備えるのではなくて、基幹型とか地域型というような、機能を分けて考えていった方がいい。
- 行政と地域包括支援センターの役割をもう少しはっきりとしていくことが、当面大事な視点。

認知症施策について

- 今までとは違い、予防的な視点が含まれていることや今までより個人に対する視点があることは評価できる。今回進められようとしている認知症初期集中支援チームという試みは非常に評価できる。認知症地域支援推進員も地域包括支援センターの強化につながり、センターの負担をより減らすこともできる。
- 特に早期診断・早期対応が重要であり、認知症初期集中支援チームを中心に認知症の専門医療機関の整備を積極的に行い、早期診断を行い、切れ目のない支援を図るべき。
- 認知症施策については、内容的には賛同するが、認知症初期集中支援チームや認知症支援推進員の配置の人材養成と、財源確保が課題。
- 認知症初期集中支援チームの設置などモデル事業を継続事業として制度化することについては、介護保険制度の財源でどこまで賄うべきものなのか、慎重に議論すべき。
- 認知症初期集中支援チームでサービスにつながった後も、多職種の訪問事業を実現できるような方向性をとっていただきたい。
- 認知症の方々が地域で見守られながら生活していくには、インフォーマルな資源なしでは難しい。きめ細かい対応が必要で、現場にいる専門職の方々がもう一回り大きな仕事の仕方をしていって、重なり合うような場面をたくさん作っていかないと、この地域包括ケアシステムにはすき間が出てきてしまう。
- 認知症の施策については、方向性については非常に重要だが、支え手の知識・技術の向上は不可欠。特に研修体制については、十分な予算を確保した上で、あまねく認知症に関わる人たちの技術が向上できるようにお願いしたい。
- 認知症の実践者研修について充実が必要。

介護人材の確保について

- 介護サービスは成長産業だということをアピールして、介護人材の確保を国の政策として推進してほしい。
- 介護福祉士の資格を持っている方の3割、4割が介護関連の仕事についていない。待遇改善と教育の充実が必要。
- 資料について、視点や方向性が分かりやすく論点整理されており、それぞれの立場の方が目標や戦略を描ける。介護人材が介護職員に限定されている点は気になる。取組の促進策の中に賃金表の整備を入れていただきたい。都道府県の取組事例が出ているが、見える化の促進や、使用前・使用後のデータ化もお願いしたい。
- 看護職員やリハビリなども含め、福祉領域で働く人材をどうやって確保していくのかということについて、需給の実態を把握しながら施策を立てていく仕組みを作っていくことが必要。特に、訪問看護に関しては、人材不足は猶予がないような状況。
- 人材確保は重要な課題だが、介護福祉士等が必ずしも介護福祉分野で仕事をしないこと自体を過度に憂う必要はない。能力を持っているので、しかるべき時期にはまた介護福祉分野で仕事をしてもらうことで、幅広く介護人材が確保されていくことになる。
- 介護職員の待遇改善は引き続き重要ではあるが、介護報酬が公的に決められている以上、自由に値段は決められない。一つの打開策として、自由に値段が付けられる保険外のサービスを混ぜることで待遇改善につなげるのも一つの道。
- 供給側、需要側、それぞれ両者の働きたい、又は賃金を払いたいという情報を何らかの形で集めて、両者をにらみながら適切に介護報酬を決めていくという道も、実験的な手法だが、一つの方法。
- 介護人材の確保は介護職員の処遇改善が大きなポイントになるが、介護事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、介護事業者のさらなる自助努力を求めていくことを優先すべき。
- 情報公表制度において、職員の保有資格、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」の取得状況、常勤・非常勤の別、経験年数、勤続年数、賃金に関する情報などの公表を検討すべき。
- 処遇改善を介護報酬で対応するのでは、十分に従業員に回っていかない。産業別最低賃金を積極的に活用するなど、正当な賃金水準確保のための環境整備に積極的に取り組んでほしい。
- 介護の現場に一般の方が入りやすい環境づくりが必要。PT、OT、STあるいは管理栄養士などのリハビリテーションの専門職の確保がこれから更に求められていくのであれば、何らかの制度的な措置を今後検討していくことが必要。
- 介護能力をどうやって評価するのか、そして、それをどうやって高めていくのかが課題。
- 准介護福祉士については、介護福祉士の資格制度を複雑にするだけであり、このまま廃止の方向でご尽力いただきたい。

