

介護報酬に関する意見

平成 20 年 6 月 2 日 決定
全 国 市 長 会
介護保険対策特別委員会

次期介護報酬の改定にあたり、介護保険者の立場から本意見を取りまとめたので、これを十分尊重し、国の検討に反映されたい。

1 介護報酬の水準について

都市においては介護従事者の定着率が低く、事業者が従事者を募集しても集まらないなど慢性的な人材不足の状況となっている。

この要因として、介護報酬が低いとの指摘があるが、介護報酬の安易な引上げは保険料の上昇に直接結びつき、年金額が増えない中、高齢者の負担が増える結果となる。

制度の持続可能性を高めるためには、必要性が低いサービスの見直しを進めるとともに、必要性が高いサービスについては、人材の確保が図られるよう、保険料の水準に留意しつつ適切な介護報酬を設定すること。

なお、介護報酬が介護従事者の賃金等に反映するような仕組みについて十分に検討すること。

2 介護報酬体系について

現行の介護報酬の体系は、加算・減算の種類も多くて複雑でわかりにくく、また、事業者にとって請求事務が大きな負担となっている。

加算・減算の中には、実績としてほとんどの場合に請求されているもの、逆に、ほとんど請求されていないものもあることから、できるだけ本体報酬に包括化するなど、簡素でわかりやすい報酬体系とすること。

3 居宅介護支援について

ケアマネジャー1人あたり40件を超えると、すべての件数に逓減が適用される。このため、現在の規定では担当件数を低く抑えざるを得ないことから、利用を断る場合がある。標準担当件数を超えた部分についてのみ逓減を適用するなど、ケアプランの質を確保しつつ、利用者を確保できる仕組みとすること。

4 介護予防支援について

現行の介護予防支援の報酬は月400単位と低く、ケアマネジャー1人分の人件費も賄えない状況にある。

介護予防支援にかかる手間は、居宅介護支援と比較しても大きな差異がないことから、介護予防支援の報酬を引き上げること。

5 訪問介護について

訪問介護については、現行の2類型を基本とすること。

訪問介護の在り方や行為別の報酬体系の導入については、利用実態等を踏まえて十分検討すること。

サービス提供責任者の業務や配置基準を見直すこと。

6 介護予防通所介護等について

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、月単位の定額報酬となっており、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仕組みとなっている。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。

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。

7 福祉用具貸与について

福祉用具貸与の品目や期間によっては、「貸与」の方が「購入」より多くの給付費が支給されているケースが見受けられる。給付適正化の観点から、福祉用具の貸与品目と購入品目を見直すこと。

また、貸与価格が実際の販売価格と比較してかなり高く設定されていることから、一定の上限を設けるなど、適切な貸与価格を設定すること。

8 小規模多機能型居宅介護について

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。

また、報酬体系については、月単位の定額報酬となっており、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となっている。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。

9 特別養護老人ホーム等について

特別養護老人ホーム・老人保健施設の人員配置については、看護職員・介護職員の最低配置基準が3：1となっているが、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実態がある。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。

また、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受皿づくりが必要である。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。

