ただ、小規模多機能型の居宅介護などについては、包括的な報酬という形で要介護度別に月額の定額報酬を設定してはどうかという提案をさせていただいているが、地域によってはこの報酬ではビジネスとしてやっていけないという場合が考えられる。そういう場合に、特別な要件を課した上で高い報酬が設定できる余地も残しておいてはどうかということを考えている。

特別な要件については質の担保という観点から市町村が定めることとなるが、具体的な内容についてはこの分科会での議論も踏まえて定めていきたいと思っており、例えば、より多くの職員を配置するとか、一定の資格を持った職員を配置するということが考えられるのではないかと思っている。

駆け込みのところは以前も説明したところではあるが、現在グループホームの指定は都道府県知事の指定であるが、市町村長の意見を聞いた上で指定をするという仕組みを入れているところである。今回の制度改正で、グループホームが地域密着型サービスに移るので、18 年４月以降グループホームに新たに入る者は、基本的にはグループホーム所在の市町村以外の者は利用ができない形で経過措置の仕切りをしてはどうかと思っている。そういう意味で、仮に駆け込み申請があって、ある特定の日常生活圏域にグループホームがたくさん出てきても、将来的には空いていくという形になると思うので、そういうことも含めてきちんと指定をするようにお願いしているところである。

それから高い報酬は、市町村が独自の報酬を決めるという判断によって生ずるものなので、給付費の負担は他の給付と同じように保険料と公費を半々としていくということで考えている。

（喜多委員）

高額の報酬を市町村が決定し、それは介護報酬の対象となれば、各市町村がいろいろな政治的圧力がかかったりして、介護保険制度自体がもたなくなると思う。

全国標準の規定を決めていて、それ以上のことを特例で市町村がやった場合に、全部保険で見るということになれば、調整交付金の在り方自体の意味もなくなってくるのではないかと思うから反対である。

（池田委員）

地域密着型サービスで中重度シフトということをはっきり打ち出したことは高く評価するが、一方で認知症ケアが非常に手薄ではないかと感じている。特に 15 ページの小規模多機能型居宅介護のことについて、上に書いてある図と、それから真ん中に書いてある最初の丸というのが違っていて、登録者数は 25 名程度、通いの利用者は 15 名程度、泊まりの利用者は５名から９名程度とすることが考えられると書いてあるが、上の図では泊まりの利用は５名までとなっている。

これは流れとしては上の図が先で、後に主な議論が出たわけで、流れとしては別におかしくはないが、25 人登録して、１日当たり 15 人が通所して、泊まりは９名だということは、１か月単位で見ると１人の利用者は１か月 18 日デイに通い、６日から 11 日間ぐらいは泊まって、あとは空いているところに訪問という介護サービス漬けみたいな感じになって、これはかなり重度を対象にしていると理解できるわけである。ところが、一方でなじ

みの職員の関係だとか、こうした流れは認知症ケアのイメージをずっと引きずっているわけである。

つまり小規模多機能型居宅介護というのは２つの流れがあったのではないか。重度者の在宅生活を支えるためにどうすればいいのかというものと、それほど重度ではないが、認知症で家族の負担が非常に高い部分についてどういうサービスを提供していくかという２つの流れがあったと思う。後者の流れは託老所とイメージが重なっていた部分があり、前者は24時間巡回と同じような形で考えられる。

そうすると、柔軟に対応するということであれば幾つかの類型を考えてもいいのではないか。つまり、併設事業所で居住系サービスの受け皿として持っていなければいけないということになると、大規模法人しかできず、非常に限定されるが、質の担保のために必要ということで、重度対象型小規模多機能というものを考えていく。もう一つは、軽装備型で認知症ケア、これはデイ中心になるが、当然ナイトケアも必要になるということだが、それほどナイトケアが必要になるとも思えない。そういった重装備型と軽装備型の２類型くらいに分けて、託老所グループのナイトケアを保障するようなシステムを考えられないだろうか。