在宅サービスについて

(総論)

- チームケアにおけるサービスが円滑に提供され、かつ、質の低下を招かない限り、人員基準等の規制緩和を進めていくことは賛成。規制はサービスの質の向上等を十分検証した後に必要最小限に行い、事業者の自主性をもっと尊重すべき。
- 看護師不足という実態を踏まえ、各サービス類型が連携して効率的に事業サービスを提供するという方向性は支持したい。
- 人員基準の緩和が出てきているが、人材確保はとにかく手を抜かないでやってもらうというのが大前提。

(通所介護)

- 小規模の通所介護について、地域密着型サービスとして市町村の指定にするという方向については、賛成。ただし、市町村の事務の負担が増えることから、例えば運営協議会での承認をある程度形式化するなど、配慮が必要。
- 地域密着型サービスにどの程度移行させるかによって市町村に与える事務負担が大きくなるが、移行に当たって市町村が円滑に事業を担えるよう配慮すべき。
- 小規模の通所介護について、一部を除き市町村の現場力低下は認めないため、段階的に権限を移譲していくという意味で十分な経過措置を設けるべき。
- 地域密着型への分類については民間介護事業者としては賛成。これにより、一層地域との交流や、きめ細かいサービスが提供できる。
- サービスの提供の仕方は非常に多様化されているが、評価・効果を共有するためにも、個別支援計画の充実とケアマネジャーへの提出を必須にしていきたい。
- 通所介護の事業内容を類型化してメリハリをつけていくという方向性は支持したい。
- デイサービスについては、レスパイト、高齢者の社会参加、機能訓練という3つの機能があり、機能訓練に特化したものを評価する方向性というのはデイサービスが元々持っていた機能からすれば疑念を感じる。
- 通所介護のレスパイト中心というのは一体どんなサービスが提供されるのか心配であり、サービス内容についてきちんと検討すべき。
- 今まで通所介護と通所リハビリの違いは何度も議論されてきたが、同じテーブルの上で整合性を考えた議論をする必要がある。

(お泊まりデイサービス)

- 「お泊りデイサービス」の中には質の悪いサービスがあるため、法定外部分といえども保険給付と併用する場合、「宿泊」部分については全国一律の規定を設けるべき。

- お泊まりデイサービスについては、十分な職員体制の確保、防火体制の整備、利用者の尊厳が保持された環境を確保するというような観点での基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスは、需要が非常に高いが、利用者の安全面や環境、処遇面において基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスについて、何らかの基準を設けるべき。介護保険外のサービスとはいえ、併設されたサービスであり、例えば届け出をすることで、都道府県としても指導がしやすくなる。
- お泊まりデイサービスについて、大変劣悪な環境の中で泊まりが実施されている場合もあるため、きちんとした規定等で管理すべき。

(定期巡回・随時対応サービス)

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが普及しないのが、啓発の努力不足だけなのか、もう少し深掘りする必要がある。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスも複合型サービスも看護職員の確保がネックになっており、定着確保、復職支援を行うべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及が進んでいないのは、採算性等の問題が大きいのだろうが、より一層、経営情報等をタイムリーに提供していただきたい。
- 訪問介護における身体介護の20分未満についても、生活を支える意味では大事であり、引き続き推進していくべき。

(小規模多機能型居宅介護)

- 基準該当短期入所生活介護事業所を併設できる事業者等の対象について、小規模多機能型居宅介護事業者に拡大することは非常に歓迎する。ただし、性格の異なるものが1つの建物におさまるものであり、短期入所生活介護の基準に引っ張られることがないように留意しつつ、基準関係の見直しをしてもらいたい。

(複合型サービス)

- 複合型サービスにも空き家の活用を進めていくべき。登録定員の上限、宿泊サービスの定員の規定などの緩和の検討については、賛成。
- 24時間365日、看護師を常時配置しなくてはならない点がネックになっており、配置基準の緩和で普及が進むのではないか。