未 定 稿

介護報酬等に関する調査

平成20年5月

全 国 市 長 会

2008.05.23現在

目次

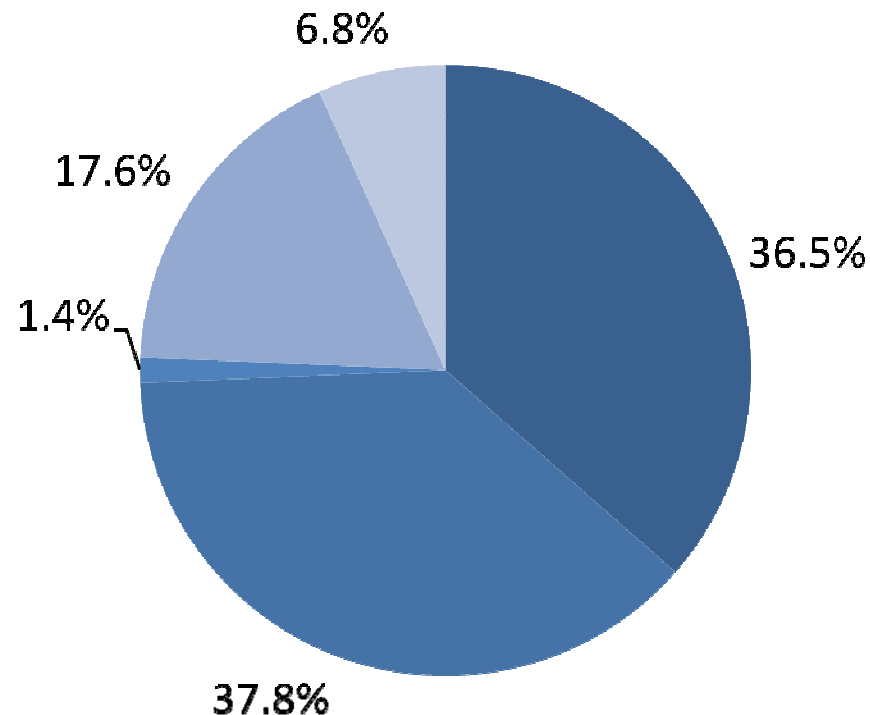
1. 調査目的
次期介護報酬改定に向けた本会の意見とりまとめの基礎資料とするため。
 2. 調査対象 【81市】
社会文教委員会委員市
及び
介護保険対策特別委員会委員市
 3. 調査期間
平成20年4月24日～5月15日
 4. 調査方法
調査表を郵送し、回答票をEメールにより回収した。
 5. 回答率
91.4%【81市中74市から回答票を回収した。】
- * 調査表のデータは、(回答数/74市)で除算し、小数点第4位を四捨五入してある。

問1	→	P.1
問2	→	P.3
問3	→	P.4
問4	→	P.21
問5	→	P.24
問6	→	P.33
問7	→	P.37
問8	→	P.40
問9	→	P.41
問10	→	P.44
問11	→	P.46
問12	→	P.48
問13	→	P.52
問14	→	P.53
問15	→	P.54
問16	→	P.55
参考	→	P.66

1. 人材の確保・育成について

(1) 貴市の状況をお聞かせください。(1つだけ選択)

- ア. 人材の確保・育成が困難な状況にあり、深刻な課題となっている。
- イ. 人材の確保・育成がやや困難な状況ではあるが、事業者の努力等で解決できている。
- ウ. 人材の確保・育成が困難な状況ではない。
- エ. 人材の確保・育成に係る介護現場の状況について、十分把握していない。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 27市 ⇒ 36.5%