もちろん、なぜ泊まりは５名迄が基本で５名から９名になったかというと、それは人数に関わらず、必要な職員は２人いるわけであり、コストの問題があるからである。ただ、毎日泊まりがあって、職員が常に対応しなければいけないという場合、随時泊まりが必要になって職員がそのまま居残るというような柔軟なシステムで２類型に分けた方がいいのではないか。

もう一つ、ケアマネジャーについては、どうしても内部にいなければいけないということになると、これは名義貸し等余りいい方向に考えられない。だから、当面外付けで動かしていくということでいいのではないかと考えている。

以上、認知症ケアの重点化について、地域密着型の中でもう少し検討が必要なのではないかと考えている。

（山崎総務課長）

地域密着型サービスを考える場合に、市町村の特性に応じた柔軟性も大事ではないかということで、制度スタート当初から全国一律の扱いよりもある程度柔軟性のある、仕組みができないかということで今回検討してきているところである。

しかし、一方で、これが野放しになった場合に全体はどうなるんだという議論も当然あるので、市町村が仮にある程度上乗せ的なものをするにしても、その内容についてのガイドラインを国が示す必要があると思うし、加えて厚生労働大臣が個別に承認と記載しているのも、一定のガイドラインに沿った形でやった場合に、こういう制度を認めたらどうかという趣旨で書いているところである。

この小規模多機能を含め、地域密着というのは地域によって大分特性が違うだろうと考えているので、少し幅を持った形のものを今回検討したらどうかということで示しているもので、その中でこのサービスの特性を生かす道はないかということで考えていきたい。

あと認知症の問題は、全体にわたって地域密着の要素として、認知症の高齢者が増えること、そして一人暮らし高齢者が増えることの２点を踏まえているところである。

認知症の対応というのは高齢者介護を含め、実は普遍的要素を相当持っているものではないかと思っていて、小規模多機能についても明確に認知症という形で絞っていないが、このサービスの基本にあるのはそうした認知症をベースにした考え方で、それがほかにも十分適用できる形で対象を特に限定しないというものであり、それが普遍性を持っているサービスであれば、制度全体をそういった制度に切り換えていくという趣旨で考えている。

（横山委員）

いわゆる既存資源の活用とか、効率的なサービスの展開をするということが基本的な視点の中に入っているが、そういう視点からいくと地域密着型は市町村が主体になってやるということで、小規模多機能型の居宅介護の併設できる居住の部分で、地域によって事情も違ってくるということなので、その事業所についてはやはり市町村が柔軟に指定、判断ができることとしたらどうか。

現状では 30 床の小規模特養はだめで、29 床以下のサテライト型の特養はいいということになっている。今まで特養がやってきた介護の専門性とか、あるいは職員の兼務ということが、既存資源の活用の中に入っていると思っている。だから、そういうところに併設を認めることは、利用者にとっても地域にとっても悪いことではないので、現状の特別養護老人ホームが入っていないということは納得できないと考えている。

（矢野委員）

認知症高齢者グループホームにおける医療ニーズへの適切な対応とあるが、医療ニーズへの対応というのはケアプランの中でどういう位置付けになっているのか。また、医療ニーズへの対応が適切かどうかをだれがチェックするのか。ケアマネジャーと保険者が双方でチェックするのか。

（川尻計画課長）

グループホームも入所後、時間の経過とともに重度化してきて、医療の必要度が高まってくる。そういう場合に、同じグループホームの中で看取ってほしいという声もある。

そういうことが対応できるようなグループホームとして、一定の看護職員を確保するとか、24 時間の連絡体制を確保するとか、あるいは看取りに関する指針を策定するとかいう形で、まず体制を整備した上で、医療ニーズへ一定の対応をする。外部の医療機関との連携というのは当然必要で、その場合は加算的な形で報酬を設定してはどうかと考えている。これらのチェックは、今後認知症グループホームの中にケアマネジャーを必置とするので、そこできちんとチェックをし、地域密着型サービスとして市町村に指導監督してもらうことになっているので、適切な対応かチェックできると考えている。