(訪問看護)

- 機能強化型あるいは拠点型、名称は色々あると思うが、そういったステーションの創設を検討すべき。訪問看護の人材確保は大きな課題。病院から訪問看護あるいは介護保険エリアに出向するという考えも一つある。

- 都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービス確保のための施策を策定し、介護保険事業支援計画に盛り込むことは是非進めるべき。訪問看護の事業所の指定を市町村に移譲するということをあわせて検討すべき。
- 訪問看護師を中心に介護分野の看護師不足は深刻であるため、医療と介護における公正な看護師配置施策を考えないと、根本的な問題解決にはいたらない。

(福祉用具)

- 保険給付として福祉用具貸与のみしか利用していないケースは、ケアマネジャー有資格者の福祉用具専門相談員に業務を移譲することも検討すべき。
- 福祉用具について減額の届出という点について非常に歓迎すべきだが、行き過ぎた減額等がないような配慮も必要。
- 公定価格化を検討すべき。
- 福祉用具貸与のみのケースについて、ターミナルのケアのように医療の訪問看護を活用しつつ福祉用具貸与を利用するケースもあるので、ケアマネジャーによるモニタリングのあり方を見直すに当たっては、そのような点も踏まえた慎重な議論をすべき。

(住宅改修)

- 住宅改修の登録制については賛同。
- 改修事業者の登録制を進めるべき。福祉住環境コーディネーターといった住宅改修の専門家の育成や活用について、制度的な枠組みを整えていくべき。
- 住宅改修については、相談機能が重要であり、退院・退所時の相談体制に重点を置いて体制整備を図ってほしい。

(介護ロボット)

- 介護ロボットの活用について、一定の報酬上での評価をお願いしたい。それが、介護ロボットの普及推進の起爆剤になる。
- 介護ロボットについて、将来的な保険適用やその範囲を検討するのであれば、利用者本人の自立につながり得るものかどうかなど、保険給付の低減につながる経済的側面を含めたアプローチが必要。

(その他)

- 介護保険サービスは「準市場(疑似的市場)」であり、「純市場(完全市場)」ではない。そのため「供給が過度な需要を生む」といった無駄な保険給付が生じることは不適切。ゆえに「混合介護」を否定するつもりはないが、不適切なビジネス体系に陥る危険性も否定できないため、詳細を分析しながら場合によっては何らかの規制を考えるべき。

施設サービス等について

(特別養護老人ホーム)

- 介護保険を今後とも持続可能な制度としていくためには、限られた財源の中で選択と集中は避けられず、特別養護老人ホームへの入所は重度者に重点化をして、軽度者については在宅という流れを進めて、全体的に効率化を図るべき。特別養護老人ホームについては3以上の要介護者を対象とすることに賛成。
- 要介護3以上に重点化することは賛成。県内で入所指針をいくら厳格化しても、他県の施設で要介護1、2の方が入って、住所地特例を受けては、平等という意味でもおかしいので、法律による厳格化をお願いしたい。
- 一定の中重度の在宅生活の困難な人への施設という位置づけについては、一定の理解はできるが、どこを境界にすべきかについては、さらに専門的な検討をしていただきたい。
- 特別養護老人ホームの待機者が多い中で、対象者を中重度に絞り込む方向性は理解できるが、現に入っている方々への対応については十分に配慮すべき。
- 要介護2以下の軽度者の中には、住宅事情等によって在宅介護が困難な方もおり、その受け皿については、重点化とセットで考えるべき。
- 入所申込要件を中重度に特化していく議論は、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られることから、変更するならば要介護2からとすべき。
- 入所判定基準に基づいて、年々要介護度も高くなり、重度化しているのが実態であるが、特別養護老人ホームは老人福祉法に基づく施設で、地域の事情によってセーフティネットとしての役割を果たすべく、相応の判断があって、軽度の要介護者1、2の方の入所も行われている。今後も特別養護老人ホームが有する福祉機能を確保するため、入所判定は事業者の主体性に任せるべき。
- 要介護1・2の方の中には、認知症でBPSD等が非常に活発で、どうしても在宅で生活できないというケースもあり、要介護3以上に入所制限することで、こういった方が特別養護老人ホームを利用できなくなることは問題。要介護認定の問題かもしれないが、要介護度ではなく、必要性で見るべき。
- 実態として入所判定基準に基づいて大部分は重度な方が入所するが、一部どうしてもやむを得ない事情がある場合は要介護1、2の方の入所があつてしかるべき。入所判定基準を見直す等、運用を厳格化することによる対応も可能であり、入所判定は施設に任せるべき。もし法的に要介護3以上に入所制限する場合であっても、実態に応じた裁量的な施策をとるべき。
- 施設サービスの提供と住まいの確保とは別問題であり、特別養護老人ホーム入所をあえて要介護3以上に限定して被保険者の選択の権利を狭め、国民の不安と不信を拡大することには反対。
- 特別養護老人ホームの入所者は高齢化・重点化が進んでおり、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題であり、医療提供体制の再構築が必要。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制や外部の医療サービスの導入等、「終の棲家」の役割を担うための医療ニーズに対応した特別養護