イ: 28市 ⇒ 37.8%

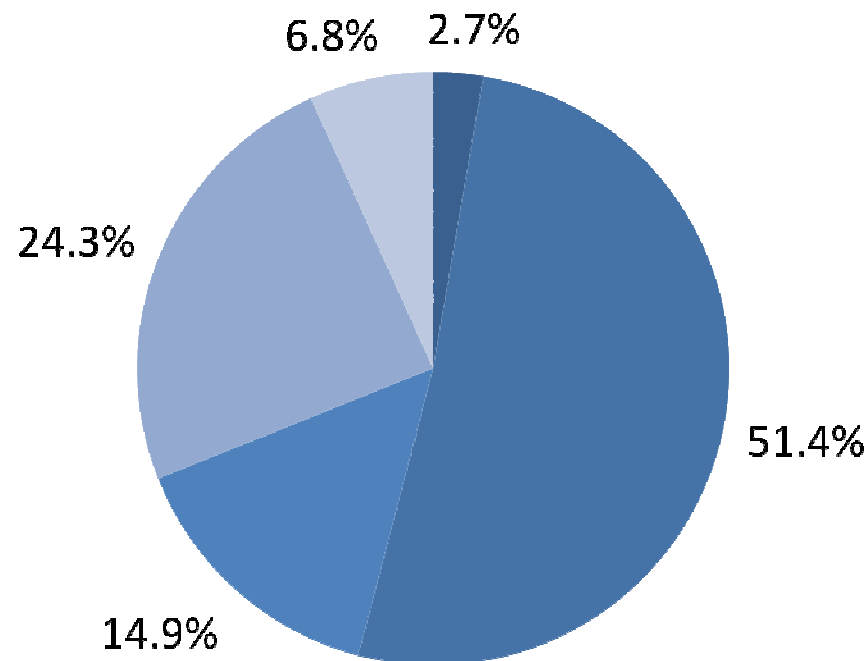
ウ: 1市 ⇒ 1.4%

エ: 13市 ⇒ 17.6%

オ: 5市 ⇒ 6.8%

(2)仮に、人材の確保・育成を図るために介護報酬を引き上げることとした場合、保険財政や利用者負担等に大きな影響を及ぼす可能性があります。このことについてどのようにかんがえますか。(1つだけ選択)

- ア. 保険財政、利用者負担等に大きな影響を及ぼすので、介護報酬を引き上げない方がよい。
- イ. 報酬が職員(介護労働者)に適正に配分できる仕組みを整備した上でなければ、介護報酬を引き上げない方がよい。
- ウ. 人材の確保等は深刻な課題であり、保険財政等に多少の影響が出ても介護報酬の引上げはやむを得ない。
- エ. 人材の確保等を図るため、一部の介護報酬の引上げはやむを得ないが、一方で、報酬の廃止・縮小を進める見直しを行い、保険財政上の均衡を図る方がよい。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 2市 ⇒ 2.7%

イ: 38市 ⇒ 51.4%

ウ: 11市 ⇒ 14.9%

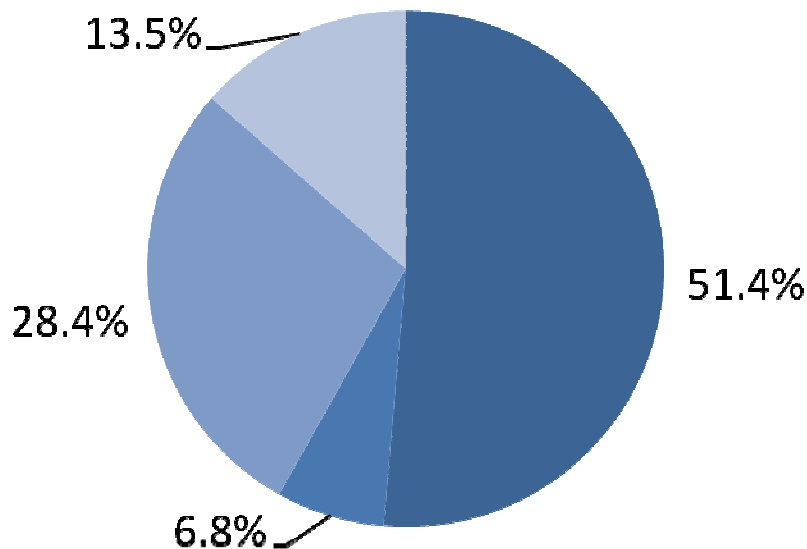
エ: 18市 ⇒ 24.3%

オ: 5市 ⇒ 6.8%

2. 報酬体系の簡素化について

現行の介護報酬の体系では、加算・減算の種類が多く報酬体系が複雑で、「利用者にとって分かりにくい。」「ケアマネジャーの給付管理が大変である。」などといった意見があります。一方で、「サービスの内容に対する評価を的確に報酬に反映させるためには、加算・減算の仕組みが必要である。」という意見もあります。また、加算・減算の中には、実績としてほとんど請求されないもの、逆にほとんどの場合に請求されているものも多くあります。そこで、このような意見や実態を踏まえ、介護報酬における加算・減算のあり方についてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