（野中委員）

地域密着型介護老人福祉施設に関しては、地域住民が住み慣れた地域で住み続けるということを実現するためには必要なことと思っているところだが、本体施設との連携を前提に必置規制を規制緩和と書いてあり、施設における配置医師との関係が適切に理解されていない現状がある。

医療医科点数表には、医師はみだりに施設に対して訪問してはならないという項目があり、これについて医師側は非常に怒っているわけだが、これは施設長が配置医師がいるにもかかわらずみだりに往診を依頼してはいけないということと理解している。例えば配置医師に依頼せず地域の医師に往診を依頼するのがいけないというわけではないが、往診料や指導料等を施設側が払う認識を持っていればいいが、その認識がないのが実状である。本体施設との連携で必置規制をどう考えるのか。

あるいは、地域の医師が地域の主治医として行くことが可能になるのか。また看護師が施設に土日はいないが、その為に例えばインシュリンの自己注射をやっている患者が、施設の入所を拒否されるケースがある。それでは本来の目的に反するので、この必置規制の緩和の意味を教えてほしい。

それから、認知症対応共同生活介護の中で健康管理として、医療機関との契約による当該グループホーム、利用者の健康管理に責任を持つ看護師を1名以上確保していることは理解するが、医療ニーズというのは24時間365日であり、本当に1人以上ということが患者の医療ニーズに応じていると想定しているのか。

（川尻計画課長）

地域密着型特養については、現在構造改革特区で何か所かやっているので、今回の人員基準等は、基本的に構造改革特区で行っている形のものを提案している。

その考え方は、29人以下の小規模な特養ということなので、基本的には本体施設があって、そこで医師、栄養士等が配置されているという場合には、例えば車で10分以内くらいの距離にあるという形で特区では運営をしているが、そういう連携状況にあることを確認をした上で、小規模な側には置かなくてよいとしている。

それで、みだり診療の禁止については、中医協でも議論があるかもしれないが、特養については基本的に一般的な健康管理ではなくて、感染症が発生した場合に、外部の医療機関からの協力を得、配置医師だけではなく、いろいろな形で対応することが必要ということで、きちんとした医療体制は確保していこうと思っている。

看護職員の関係については、必ずしも常勤の看護師という形ではなくて、連携体制の下に毎日看護師が機能できるような体制を考えている。

それから、グループホームの看護師についての考え方ということであるが、重度化、あるいは医療の必要度の高い場合ということを考えて、職員として看護師を置く、あるいは訪問看護ステーションとの連携という形で、看護師が機能している場合には加算を考えたらどうかということである。

（木村委員）

夜間対応型訪問介護について、現行の報酬体系では深夜加算等が付いて、利用者の負担が増えるということと、地域での見守りということで大事なサービスであると検討されてきたと思う。出来高報酬と定額ということについては、低額が望ましい。ある一定の負担の中でいつでも呼べるという使いやすさを考えてもらいたいと思う。

それから、小規模多機能型居宅介護の事業所は泊まりがあるので、グループホーム的な人員配置の考え方があってケアマネジャーの配置ということを考えたのではないかと思う

が、そこの利用者のケアマネジメントは実際にだれがやることになるのか。例えば、1事業所の登録者は25名程度とあるが、この25名程度のケアマネジメントは個別に契約したケアマネジャーなのか、それとも個々に事業所に配置されるケアマネジャーなのかよく分からないので教えてほしい。

（川尻計画課長）

ケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護の職員として配置された場合、当該ケアマネジャーは小規模多機能型のサービスだけではなく、例えば訪問看護等のサービスが必要ということであれば、それも含めてケアプランを作成するという整理をしている。

