

<17>  
①

○小規模多機能型居宅介護事業に係る指定基準の緩和について

地域密着型サービスは、高齢者を対象者とする平成18年4月から新しく始まったサービスで、その拠点等の整備については、厚生労働省所管の地域介護・福祉空間整備等交付金を活用し促進を図っています。

中でも、小規模多機能型居宅介護事業は介護の効果が期待できる事業ですが、特に整備が進んでおりません。整備が進まない原因は、介護報酬や交付金配分基礎単価等の要因があるかと思いますが、指定基準が実態に即していないという現状もあります。小規模多機能型居宅介護は、馴染みのスタッフにより24時間365日切れ目なく暮らしを支える基本理念があります。また、公費が投入されるため、普遍的な基準が必要ですが、次のとおり、課題を提起するとともに、基準の緩和を望みます。

現状制度上の課題

A 訪問介護事業所のスタッフとの行き来ができないこと。

① 夜間の緊急時には、訪問介護事業所のスタッフとの行き来(応援)を認めていただきたい。

② 夜間の緊急時においては、馴染みの関係よりも、まずは、誰かが訪問して援助することが必要と考えられる。そのためには、小規模多機能型居宅介護支援事業所のスタッフに限らず、訪問介護事業所のスタッフとの行き来を認めていただきたい。

③ 小規模多機能型居宅介護支援事業所のスタッフは限られており、ローテーションの問題など、スタッフの負担を考えると、同一敷地内に訪問介護事業所が併設されているなど、同一法人内で連携が図られている場合には、他の部門からの応援を認めていただきたい。

④ 在宅福祉サービスの利用者の中にはヘルパーの利用者が多く、同一敷地内に訪問介護事業所が併設されているなど、同一法人内で連携が図られている場合には、逆に、訪問介護事業所のスタッフとの行き来を認めることにより、これまで築いてきた馴染みの関係を遮断することなく、また、小規模多機能型居宅介護支援事業所のスタッフと訪問介護事業所のスタッフがケア方法を一緒に考えるなど、小規模多機能施設の利用者の在宅生活の継続を多方面から支えることができる。

⑤ 小規模多機能型居宅介護支援事業所は、地域密着型サービスであることから、上記のような地域の実情に応じて、市町村の裁量に委ねるなど、訪問介護事業所のスタッフとの行き来を認めていただきたい。

59

<17>  
②

B 毎日の宿直が必要であること。

① 宿泊者の有無に関わらず、宿直者が必要であるなど、運営基準が厳しい。

② その理由は、夜間の緊急の訪問に対応するためとのことであるが、自宅待機者を定め、電話の自動転送等により、連絡を取ることは可能である。電話の自動転送など確実に連絡が取られる体制や仕組みが確立されている場合には、自宅待機及び自宅からの訪問を認めていただきたい。

<18>

年々増加する介護報酬費を抑制するには、個々の利用者の実情に合った必要十分なケアプランを作成することが大切であり、そのためにはケアマネジャーの一層の資質の向上が望まれる。

<19>

① 家族や親族など全く身寄りの無い者については、施設入所する際保証人がいないことを理由に入所申込自体敬遠される傾向にある。

② 介護報酬体系が複雑であり、また解釈に保険者判断というようなグレーゾーンの部分が多々あるため、人事異動の対象となる専門職ではない保険者職員では理解・解釈・指導に限界がある。

<20>

① 短期入所サービスの利用日数について

利用日数は、認定有効期間のおおむね半数を超えないという基本の上に、連続したサービスは30日までの制限があり、必要な時は集中的な利用を妨げないとなっています。

したがって、「30日の利用→1日の自己負担→30日の利用→1日の自己負担……」といったロングショートが現実に行われており、長期入所と同等の取扱いが可能となっています(短期入所利用申込者に支障が生じている)。

本来の短期入所の性質から適当でないと思われるので、見直しを要望します。

② 介護予防支援費の単価について

現行1件あたり、月額4,000円となっており、居宅介護支援費の10,000円・13,000円と比較し格差が大きすぎる」と思います。(制度開始前に国が考えていた業務量と、実際の業務量において大きな差異を生じている現状がある。)