老人ホームの医療、看護のあり方、運営体制、報酬体系等について検討が必要。

- 低所得者層で施設入所がどうしても必要な方の場合、特別養護老人ホームしか選択肢がないケースが非常に多い。その中でユニット型一辺倒になると、行き場のない方が出てくる。そういう意味で、プライバシーに配慮した多床室がこれから必要。
- 原則、新設する特別養護老人ホームの居室は個室としながらも、状況に応じて一部プライバシーに配慮しながら多床室も増やすべき。
- 個室ユニットにしていくというのは、基本的にはいいかもしれないが、個室のメリット、デメリットもあれば、多床室のメリット、デメリットもあるわけで、がちがちに個室ユニットしかないというような考え方で特別養護老人ホームを整備していくことはいかがなものか。
- 多床室問題について、現在 75%が多床室であり、プライバシーの確保についても調査が進められているということで、その結果を期待したい。
- 特別養護老人ホームの運営主体についても見直すべき。

(高齢者向け住まい)

- 養護老人ホーム、軽費老人ホームは、要介護 1・2 を含めた低所得高齢者の生活の場として必要な場合がある。養護老人ホームは措置控え等があり、ベッドが空いている状況。特別養護老人ホームと養護老人ホーム、軽費老人ホームというのは一体的に検討すべき問題。
- 措置控え・老朽化・多床室といった問題から養護老人ホーム、軽費老人ホームといった社会資源が有効に活用されないのはきわめて問題。今後増加が見込まれる低所得者、処遇困難者への対応として、養護老人ホーム、軽費老人ホームのセーフティネット機能を再評価し、これに対する支援策を再考する必要。
- サービス付き高齢者向け住宅を増やしていくことに反対はしないが、重度の方が安心して暮らしていくには、「生活支援員」の責務に、現行の規定よりも介護的業務の要素をさらに加えるべき。なお、サービス付き高齢者向け住宅ではないが、看板上「高齢者住宅」といったビジネスモデルが一部に見られ、サービスの質や不適正な介護保険給付が懸念される。また、住宅型有料老人ホームの一部に、モラル的に問題があるサービス体系が見られる。
- サービス付き高齢者向け住宅については、自己評価を公開して、それと違ったら異論が出るというような仕組みが必要。
- サービス付き高齢者向け住宅については、一体どんなサービスなのかというのがよく分からない。利用する側にとっては誤解も生まれやすい。
- 高齢者ハウスの構想を進めるに当たっては、利用者の安全に十分配慮し、いわゆる貧困ビジネス化させない歯止め策となる基準が必要であり、また、NPOを含めた多様な事業主体の参入が想定される中で、養護老人ホーム、軽費老人ホームのノウハウや専門性をこの構想にも十分活かすように努力すべき。
- 空き家の活用の際、耐震性とか安全性の度外視というのは絶対あってはならない。