外部のケアマネジャーで対応するということも考えられるが、小規模多機能型居宅介護というのはいわゆる在宅の３大サービスをすべて提供するということなので、ほとんどのケアプランがここでできてしまうという話と、外部のケアマネジャーでやるという場合、小規模多機能に併設型のケアマネ事業所ができて、それに高い報酬をまた支払うというのもおかしいのではないかということで、むしろ小規模多機能の中に配置して、その部分も勘案して報酬を設定していく方が合理的ではないかと考えている。

（田中（雅）委員）

これまでグループホームが急増したことによって質の低下を引き起こしたという教訓を踏まえていかなければならない。

その上で今回、人員や設備に関しては規制緩和という方向があるが、従事者の質という問題からは、介護サービスの質の向上についても専門職の配置、すなわち介護福祉士の配置ということについてきちんと担保すべきではないか。

これまでは、介護福祉士の数が少ないということもあったが、既に介護福祉士は47万を超えていて、その中の３割以上が就労をしていないという実態があり、そういう面においても、やはり質の確保という観点からこれからは介護従事者に関しては資格職の配置を考えるべきである。

（椎名参考人）

定額報酬という言葉が出てきているが、支払い方式として考えた場合、質の担保をどのように考えるのか。質を考えた場合、大きく２つあり、１つはそのデータの質で、例えばアセスメントの中身とかデータの質と、もう１つはサービスの質で、そういう意味で支払い方式として考えた場合に質の担保をどう考えるのか、教えてほしい。

（三浦老人保健課長）

今回は新予防給付に定額的な報酬を入れてはどうかという提案が多いが、新予防給付のケアマネジメントは地域包括支援センターが行うとされているが、地域包括支援センターが場合によってはその委託先としての居宅介護支援事業者と協力しながら実際のケアマネジメントを行っていくということになると考えている。

地域包括支援センターでは職員配置などからいっても、多職種協働のケアマネジメントが行われると考えており、また自立性や中立性の確保のために例えば市町村ごとに運営協

議会を置くなど、多方面で透明性の確保ということを行っていくこととなる。合わせて、ケアマネジメントに定められたケアプランの内容が実施されているかどうかを評価する機能も地域包括支援センターが担うことになるので、そういう点で従前のサービスに比べて、よりケアマネジメント機能が向上すると考えている。

そうした中で適切に利用者の状況についてアセスメントをし、それに基づいて必要なサービスが的確に行われるということが担保されると考えている。

（永島委員）

先ほど認知症というのは普遍だという説明があり安心したが、現在でも通所などで認知症の人が断られるということが多く、その質についての担保はどうなるのか心配している。

それから、小規模多機能とグループホームとの関係はどういうものになるのか教えてほしい。

また、グループホームで看取りという言葉があるが、これはターミナルを意味しているのかどうか、ターミナルを意味しているとすると、訪問診療など、そのほかのことも全部含まれるので、この辺についてはもう少しはっきりしてほしいと思う。

（川尻計画課長）

まず質の担保について、サービスについて囲い込み等が生じないように、地域の関係者を集めて運営状況について協議、評価をする場を設けることを通じて、認知症のケアが適切に行われているかについて地域の関係者が評価する仕組みを考えている。

それから、訪問、通い、泊まりという在宅を前提とした小規模多機能型居宅介護と、完全にその場所に移って居住するという形のグループホームは機能的に分けられると思っているが、連続的に利用される場合もあるので、併設された場合になじみの関係が保てるよう、小規模多機能とグループホームとの職員は兼務できるような工夫も考えている。

それから、看取りとターミナルの関係については、最後まで同じ施設、グループホーム等で高齢者を看ていきたいということで、ターミナルよりも広い意味で看取りという言葉を使っているところである。

（花井委員）

夜間対応型訪問介護について「必要に応じ、訪問チームに看護職員を組み込むこととする」「安全確保のための配置について検討することが必要であるとの意見があった」とあるが、深夜24時間動くわけで、多分女性が圧倒的に多いと思うが、その安全性確保という観点から複数配置ということを基準として設けるべきではないかと考えている。