- ア. できるだけ加算・減算項目を減らし、事業者の事務負担を軽減する方がよい。
- イ. できるだけ加算・減算項目を増やし、事業者のサービス内容を評価する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 38市 ⇒ 51.4%

イ: 5市 ⇒ 6.8%

ウ: 21市 ⇒ 28.4%

エ: 10市 ⇒ 13.5%

3. サービス水準、適用範囲について (居宅介護支援費、介護予防支援費を除く。)

保険給付の対象となるサービスの水準や範囲については、「福祉用具の対象項目を増やすべきである。」「住宅改修の対象工事の範囲を拡大する必要がある。」などといった意見がある一方、「保険給付の対象を減らすべきである。」「支給限度額を引き下げるべきである。」などといった意見もあります。

保険給付の対象となるサービスの水準、適用範囲について、以下の点についてどのように考えますか。

(1) 介護報酬の引上げが適当であると考えるサービスはありますか。(複数回答可)

居宅サービス	回答数	理由
居宅サービス全般	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材の確保・職員の処遇改善により、介護サービスの質の向上になる。
訪問介護① (「身体介護のみ」、 「生活援助」も含める)	21	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護計画の作成などの書類整備など、ヘルパー本来の業務を圧迫している。 ○ 在宅生活支援の業務は貴重で、益々重要な職種であり、仕事の内容に見合った報酬とすべきである。 ○ 地域により移動に時間がかかり、収入減となることがある。 ○ 本市の事業所は、ほぼ全て地域加算の対象の事業所ではあるが、そもそもの報酬単価が低いため、事業所による1職員確保離れが顕著になってきているため。 ○ 人材確保のため。 ○ サービスに対する評価が見合ったものとなっていない(常時緊張の連続)。 ○ 介護の根幹をなすサービスであるものの最も割安感があり、離職率も高いと思われるため。 ○ 人材確保のためにも、職員(介護労働者)に適正に配分できる仕組みを整備した上で、介護報酬を上げるべき。 ○ 人材不足が深刻化しており、報酬を増やし人材を確保したい。 ○ サービスに対する報酬が見合っていないため。

問3-(1) <居宅サービス>

居宅サービス	回答数	理由
<p>訪問介護② (「身体介護のみ」、 「生活援助」も含める)</p>	<p>21</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの提供量(人件費)考慮すると単位(単価)が安価であると考ええる。 ○ 質の高いサービス(ヘルパー)の確保のため。 ○ 適正な報酬でないと常勤の確保が困難で、そのため、ケアの質が落ちる。 ○ 人材の確保が難しい。 ○ 通所系のサービスに比べて、対価が低いと考えるため。 ○ 過疎地においては移動距離が大きく、30分未満の移動距離であっても相当の移動期間を要することから引き上げが適当。 ○ 介護従事者の賃金の向上。 ○ ホームヘルパー確保の為。 ○ 人件費に反映されるため。 <p>【「身体介護のみ」の理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 供給力を高めるため。 <p>【「生活援助」の理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助が必要な者であっても、比較的軽度者については苦情や注文が多く訪問時の精神的負担があるため、身体介護と一本化し同評価とするべき。
<p>訪問入浴</p>	<p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本市の事業所は、ほぼ全て地域加算の対象の事業所ではあるが、そもそもの報酬単価が低いため、事業所による訪問入浴介護職員確保離れが顕著になってきている。また看護師確保も困難を極めているため。 ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。 ○ 人材の確保が難しい。
<p>訪問看護</p>	<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため。 ○ 人材の確保が難しい。

問3-(1) <居宅サービス>

居宅サービス	回答数	理由
訪問リハビリ	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ 供給力を高めるため。 ○ 人材確保のため。 ○ 人材の確保が難しい。 ○ 報酬単価が低いため、サービスを提供する事業所が少ない。
通所介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
療養通所介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状の介護報酬では運営が厳しいため、サービス提供事業者が増えていない。療養病床の再編もあることから事業者の参入が進むような報酬設定が必要である。
通所リハビリテーション	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
短期入所生活介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
短期入所療養介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
特定施設入居者生活介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため。
介護予防訪問介護	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 包括単位数が小さすぎるため、事業所の受け入れを拒む傾向にあるため(介護予防事業の効果的実施ができない)。 ○ 人材不足が深刻化しており、報酬を増やし人材を確保したい。 ○ 介護従事者の賃金の向上。