(介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

- 老健施設における医療をきちっと提供できる構造を、無駄のない社会資源として使ってほしい。老健施設の在宅復帰について、在宅復帰率の計算上、全ての退所者が分母になり、医療機関への転院が分母に含まれているが、医療機関へのトリアージを行って転院事例が増えると在宅復帰率が低下するというジレンマが生じており、検討すべき。
- 介護療養型医療施設の廃止方針について、方針をころころ変えるようなことはしないで、計画的に29年度末の廃止に向けた対応をとるべき。
- 医療的ニーズを伴う要介護高齢者が増えており、それらの受皿不足を考慮して介護型療養病床の廃止時期を延期すべき。
- 介護療養病床の将来について一定の方向づけをされても地域特性があって動けないところが少なからず存在する。しかしながら、看取りや医療・介護度の高い患者への対応など十分に機能を発揮している施設もあり、介護療養病床をこのまま廃止に持っていったら大きな不安が生じるだろう。

(その他)

- 施設のケアマネジメントについては、事業者の理念や整備の基盤によってマネジメント機能が高められたり、浸透の仕方が違ってくるので、まず、移行をスムーズな形にするためにも、ケアプランと個別支援計画の関係を整理して介護、看護、リハビリ等の計画が効果的かつ総合的に提供されることが必須。

利用者負担について

(総論)

- 団塊の世代全てが後期高齢者となる2025年には、介護保険のサービス利用者は約657万人、総費用額は約21兆円にまで膨らみ、保険料は平均8,200円程度になると見込まれている中で、制度の持続可能性を高め、国民の信頼を確保できる制度設計が必要。世代間・世代内での公平を図るための改革として、一定以上所得者の利用者負担引き上げについては賛成。
- 費用負担の公平化の議論の前に横たわるものとして、介護保険の1号保険料の引き上げを避けていくということがあった上で、応分の負担ができる人に2割負担をお願いするということがあるのではないか。
- 協会けんぽの適用事業所約160万のうち4分の3が、従業員9人以下の中小零細であり、これ以上の保険料引き上げは避けなければならない。一定以上の所得を有する高齢者には応分の負担をお願いせざるを得ない。
- 費用負担については、高齢者の関心は非常に高い。若い世代の負担を増やしたくないとか、保険財政を心配している、また、世代内の負担の公平化ということについては、理解をしている方々が多くいるという印象。

- 社会保険である介護保険については、保険料の差をつけて、給付は一定というのが基本と考えてきたが、高額介護サービス費という仕組みがあることを考えて、同一世代内の公平性の確保という考え方には一定の理解ができる。
- 要介護状態に陥るのは本人に帰責できない事由による場合も多く、そういった人に対して更に利用者負担を引き上げることは、公平性にそぐわない。そう考えると、利用者負担ではなく保険料で応能負担を強化する方向も考えられるのではないか。
- 現行の1割負担でも、経済的事情によりサービスの利用を控えている場合がある。利用者負担の引き上げを行うと、より一層、本来必要なサービスの利用を控える結果となり、そのために介護者の負担が増えることや、重度化が進むといったことも危惧される。

(一定以上所得の基準)

- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準（年収383万円（単身の場合）・520万円（複数の被保険者がいる場合））と異なってもよいと考えられ、事務局が提案した一定以上所得の基準は概ね妥当。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準の案①（被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上相当。年金収入の場合、年収280万円以上）・案②（住民税課税者である被保険者のうち所得額が上位概ね半分以上に該当する合計所得金額170万円以上相当。年金収入の場合、年収290万円以上）を比べた場合、世代内の公平という観点から、被保険者全体に占める比率を用いている案①を採用すべき。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準は低すぎるのではないか。後期高齢者医療制度の現役並み所得者は被保険者の約7%、入院レセプトに占める割合は約5.5%であり、それと比較して対象が広い。
- 介護保険制度の創設以来はじめて利用者負担の引き上げを導入するからには、慎重な検討が必要。このため、一定以上所得の基準は、まずは医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせ、2割負担を定着させたいうえで、その状況を検証・分析しながら対象層を拡大できるかどうかを議論すべき。
- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせれば、高齢者をはじめとする国民の納得を得られやすいのではないか。
- 医療保険制度現役並み所得の基準と異なる基準とした場合、高齢者の認識と乖離するのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準と異なる基準とする理由として、介護サービスは医療サービスと比べて費用の額が予測可能であるとの説明がされているが、介護の場合、利用者は長期化リスクの不安を抱えており、高齢者の受け止め方とは齟齬があるのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準は、実際の現役世代の収入より相当高くなっており、これを現役並みとは言えない。このような基準を介護保険制度に導入すべきではない。
- 一定以上所得の基準は、保険料第6段階（合計所得金額190万円以上）からとすれば、わかりやすく、合理的ではないか。