もし現状のモデルケースについて複数配置でないとしたら、そういう問題が起こっていないのかどうか教えてほしい。

（川尻計画課長）

モデルケースでは一応２名で回っていると聞いているが、別の夜間の訪問介護ではなじみの関係になっている利用者宅には１人で回る場合もあるということも聞いているので、余り重装備にならないような形で、かつ提供者側の安全がどうやって確保できるかという

ことを含めて、基準上どうするか検討していきたい。

（花井委員）
もし複数配置が難しいということであれば、安全確保のための対策が十分できるようなことを検討してほしいと思う。

（木下委員）
認知症高齢者グループホームのところで、「看取り」に関する指針を策定とあるが、見取りには医師の関わりが必ず必要だということと、本来何らかの医療をすれば助かる可能性のある人が看取りということにされてしまう危険性について、何か方策を立てるべきではないかと思っている。

（井部委員）
「看取り」に関する指針を策定して説明と同意を行うとあるが、これは例えば連携する医療機関などで看取るというニュアンスに取れるが、どのように解釈するのか。

（川尻計画課長）
看取りに関する指針の中で明記する必要があると思うし、本当の最期に病院に行くことはあり得るが、基本的にはグループホームでターミナルまでケアするということを想定して、20ページの3要件をすべて確保する場合には加算を行うことを考えている。

（田中（滋）委員）
主任ケアマネジャーの配置によって点数が変わるかもしれないし、また質の確保の上でも重要であると思う。
一方、地域包括支援センターでも主任ケアマネジャーが必要になってくるので、主任ケアマネジャーに期待されている内容、能力と、なれる要件とのリンクがどうなるのか、よく分からない。
これは安易に数を増やしてもいけないし、しかし絶対数が足りなくて引き抜き競争をしてもいけないしと思っている。

（古都振興課長）
主任ケアマネジャーについては、カリキュラム等をこれからきちんと定めて養成していきたい。基本的には、ある程度スーパーバイズできる能力は必要で、地域包括支援センターの中でも地域のケアマネジャーが抱える課題に的確なアドバイスができたり、介護サービス以外のサービスとの連携の仕組づくりも必要になると考えている。地域包括支援センターの他の職種とも連携をしながら支援体制をつくることが地域包括支援センターの中の主任ケアマネジャーに期待されることなので、ケアマネジャーとしての高い資質を持った上で、ソーシャルワーク的な視点、あるいは指導的な役割を持てるような養成をしていきたいと考えている。
これからカリキュラムを決めて養成していくということなので、更にここでの議論など

も踏まえながら進めていきたいと考えている。

（村川委員）

「ケアマネジメントの質を確保する観点からケアマネージャー１人当たりの標準担当件数を 30～40 程度に引下げる」という考え方に賛成である。ただし、私は 30 年ほど前に福祉事務所のケースワーカーを５年ほどやっていて、担当ケースワーカーは 80 対 1 ということで、もちろん仕事の仕方、内容が違うから単純に比較はできないが、仮にケアマネジャーが 40 対 1 となれば、ケアマネジャーに課せられる責任が重いということも理解する必要がある。質を担保する意味で、減算措置を併設しないと、非常に甘い基準になると考える。

それから、今ケアマネジメントは 10 割給付で、ケアマネジメントを育てるという観点からはよいと思うが、中長期的には、契約の本来の意味なり、ケアマネジャーの業務上の実効性の担保なり、利用者の視点からも給付率を考える必要があると思う。

ケアマネジャーについて、大幅な基準改善をした場合、従来過疎地域等を念頭に入れて、今後ケアマネジャーになる者の基盤を緩やかにしていると思うが、社会福祉士・保健師等、国家資格で縛るとか、そういう事柄とセットにしていくことも考えてはどうだろうか。