また、介護予防支援を受託した居宅介護支援事業所の受ける委託料は4,000円を下回ることとなる。(通常、包括支援センターの必要事務費を除いた金額)

業務量が居宅介護支援業務量と比較して大差ないことから、受託する居宅介護支援事業所の不満も大きく、また、居宅介護支援費の介護報酬と比較して、均衡を図るためにも介護予防支援費の単価についても見直しを要望します。

60

<21>

- ① 地域密着型サービスの介護報酬等の見直しが必要である。小規模多機能型居宅介護を例にあげると、このサービスを利用すると他の事業所の通所介護や訪問介護・短期入所が利用できない点とサービス利用に係る自己負担額が1ヶ月の定額料金になることから、当初の見込数に比べて利用者数が伸びていない。新規参入した事業所に厳しい事業運営を強いている状況に鑑み、介護報酬や人員基準の抜本的な見直しが必要であります。
- ② 介護保険制度と障害福祉サービスとの適用関係が曖昧になってきている。平成19年度に入って、居宅介護支援事業者が単位超過となるサービス利用計画を作成、不足する部分について障害福祉サービスの給付申請に及ぶ事例が増加しつつある。このような場合には、介護報酬の減算措置等を講じないと収拾が付かない事態に陥るのではと危惧されるところであります。

<22>

- ① 介護支援専門員の標準給与体制の導入
- ② 特別養護老人ホーム等施設の夜間の職員の配置体制の見直し(増員)
- ③ 介護職員に対する研修体制、特に介護の質の向上を担う現場の介護職員が参加できる体制づくり

小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型居宅介護において、現行の人員配置では対応が厳しい状況にある。

<23>

- ① 住宅改修において、指定制でないため工事の内容にばらつきがある。
- ② 介護予防通所介護において、定額制で利用回数の制限があるため、利用者が激変し経営危機に陥っている事業所が発生している。
- ③ 地域包括支援センターの人員確保が困難であり、要支援の方に対するサービス提供に支障をきたしている。

<24>

平成12年老企第36号第2の2(4)訪問介護の所要時間において「訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。」と定められているが、適切なケアマネジメントを踏まえた上で、やむを得ないと認められる場合は、各自治体の判断により、2時間以内でも1日複数回介護報酬を算定できる取扱いとしてほしい。

【理由】

重度の要介護状態にある方を施設に入所させるのではなく、在宅で一人で介護している介護者が、急遽どうしても8時間程度外出しなければならない場合、一般的にはショートステイを利用することになるが、過疎地域においては、サービス事業所も少なく、又ショートステイは数ヶ月前から予約しなければ利用が難しく、急遽の利用には対応できない現状にある。さらにデイサービスも、日曜日が休日のところが多いため、外出日が日曜日と重なると、どうしてもホームヘルプサービスを1日に複数回利用せざるを得ない。そのような状況のなか、利用者の精神的・身体的状況により、1時間毎に何らかの支援がどうしても必要な場合は、適切なケアマネジメントを踏まえた上で、各自治体の判断により、例外的に2時間以内でも1日複数回介護報酬を算定できる取扱いとしてほしい。

<25>

- ① 要支援のホームヘルパー  
シルバー、有償ボランティアなどにより、利用料が安いのでお手伝いさん代わりにやってもらった方が楽という意識が本人、家族にある。
- ② 住宅改修  
安いからやっておけという意識が利用者にあることや、少なからず個人資産を改修するため、自己負担1割を増やす方向で検討してもよいと思われる。

<26>

介護予防サービス中、月額報酬となっているものについては、事業所が採算性を考慮するために、回数制限を行うなどの誘因となってしまうため、報酬体系若しくは明確な基準設定等の見直しが必要であることを強く要望します。