- 高額医療合算介護サービス費というセーフティネットも整備されている中で、住民税本人課税者については一律に利用者負担引き上げをお願いすべきであり、一定以上所得の基準は、保険料第5段階（住民税本人課税者）からとしたらどうか。そうすれば対象者の判定事務も容易。
- 一度に住民税本人課税者まで広げられないということであれば、その道筋の途中として、事務局提案の案①が適当ではないか。
- 高額医療・高額介護合算制度がセーフティネットとしてある以上、本来であれば少なくとも課税層については、一律的な利用者負担の引き上げが検討されてしかるべき。法案上のたてつけはあくまでも過渡的な措置と位置づけ、将来的には一律引き上げを改めて検討することを前提に議論すべき。
- 一定以上所得の基準を保険料第5段階で区切った場合、生活保護との関連も整理しないと不公平感が生じてくるのではないか。
- 一定以上所得の基準を検討するにあたって、現役時代に平均的な収入があった方に負担をお願いするという方向も考えられ、モデル年金が線引きの一つの指標として参考になるのではないか。
- 事務局の示した平均的消費支出のモデルでは、あまり余裕がないのではないか。
- 平均的消費支出のモデルについては、今後の年金のマクロ経済スライドの影響や、消費増税、医療保険料・介護保険料の増加により、可処分所得は目減りしていくことを踏まえて検討する必要がある。
- 全国消費実態調査によれば、要介護認定を受けている者がいる世帯の方が、いない世帯よりも支出が多くなっており、そういった実態も踏まえて検討する必要がある。

（高額介護サービス費）

- 高額介護サービス費の利用者負担の上限見直しについては、事務局案で概ね理解を得られるのではないか。
- 2割負担とした場合、高額介護サービス費の上限に該当する人も多く、必ずしも負担が2倍になるわけではないとの説明だが、高額介護サービス費の上限見直しも検討すべき。

（その他）

- 利用者負担は1割から急に2割とするのではなく、1.5割の層を設けることも考えられるのではないか。
- 利用者の家計にとって医療・介護は不可分であり、両者の負担をセットで考えていく必要がある。
- 保険外サービスを利用する者は案①・案②に該当する層に多いと考えられ、保険外サービスの成長や消費マインドへの影響を踏まえて検討が必要。
- 新たに所得判定を行う必要が生じることにより市町村の事務が繁雑になるため、市町

村と実務面の協議を十分に行ってほしい。

- 利用者負担をお願いする以上、介護保険の理念である重度化予防・状態の維持改善に資するサービスを介護報酬で評価し、サービスの質を確保することで、国民の理解を求めていくべき。
- 消費税の8%、10%への引き上げ時に、消費税をどのように介護の充実に充てるのかについて、具体的なプランを積極的に発信して、負担増の理解を求めていくべき。
- 利用者自身がケアプランの内容に問題意識を持ってもらうため、ケアプランの作成にも自己負担を導入することを検討すべき。

補足給付について

(総論)

- 制度の持続可能性を高め、世代間・世代内の公平を図る観点から、補足給付の支給要件について、単にフローの所得だけでは把握できない負担能力を加味するために、資産を勘案することには賛成。
- 金融資産等を多く有しているにもかかわらず、住民税の課税所得が少ないことを理由に負担軽減の恩恵を受けているという現状は改善すべき
- 補足給付はこれまでも在宅で生活していた方にとっては不公平感のあるものであったため、提案の方向性は理解するが、資産の有無を自己申告制とした場合、新たな不公平が生まれてしまうことが懸念される。
- 正直者が馬鹿を見るというようなことがないようにすべき。
- いきなり完璧な資産勘案を導入することは困難であるが、第一歩として、事務局の提案内容を導入すべき。これにより新たな不公平が生まれることを懸念するよりも、現に生じている不公平を解消すべき。
- 資産勘案については、実務的に対応可能かという点が一番の課題であり、現実的な方策を詰める必要がある。