法的にもケアマネジャーについて、資格を５年更新としているが、できればもっと実効の上がる研修システム等、質を担保する要素、要件が必要ではないだろうか。

22 ページの上から４つ目、ケアマネジャーはソーシャルワーク、ケアワーク両面に熟達していることは大事であるが、地域のサービス担当者会議等ができていないことは、むしろソーシャルワークの方法が欠落しているのであり、個別ケースワークだけではなく、コミュニティワークとかソーシャルアドミニストレーションとか、いろいろな方法論もあるわけだから、研修の内容やシステムとしてしっかりしたものを担保してほしい。

（沖藤委員）

初回アセスメントのことで、今度は地域包括支援センターで新予防給付の初回アセスメントがあって、その中で残念ながら重度化する場合もあり、地域包括支援センターから来る人は、もうかなりのアセスメントが行われているはずだと思う。そこに初回アセスメントの評価を加えるのは、介護報酬を全体に見直そうというときにいかがなものか。初回という定義をしっかりしないと混乱するのではないかと思っている。

（森田参考人）

地域包括支援センターで新予防給付のマネジメントをするという表現になっているが、詳しく言えば地域包括支援センターを運営する法人がやっている指定介護予防支援事業所が要支援１と要支援２の方の予防プランをつくるというのが正確な定義ではないかと思う。

それで、地域包括支援センターの３職種の部分は市町村からの委託事業となっていると思うが、市町村から払う委託料の部分と、それから予防給付のマネジメントの介護報酬の両方で地域包括支援センターを運営するのではないかと思うが、少なくとも指定介護予防支援事業所で必要な要支援１と２の人の予防プランの作成に要する費用は報酬の方で賄い、それ以外の部分については市町村からの委託料で賄うという住み分けができるのかどうか。

神戸市も地域包括支援センターの運営協議会を立ち上げて事業所の公募をしようとして

いるが、委託料が幾らかというのがこちらから提示できないし、予防給付の報酬が幾ら入ってくるかわからない中で体制を整えたり、人員確保しなければいけないという非常に不透明な部分があるので、その考え方が分かれば教えてほしい。

（三浦老人保健課長）

地域包括支援センターの収入としては市町村からの委託に係る部分と、ケアマネジメントに関する報酬が両面で入ってくると考えている。それで、制度的には両者の会計・勘定を分けて地域包括支援センターの運営を行うことになると考えているが、一方でケアマネジメント経費としては、例えば主任ケアマネジャー、保健師、あるいは社会福祉士が協働しながら作業をしていくわけだから、それらの作業に要する費用を合わせて報酬の設定が行われることとなると考えている。

（矢野委員）

ケアマネジメントの質という観点から事業所評価について論じられているが、事業者評価の問題は介護予防でも大事なテーマになっている。既存のサービスはもちろんだが、特に新しい介護予防サービスについては、その評価を適切に行うことが大事である。

利用者がどのような基準で事業所を選ぶのかを考えると、１つは人員配置、サービスメニュー等の体制であり、もう１つは、結果、アウトカム情報であると思う。これは個人差があって難しいという指摘もあるが、そのアウトカム情報の評価基準づくりを検討すべきであると思う。特に介護予防については一生懸命頑張っていることが形になるような何か客観的な基準、アウトカム情報も含めた基準づくりに取り組むべきである。利用者の選択の基準にもなる上、介護予防については３年後に見直そうとしているのであるから、重要な指標になってくるのではないかと思う。

（大森分科会長）

いろいろ実例が出てくるので、それを集積して分析し、今後生かしていくという表記に今回なっていると思う。

（石井委員）

従来に比べて新予防給付ではケアマネジメントが更に実行される仕組みになっているという話で、新たなサービスを使うにはアセスメントが重要で当然そこにつながっていくということであったはずだ。現実には従来もケアマネジメントが機能していなかったから、本当に必要なサービスがつながらなかったということがある。