<27>

本市では、とりわけ中山間地域での介護サービスを提供する事業所においては、介護に従事する職員及び介護支援専門員の人員確保が困難な状況や、なかなか定着就労に結びつかない現状にある。現場の介護職員の業務過多や重労働といったことが要因にあり、制度に定められている現行の1対3の人員配置の見直しが求められる。介護支援専門員においては生活全般の相談・苦情への対応、業務多忙や力量に不安を抱えてしまうなど様々なケースへの対応に日々が追われている現状であり、広範囲な地域を担当にもつ介護支援専門員の業務に応じた報酬体系がまだまだなされていないことが就労定着に至らないと予測される。直接介護に携わる職員への人件費に対する報酬の割合が明確に示されていない。サービス利用者に直接関わる介護職員や介護支援専門員の労働実態に見合う人件費の確保が、介護サービスの質の向上に結びつくことから介護報酬の体系の見直しを要望する。

これまでの設問の中で記載したところだが、特に要望したいところは、

- ① 施設系居住系の人材不足は深刻な状況であるので、職員の処遇の改善が図れる報酬体系の実現が望まれる。
- ② また、利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に取り組んだ結果、成果が上がった場合の成功報酬の設定の提案。

さらに、平成18年度から介護予防給付が開始されたが、別紙「給付の状況」のとおり費用額としては十分な効果は現れていない。また、「サービス比較」のとおり従前の「要介護1」が「要支援2」「要介護1」に判別されることとなったため、「要支援2」となった利用者からのクレームの声が高い。渋谷区のように国の制度で対応できない部分を独自サービスとして提供する自治体も出現しているところである。

<28>

それ故、

- ③ 「要支援2」と「要介護1」の判別の見直しや認定調査項目の見直しについては、単にデータ分析に拠るものではなく、事業運営主体である保険者の意見や認定審査の実態を十分反映した上での検討としていただきたい。
- ④ 軽度の要介護者要支援者を対象とした給付(サービス)は、利用者のニーズの多様さに対応できておらず、結果として給付費の削減になっていない。利用者が必要とする部分についてサポートすることでニーズに応え、それが介護予防の効果につながると考えるので、きめ細かなサービス体系の構築を希望する。

また、地域包括支援センターの職員配置の基準について、本市(8箇所設置)では、現実として3職種の人員確保が非常に困難であり、包括間・内での配置する人員の兼務など配置基準の緩和を求めたい。

63

<29>

#### 【予防サービスについて】

- ① 予防通所介護・予防訪問介護については、月額定額報酬にするも、同じ要支援度であれば公平性の観点か同じ利用回数にせざるを得ない部分があり、実際には「真に必要な回数」を位置づけるのは困難である。
- ② 介護予防支援(予防ケアプラン)については、考え方・理念に異論はないが、少し構造が複雑に過ぎ、利用者が真に理解して予防サービスを利用しているとは言い難い。従って、認知症もほとんどなく、十分な判断能力・意思表示を有するのに、真剣に介護予防に取り組み、生活の自立を目指すという意識付けが困難である。
- ③ 加えて介護報酬が定額であるため、報酬に見合う業務量でプラン作成せざるを得ない傾向にあり、一人の利用者に真剣に向き合い、介護予防のための最適なプランを作成するだけの時間をかけることができない。
- ④ 結果として、予防給付開始後も顕著に状態改善したという例は少なく、予防給付の効果が現れているという状況にはない。

#### 【施設系サービスについて】

- ① 施設の絶対数が不足しており、在宅復帰が困難な利用者が多数あり、利用者の生活の質が担保できない状況である。

#### ○透析を要する者の介護保健施設への受け入れ

介護を要する被保険者で、透析が必要で週に数回の通院を要する場合、その対象者に介護職員が拘束される時間が長時間を要し、現行で困難な点が多いことから人員基準や介護報酬の加算の創設を要望する。

<30>

<31>

介護予防短期入所を利用した場合その月の通所、訪問サービスが月単位でなく日割りにより計上することになっているが、現実問題として通所を使わない日に短期入所を利用するので実情にそぐわないので見直しをほしい。