(預貯金等の勘案)

- 事務局が提案した預貯金等の基準(1,000万円(夫婦で2,000万円))は妥当。
- 預貯金等の基準は1,000万円(夫婦で2,000万円)と提案されているが、すぐに換金できない生命保険が含まれている場合や、負債を有している場合もあり、こういった事情にきめ細かく対応する必要があるのではないか。
- 負債を勘案するかどうかは精査する必要があるが、勘案するとしても、それを逆手にとって自らの経済力を過小に見せるようなことは起こらないようにする必要がある。
- 仮に金融資産は把握できるとしても、タンス預金は勘案するのかといった問題はどうしても生じるため、ある程度の割り切りは必要になってくる。
- 預貯金等は自己申告制とし、ペナルティーを強化するというが、果たして実効性がある

るかどうか疑問。

- 不正防止の徹底を図るべき。
- 預貯金等を自己申告とした場合、金融機関調査も可能にするとのことだが、生活保護分野でさえ金融機関は非協力的であった。ましてや介護保険の分野で、市町村が金融機関に対して個人の金融資産を確認できるのか。よほどの制度的裏付けが必要となるのではないか。
- 申請前日に子どもに財産を贈与するといった対応を防ぐためにも、預貯金等の残高は、補足給付を申請する1年前の時点を基準として把握してはどうか。
- 預貯金等の申告については、本人が高齢で自ら申告できない場合があるが、子どもから経済的虐待を受けているケースも存在するため、配慮が必要ではないか。
- 預貯金等の基準の境界に位置する人にとっては負担感・不公平感が大きいのではないか。
- 自分の葬祭費用を用意している高齢者が多いが、こうした意識を尊重すべきではないか。

(不動産の勘案)

- 不動産についても、不動産担保貸付制度を浸透させ、きちんと勘案すべき。今後さらに保険料が上がっていく中で、不動産をたくさん持っている人に補足給付をするということでは、保険料負担者の理解を得られない。
- 不動産は換金性が低いため、慎重に検討する必要があるが、貸付制度の活用は十分想定できるものであり、前向きに検討すべき。
- 不動産の勘案は保険者の事務手続に多大なコストがかかるため、反対。勘案するのは預貯金等のみとすべき。
- 固定資産税評価額で2,000万円以上が基準になるとすれば、対象として想定されるのは、ほぼ大都市ではないか。それぞれの市町村において具体的にどの程度事務負担が増えるのか、実証的な検証を行ってほしい。
- 農山村では売却不可能な不動産が多く存在しており、担保権設定が非常に困難なケースや、設定できたとしても少額となるケースが想定される。そのような中で果たして実務的に対応可能かどうか、詳細な検討が必要。
- 固定資産税評価額は変動していくもの。また、担保権を設定したら、長期に渡る不動産管理が必要。こういったことを踏まえ、費用対効果や事務の委託先を検討する必要がある。
- 固定資産税評価額については、評価替えにより相当程度上昇するケースがあるが、そのような場合に課税標準は軽減する措置があるため、課税標準を用いればよいのではないか。また、固定資産税評価額で見ようとすると、都市部の方が山間地域よりも高く、都市部で負担感が大きくなるが、課税標準で見れば大きな差は生じない。
- 勘案する不動産について、基本的には宅地で良いが、マンションの場合、底地は区分所有となり、1人当たりの持ち分を按分したら小さくなってしまうので、その場合は土

地・建物を一体として勘案する方がよいのではないか。

- 貸付の委託先として、生活福祉資金の貸し付けを行っている社会福祉協議会は考えられないのか。
- 貸付制度については、判断能力の低下している高齢者が利用することを踏まえると、外部委託できちんとした対応ができるのかどうか不安。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないとされているが、仮に現在同居していなくとも、様々な事情により子どもが同居せざるを得ない状況になることもあり得るため、様々な個別対応が必要となってくるのではないか。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないという考え方はわかるが、調査を受ける一時点のみ偽装するようなことは起きてはならず、実務上難しい課題。
- 農地については、異なった利用をしている場合があり、特に都市部は宅地と見なすことが必要ではないか。
- 農地は対象とせず宅地のみとすべき。