そうすると、この地域包括支援センターの役割は、少なくとも処遇困難事例というところでのスーパーバイズ研修というのは検討されているが、こういう事例、アセスメントでこういうものが出てきたことに関しては、少なくとも専門家につなぐという判断をきちんとできるための研修であってほしいと思っている。

（井形分科会長代理）

全般を見て、ケアマネジャーというのは介護保険の導入前はゼロであったのが、今日こ

こまできたという実感である。

今、資格更新制度を始め、障害研修システムというものは、従来のケアマネジメントのノウハウを高めることだけではなくて、新しいことが出てきている。新しい能力がいろいろ要求されてきていて、どんどん知識の要求が高まっていく中で、やはりこの資質の向上は生涯学習体系を多くして皆が高いレベルのケアマネジメントができるようにしていくことが必要ではないかと思っている。

（花井委員）

今回ケアマネジメントの介護報酬の設定を要介護度別にするということが提案されているが、これは３年前の改定で一本化にしたものを、今回また要介護度別に戻すということになり、現場から不安の声が挙がっている。前回一本化したものをもう一度要介護度別に戻すという理由をきちんと説明してほしい。

予防給付のケアマネジメントも同様に、サービスや給付管理業務の簡素化を踏まえた報酬水準ということで、大幅に下げられるのではないかという不安がある。特に予防給付については地域包括支援センターから民間事業者に委託することが多く起こると思うが、その委託料がどの程度必要とか、余り報酬が下がった場合、引き受ける民間事業者がいなくなるのではないかとか、さまざまな問題が出てきているので、理解できるような説明が必要と思っている。

（横山委員）

実際にこれだけ地域包括支援センターの業務量が多くなると、やはり委託がかなり進むだろうと思っている。

そこで、30 から 40 人に 1 人というケアマネジャーの数があるが、１人のケアマネジャーが行う新予防給付のマネジメントと、介護給付のマネジメントの両方を含めて 30 から 40 という考え方にするのか。それから、介護給付のマネジメントと予防給付のマネジメントの報酬の設定というのは、インセンティブのつく話なので、そこの中でどういう影響度を考えていくのかということを説明してほしい。

（山崎総務課長）

現行の介護報酬を考えた場合、前回の改定で段階別を一本にしたということで、逆に今回は元に戻す形になるが、やはりケアの難しい方については単価を高くしたいという考えは変わっていない。

今の仕組みは要介護度とは別に、サービス数で加算している形になっていて、数だけを追いかけるという弊害も大分聞いているし、実態を更に詳しく調べると、やはり中重度と軽度は違うし、業務面でも違う面はあるので、確かに前に戻すという批判もあるが、実態で考えた場合、今の仕組みよりそちらの方がスムーズにいくのではないかと考えている。もちろん十分な説明は必要であるし、その中で混乱のないようにしたい。

それから、介護予防について定額制的なものが入ってくると、給付管理業務については相当業務的に簡素化されるのではないかと期待している。逆に言えば、業務を簡素化することは大変大事であり、それに合わせながら報酬設定を考えていきたいと考えている。

そして、30 から 40 人というのはどの程度にするかはまだ検討によるところであるが、これはあくまでも介護給付の対象者であり、予防給付についてはまた別でやると考えている。

（沖藤委員）

このように介護報酬とか、制度をどう組み立てるかという専門的な話になればなるほど、人間の存在というものが遠ざかっていくような感じがある。

ですから、人間の視点をきちんと持ちながら議論をしていくということは絶対に外さないようにということをお願いしたい。

（大森分科会長）

そうした視点なしに分科会長を引き受けた覚えはないので、議論するとどうしてもいろいろな話になるが、それが実際の現場にどういう影響を及ぼしていくかということをいつも気にしながら、今のような観点は絶対忘れないということは思っている。

○ 大森分科会長より閉会の宣言