<32>

要支援の定額サービスにおいては、それまで自立へ向けて利用回数を減らしてきていた人が、定額になったことで要求量が増えたり、1回あたりの単価が上がりがり利用しなくなったりという事例や本当に必要なサービス量を提供しにくい面などがあることから、制度の再検討が必要と考える。

64

<33>

- ① 介護と予防給付とでは報酬体系が違うため、要支援と要介護の認定を交互に繰り返す被保険者へのサービス提供については現場で混乱が生じている。
- ② 介護報酬の体系や加算・減算、あるいは地域密着型サービス等の人員基準については複雑・多岐にわたっており、事業者からの問い合わせにも即答できていないのが現状。保険者としての資質向上は当然であるが、現実的な問題として異動等もあるため、保険者判断等を継続的に引き継いでいくことが課題。

<34>

地域加算を算定できるが、利用者の負担が増えることから利用者の減少につながるのではないかと考えられ、事業者では算定していない状況です。

## 参考：各設問の「その他」

問1-1

- 事業者から大きな課題であると聞いてはいるが、そのことで事業者の撤退などが続いている状況ではなく、保険者としては深刻な状況とまでは考えていない。
- 事業者の努力でなんとか解決できているが、深刻な課題になりつつある。
- 現在は、何とか事業者の努力で人材不足はカバーできているが、その状況も本市における人口減少と地域密着型サービス(小規模多機能や認知症対応型デイサービス)などの事業所充実により、着実に介護労働者数が不足しつつある。
- 事業所によって格差が見られる。全体的に給与が高いとはいえないが、経営者が報酬を独占している傾向もみられる。
- 人材の確保・育成がやや困難な状況ではあるが、現段階では事業者の努力等でサービス供給に問題は生じていない。しかしながら、根本的な解決には至っていない。

問1-2

- 介護現場の状況を十分把握できていないため回答不可。
- 引き上げはやむを得ないが、併せて職員に程kせいに配分できる仕組みを整備する。
- イに加えて、自己負担率の上昇も検討すべき。医療3割に対して、介護は1割というのは、適正と言えるか。
- 人材確保するための報酬引き上げは必要であるが、引き上げ分は保険料に転嫁せず税負担するなどの工夫をする。
- 報酬が適正に職員に配分できる仕組みを整備し、報酬の引き上げを図る。利用者負担の増については、低所得者対策の改善を検討し、財政への影響は国費の負担部分を増やすことで解決していただきたい。

問2

- 加算・減算の項目精査を行い、事務負担軽減に配慮するとともに、的確な評価ができるように設定する実績に応じて加算・減算を見直すべきである。
- 簡素化できる項目は簡素化すべきと考えるが、サービスの質の確保の観点などから現行の仕組みにおいて機能している項目まで変える必要性はないと考える。
- 基本的には現行の報酬体系を維持しながら、なるべく事業者の内容を評価する方向で加算・減算を残し、特に必要性のない加算・減算は削減する方がよい。
- 事業者の事務負担軽減は大切であるが、過度に包括的な報酬は事業者にとっても不利益となるのではないか。
- 利用者の質の良し悪しの区分は必要であるが利用料の影響があるため減算方式のみの導入がよいのではないか。
- 利用者にとってわかり易い仕組みである必要があり。
- 実態に合わせた加算・減算項目の増減や、利用者に分かりやすい報酬体系が必要。
- 人材の確保・育成を図るための体制整備に関する加算の充実を行う。
- 基本的には現行のままでよいが、実態として算定し難い若しくは効果が薄い加算等は実態に応じて廃止なり基準の見直しを十分に議論されたい。
- 人員に係る加算項目を増やして、サービスの質の確保を行う。
- 事業者にとっても十分理解されていない面があるため、できるだけ簡素であることが望ましいと考えるが、具体的には個々に趣旨、効果等を十分考慮し、整理することが必要である。