(非課税年金の勘案)

- 遺族年金、障害年金といった非課税年金についても、所得として勘案することが必要。
- 遺族年金の勘案には賛成だが、障害年金の勘案には反対。
- 障害年金を他の非課税収入と同じように捉えて良いかどうかは、慎重に検討する必要がある。

(その他)

- 補足給付は本来の給付外の福祉的給付であり、その性格は低所得者対策。このため本来、その財源は介護保険ではなく、全額公費である福祉財源で賄うべき。

1号保険料の低所得者軽減について

(低所得者軽減)

- 今後ますます1号保険料が上昇していく中で、負担できない事態となれば徴収率が下がってしまう。徴収率を保ったうえである程度の負担をしていただくためには、低所得者への軽減策をきちんと講じていく必要がある。
- 軽減の方法として、別枠での新たな公費投入を確実に導入してほしい。そのための財源として、1,300億円程度を確実に充当してほしい。
- 消費増税分の財源は、低所得者の保険料軽減よりも、むしろ保険料の地域間格差是正のために投入すべきではないか。
- 低所得者軽減策に公費を充てるとなると、実質公費負担は50%以上を超えるため、公

費負担割合が50%以上となると理解する。

- あくまで保険料でとるべき部分を軽減するものであるという目的を明確にするため、今回の措置を公費負担割合の拡大として位置付けるべきではない。

(多段階化)

- 既に保険者で多段階の保険料設定をして細分化して対応されているので、これになってさらに弾力化する方向については賛同。
- 保険料の多段階化は、従来から各市町村において独自に取り組んできており、これにならった方向性として賛成。今回標準9段階化を導入することで、市町村間の対応のばらつきがある程度収斂することも見込まれる。
- 多段階化により、高所得者の保険料負担が増えることも考えられる。介護とは無縁な高齢者に対する地域の事業なども具体的なプランとして打ち出さなければ、負担増となる1号被保険者の反発につながるのではないかと。

(その他)

- 高齢者と現役世代の負担のバランスを考える意味でも、2号保険料の軽減にも目を向けた施策を検討してほしい。

その他

- 制度改正にあわせて、電算システムの変更などの大きな事務コストが出てくることから、国による財源措置をお願いしたい。
- 介護・医療関連情報の見える化は重要であり、進めていただきたい。
- 介護認定審査会の経費などの事務的な経費をどう抑えていくかという視点も必要。
- 費用負担の公平化については、制度改正の効果に係る将来推計を出してほしい。
- 調整交付金について、5%交付されていない保険者では、差分を1号保険料で負担しているが、全て1号被保険者にしわ寄せが来るのはいかがなものか。調整交付金は別枠化してもらいたい。
- 調整交付金の役割は保険者間の1号保険料の格差を平準化するものであって、配分に地域差が生じるのは制度上当然。同じ所得であれば同じ保険料水準となる制度が望ましいので、他の市町村の保険料水準との差が見える化できるとよい。
- 利用者に対する説明を求められるのは現場のケアマネジャーなので、現場に対する説明や周知を保険者が責任を持って行うことが必須。
- 補足給付の見直しについては相当煩雑な手続が必要となるため、施設入所の際に利用者からケアマネに説明を求められても、対応は困難。きちんとした説明・手続ができないために利用者が不利益を被ることがないようにしなければならないが、不安がある。

- 後期高齢者医療制度施行時のような混乱を招かぬよう、広報活動を展開し、国民にわかりやすく説明を行っていくべき。
- 大きな制度改正があるときには、現場の事業者・生活相談員・ケアマネジャー・サービス提供責任者といった人たちが利用者に対して納得のいく説明ができるよう、研修などを行ってほしい。
- 介護離職を防ぐ視点も入れながら検討を進めてほしい。介護離職が進んでいる中、単なる啓発をするだけでなく、もっとわかりやすく介護保険制度を浸透させていく必要がある。