問4-1

- 要支援2と要介護1の限度額を一致させたほうがよい。

問4-2

- 年度ごとの必要性は低いことから、1人10万円を限度とするようにすべきと考える。
- 支給額管理期間について、年度経過による限度額リセットについては見直しが必要と考える。同一年度内で10万円となっているが、生涯にわたる給付管理が妥当と思われる。ただし、状態像が大きく変化したとき(認定区分の変動、ADSLの変動等)や用具の破損等の場合には限度額リセットの検討必要。
- 支給限度額を引き上げ、自己負担割合を3割とする。
- 単年度ごとに10万円という限度額の設定は必要ない。(限度額について引き上げたほうがよい。)
- 軽度者の支給限度額を引き下げと中・重度者の支給限度額を引き上げ。
- 1種類で10万円又は10万円を超える高額な用具を購入するケースが多々あるため、種類ごとにも限度額が必要。また、介護予防で10万円は多すぎる。

67

問4-3

- アの20万円以上に引き上げ、より在宅で生活しやすい環境を整える反面、住宅改修を行った(又は行う場合)は、一定期間、施設やグループホームなどの入所・入居系サービスは受けられないようにすべきでと考える。
- 支給限度額を引き上げ、自己負担割合を3割とする。
- それぞれの事例や条件によって異なるので判断がむずかしい。
- 軽度者の支給限度額を引き下げと中・重度者の支給限度額を引き上げ。
- 介護予防の限度額を引き下げの方が良い。

問5-1①

- 把握していない。
- 判断は経過記録でしかできない。本当に利用者向き合えているかは不明。

問5-1②

- 把握していない。
- ペナルティがあるので増えた。

問5-1③

- 把握していない。
- 主治医がサービス担当者会議に出席しない場合、意見書や意見を求める場合に手数料が発生する問題が出てきた。
- 医師との連携をとるのが難しい。

68

問5- (2)

- 単価を引き下げ加算制度を設ける。
- 現行単価を引き上げ、標準件数は現行のままでよい。
- ケアプラン作成において、最も慎重性を要するのが要介護2程度の身体的には健常な認知症の認定者であることから、介護度に応じた報酬単価の設定は改めるべきである。(要介護3以上の認定者の取り合いになる)また、標準件数は、改正前の50件に戻すべきである。
- 現行単価を引き上げ、標準件数は現行のまま。
- 困難事例等に加算を設けるなどにより、ケースに応じた報酬体系をとる一方、件数は現行のままとし、質の高いケアマネジメントを維持する。
- 単価・標準件数とも、現行のまま、初回加算を引き上げることで、初めてケアプランを作成する業務量を評価したい。
- 現行単価を引き上げ、標準件数はそのままとする。
- 介護支援専門員は、経験年数などを基に標準給与を設定し報酬体系とは独立したものとすべきである。
- 件数単価にすると効率性を慮り、被保険者との面会時間の減少や中立性の確保につながらない。
- 現行単価を引き下げ、標準件数は現行のままでよい。現行単価を引き下げ、標準件数を現行のまま。
- 介護度で支援の困難さははかれません。以前の様に同一の金額にすべき。
- 現行単価を引き上げ、標準件数は現行のままでよい。
- 要介護3～5の現行単価を引き下げ、標準件数を引き上げる。

問5- (3)

- 通減は、恒常的(概ね3か月の継続など)な場合に適用する。
- 担当件数は現状のままで、支援費を引き上げる。
- 標準件数を増やせば事業経営状況が改善されるとはいえない。標準件数という曖昧な設定は、これを超えて単価が下がってもお構いなしに契約を結ぶ業者にとっては運営基準減算ではないことから指導には至らないため、問題視されていない。その上、要支援者は地域包括支援センターでプランを作成する方向で進捗しており、介護度1～5の利用者を居宅介護支援事業者が取り合うこととなる。
- 本来、居宅介護支援事業者は給付管理を保険者に代わり実施するため、公平中立を旨としており単独である方がよいとされていたが、法人内に多種のサービス事業者が存在する居宅介護支援事業者の方が紹介等の機会が多いことから有利に運ぶ。そのため、単独で居宅介護支援事業所を運営している場合、標準件数を下回っている現実がある。
- また、地域包括支援センターでプランを作成していた要支援者が要介護者になる場合も同法人内の居宅介護支援事業所に有利な紹介が行われるのではとの懸念も上がってきている。
- この状況から、標準件数を遵守させる制度づくりと単独の居宅介護支援事業所に対して加算をつける等の仕組みが必要と思われる。
- 通減となる件数(40件)を標準担当件数(35件)と同件数とする。
- 訪問や担当者会議等、必要な内容ができなかったケースのみに適用する。

69

問5- (4)

- 初期加算を廃止し、単価を引き上げる(単価は、4,000円→5,000～10,000円程度)。
- 要介護及び要支援の単価を区別することなく、全て同一の単価に設定すべきである(介護度の高い場合は複数介護サービスの組み合わせが必要、介護度が中程度の場合は認知症対策において施設入所も困難なことから高度なサービス調整が必要、介護度が低い場合は本人の状態の維持改善を図ることが必要と、それぞれの介護度における専門的知識を活かしたケアプランの作成が求められるため)。
- 予防プラン作成、評価などは居宅介護同様の手間を要しているが毎月ではなく、月額は現行のままで加算プラン作成、評価月加算があれば良い。
- 単価を引き上げることがよいと思われる。ただし、標準担当件数を設定+委託件数引き上げ+単価引き上げの全部がそろわないと無理。
- 現行のまま、初回加算を引き上げることで、初めてケアプランを作成する業務量を評価したい。
- (3)のように標準給与制度導入するとよい。
- 委託を受けてくれた居宅介護支援事業所にのみ4,000円を⇒7,000円にする。

問5- (5)

- 委託形態が違うことから、自治体毎に柔軟に対応できる目安を示した方がよいと思われる。
- 包括支援センターの専門職が兼務している場合には、上限を設定する(上限20件程度)。
- 適当な事務の目安として標準件数を示した上で、当面通減制は導入しない。
- (4)で説明したように、介護予防の居宅介護支援費を要介護と同一とし、介護予防と要介護を合わせて、改正前と同様の50件にするべきである。
- 包括支援センターが担う業務量によって異なると思われる。
- 標準担当件数を設定したほうがよいと思われる。ただし、標準担当件数を設定+委託件数引き上げ+単価引き上げの全部がそろわないと無理。また、現在介護と予防のプラン作成担当者をケアマネと包括に分けることの見直しをして欲しい。(プランの継続性の確保のためと利用者が混乱している状況の解消のため)
- 標準担当件数は設定せず、委託業務の見直しを行う。
- 地域包括の業務ではなく、ケアマネジャーの業務とすべきである。
- 罰則規定を導入するなどして地域包括支援センター設置基準を遵守する。そうすれば、担当件数を含め人員諸問題がかなり解決する。
- 担当件数の目安を示してほしい。
- 基準がないという現状は変更を要する。

70

問5- (6)

- 委託件数上限の廃止。
- (5)の見解を参照してください。
- 上限を引き上げることがよいと思われる。ただし、標準担当件数を設定+委託件数引き上げ+単価引き上げの全部がそろわないと無理。
- 上限を設けない方がよい。
- 全てケアマネジャーの業務とすべきである。
- 委託件数の上限を廃止する。
- 上限を半数程度に引き下げるとともに、支援センターの補助対象職員数を増員する等のプラン作成体制の整備が必要と考える。
- 介護支援専門員一人当たりを40件以内は維持することとし、委託件数の上限(8件)を廃止する。
- 各居宅と調整しながら件数を決めたい(ケースbyケース)。
- 上限を設定しない方がよい。
- 原則として、介護予防プランについては地域包括支援センターが作成するものとし、委託については、予防の観点からみた市町村判断とさせてほしい。
- 居宅介護支援事業者への委託はしておらず、今後もする予定はないことから。

問5- (7)

- 特別の理由がある場合を除き、サービス担当者会議は開催されている。開催の有無は報酬にかかわらずと考える。

問6- (1)

- 区分を一本化し、介護度ごとに時間により体系化する。(例)要介護1…30分～1時間 ○○単位 など
- 2類型は維持するが、報酬は現行の両者の総額の範囲内で一本化し設定する。
- 生活援助は廃止又は抑制すべき。
- 身体介護と生活援助を一本化し、必要に応じて加算を付ける。(例)全身清拭加算 等
- 待ち時間や移動時間もヘルパーは拘束されているが、報酬は出ないため、通院介護と身体介護を別の報酬にした方がよい。

問6- (2)

- 必要のある人には、介護保険の給付対象として利用できる方がよい。
- 生活援助を受けられる者の明確化。
- 単身高齢者等に対しての生活援助については必要であり、他制度やインフォーマルサービスが整備されていない現状では、現行どおりでやむを得ない。
- 生活援助中心型を算定できる場合の判断方法について、地域差や個人差が生じているので、判断方法を明確化した方がよい。また、軽度者は給付対象から外した方がよい。
- 掃除については、時間・回数を設定すべき(2単位、1回/Wは越えないなど)。
- 生活援助中で上限、例えば、掃除などは週3回などと設定すべきである。
- 前問(1)で答えたとおり、身体介護と生活援助を一本化する。また、その場合は次問(3)のとおり、行為別の報酬設定が望ましい。

問6- (3)

- 行為別の報酬体系の考え方は良いが、体系化するのは相当難しいと思われる(利用者にとってもわかりにくくなる)。

問6- (4)

- 訪問介護の介護報酬で評価すればよい。

問7- (1)

- 車椅子付属品や特殊寝台付属品は購入品としてほしい。
- 貸与のメリットは被保険者の状態像に適した用品選択が可能であることと考える。購入品目への統一化はこの点において問題が生じると思われる。また、全国的に福祉用具の利用に際した事故が頻発していることも考慮すると、購入と貸与の組み合わせが望ましい。
- 電動カー及び歩行器等は購入品目に変更すべきである。

問7- (2)

- ア、いずれにせよ、実勢価格に近づくよう何らかの上限設定を行うべき。
- 一定年数経過後に残存価格で買い取れるようにする。
- 長期レンタル品目の単位数を低くする。

問7-3

- 状態に変化がない場合は1年に1回でよい。
- 福祉用具貸与の品目などに応じた開催頻度。
- 開催頻度を多くする方がよい。利用者入院中のレンタル等の不適正事例も散見されることから、いわゆる「貸しっぱなし」状態への歯止め効果も期待される。
- 長期目標の設定との関係は考慮しなければならないが、居宅介護支援の具体的取扱方針第13条十四による開催の頻度でよい。
- 認定期間毎で良い6カ月に1回福祉用具のみでの担当者会議は廃止し、ケアプランの作成及び変更と同時に進行。
- 軽度者に対する制限がかかっている福祉用具貸与については、現行のままでよいが、それ以外については、6か月に1回に義務付けは必要ない。
- 介護予防については、更新時の開催で十分であると思われる。
- 電動ベッド等の特別な場合のみ6ヶ月で実施する。
- 軽度者はこの程度必要だが、中重度者で状態変化のない場合は、少なくとも良い。
- 認定の有効期間に合わせて開催してはどうか。
- 要介護4又は5など身体状況の変化があまり見られない場合は、頻度を少なくとも良いと思う。

問8

- 増大し続ける給付費抑制も考慮にいれつつ、通所系サービス事業の実施・運営に支障を来さない程度において、報酬単価を見直すべきである。(報酬が下がることを望むが、調査の結果、仮に現行報酬が低すぎると判明した場合は、報酬アップもやむを得ないと考えている。
- 送迎等の経費が高騰している。報酬単価を引き上げることの見直しが必要と思われる。

問9-1

- 従来のように限度額の範囲で対応できるように戻すべきである。
- 回数設定した上で、要支援度ごとに利用上限回数を定めてはどうか。利用者や環境等により、例外的に上限を超えても利用可能という余地を残す。

問9-2

- 廃止する。
- 事業所に、栄養改善又は口腔機能向上の事業を実施する人材・スキルが無い。実施法の見直しを考えるべき。
- やればもらえるのではなく、必要ならば、やらないと減算するという事も検討するべき。
- 専門スタッフを配置した場合の体制加算を充実するほうがよい。
- 指標の見直しを行う方がよい。
- 加算をとるための事務量が多すぎるため、実際行っているが加算をとってないだけの事業所が多いのでは？
- 評価方法を見直す方がよい。

問9-3

- アクティビティ実施加算を廃止し、基本報酬に包括化する方がよい。選択的サービスは、(2)の回答にあるように体制加算を充実させる。

問10-1

- 通院可能な者にも拡大する方がよい。ただし、サービス担当者会議への医師等の参加義務付けを徹底する。
- 介護保険の給付対象サービスとすべきではない。
- 廃止する。
- ケースバイケースによる裁量の余地を残しておいた方がよい。
- ケアプランへの位置づけが不明確である事業所が多く、居宅療養管理指導が、うまく機能しているように感じない。ケアプランへの位置づけを明確化し、医師等との連携が機能している場合にのみ算定をしていただきたい。
- サービス提供の理由付けが明確でないことから廃止して欲しい。
- 算定は必要ない。

問10-2

- 看とりも求められるようになってきていることからあまり低い報酬にしないで、サービスが受けやすい体制を整えるようにしたほうが良いと思う。
- 介護保険の給付対象サービスとすべきではない。
- 廃止する。
- サービス提供の理由付けが明確でないことから廃止して欲しい。

問11-1

- 介護度に応じた適切な報酬設定を行う必要がある。
- 本市未開設のため回答不可。
- 介護報酬全体の引き上げと、加算の組み合わせ。
- 小規模多機能型居宅介護については、運営基準、報酬構造を見直し、地域の実情に応じて設定することもできるようにする。例えば、核となる事業者が通所・訪問・泊まりの部門をサテライト方式で展開し、なじみの関係の中でサービス提供を行うことも考えられる。
- また、現行では、月1回の利用であっても1月分の費用を支払うことになっている。特に要介護5の単位数は特養の多床室よりも高く設定しているにもかかわらず、利用状況を見ると平均月12日程度に止まっており、保険財政上問題がある。
- なお、軽度者については週4回を目安としたサービス提供の頻度を引き下げるべきである。
- ①軽度者の介護報酬を引き上げて、重度者は今のままとする。
- ②小規模の居宅介護支援費を別途給付とする(居宅介護支援事業所と同様に)。
- 不明。
- 本市において小規模多機能型居宅介護サービスがないため判断できない。
- 重度者の介護報酬はそのまま、軽度者の介護報酬を引き上げる。



**問11-(2)**

- 本市未開設のため回答不可。
- 現行のままでよいと考えるが、報酬設定の格差を見直すべき。
- 全体的に報酬を上げてほしい。
- 「通い」「訪問」は現行のままとし、「泊まり」は回数による設定がよい。
- 基準に達しない場合、減算とか。
- 当市において小規模多機能型居宅介護サービスがないため判断できない。

<意見>

- 現行の月単位、生活圏域の中で設置となると利用者の利便性につながらない。

**問12-(1)**

- 試算していないので、どちらともいえない。
- 雇用環境や介護保険財政を考えた場合にどちらとも判断できない。

**問12-(2)**

- 人員配置基準のみのスキームで考えるのではなく、サービスの内容を精査することにより、必要であれば基準の見直しを行う。

**問12-(3)**

- 要介護度が改善に向かった場合には、報酬上評価する。

**問12-(4)**

- 加算の項目を精査し、真に評価すべきものに整理する。
- 実情を把握していない。
- 項目数の問題ではなく、各加算・減算要件が適正か否かの見直しが必要。
- 加算の内容を整理し、不要なものを廃止する。

**問15**

- 基準を満たせば、既存の老人保健施設も介護療養型老人保健施設に転換できる方がよい。
- 基準を満たせば、既存の老人保健施設に転換できる方がよい。
- わからない。