問3-(1) <居宅サービス>

居宅サービス	回答数	理由
介護予防訪問入浴	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本市の事業所は、ほぼ全て地域加算の対象の事業所ではあるが、そもそもの報酬単価が低いため、事業所による訪問入浴介護職員確保離れが顕著になってきている。また看護師確保も困難を極めているため。
介護予防通所介護	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 包括単位数が小さすぎるため、事業所の受け入れを拒む傾向にあるため(介護予防事業の効果的実施ができない)。 ○ 定額報酬のため人員・職員の確保が困難になっている。
介護予防通所リハビリ	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 定額報酬のため人員・職員の確保が困難になっている。

問3-(1) <地域密着型サービス>

地域密着型サービス	回答数	理由
地域密着サービス全般	1	○ 人材の確保・職員の処遇改善により、介護サービスの質の向上になる。
夜間対応型訪問介護	1	○ 現在の報酬設定では経営状況が厳しい事業者が多い。
夜間対応型Ⅰ	1	○ 現行の報酬体系では事業の採算が取れないため。
認知症対応型通所介護	1	○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
小規模多機能型居宅介護①	23	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在の報酬設定では経営状況が厳しい事業者が多い。 ○ 要支援1～要介護2の報酬がグループホームや認知症デイや施設サービス等に比べて低い。 ○ 24時間サービス提供する必要があるのに対して、人員配置基準が低すぎるとの事業者からの意見がある。 ○ 当市で普及を図りたいが、現行報酬では経営困難との声が多い。 ○ 供給力を高めるため。 ○ 人材確保のため。 ○ 現行の報酬では単独運営が難しく、参入が見込めないため。 ○ 現行の報酬体系では事業の採算が取れないため。 ○ 宿泊サービスの利用者がいない場合には夜勤職員の配置を要しないよう改めてほしい。それが出来ないならば、配置に伴う介護報酬の引上げ措置を講じてほしい。 ○ 要支援の利用者が多い事業所では経営困難。 ○ 要支援1.2の軽度者の介護報酬が低い。サービスを柔軟に組み合わせる提供するには、それなりの報酬がなければ、サービス水準・職員の資質の確保、事業者の新規参入が見込めない。 ○ 施設から在宅への流れの中、軽度者の報酬がグループホームに比べて低く、経営が困難。

問3-(1) <地域密着型サービス>

地域密着型サービス	回答数	理由
小規模多機能型居宅介護②	23	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設から在宅への流れの中、軽度者の報酬がグループホームに比べて低く、経営が困難。 ○ 報酬が低く、多角経営をしなければ、事業実施が難しいと思われる。 ○ 多岐にわたるサービス内容に比して報酬が低い。 ○ 多種多様のサービスを行っているため、多くの従業員が必要となるが、その介護に見合った報酬単価になっていない状況であるので、従業員が定着しない状況である。 ○ 過疎地域においては現報酬体系では運営が大変であるため。 ○ 軽度者の報酬が比較的低いため。 ○ 軽度者の単価が低く設定されているが、利用者の割合は軽度の方が多。 ○ 訪問介護が必要な場合(支給限度額に近い介護報酬がある)の為とは思いますが、サービス内容に比して、他のサービスと比較してきびしいと思う。 ○ 包括的報酬の低いことが整備の促進を阻害しており、引き上げが必要と考える。 ○ 本市では土地確保等の観点から、大規模特養の整備を進めていくには限界があるため、小規模特養単独での運営が可能な介護報酬を設定することで、その代替をしていきたい(登録定員に達するまでに期間を要し、その間の経費が厳しいため)。 ○ 軽度者の報酬設定が低い。
認知症対応型共同生活介護	6	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため。 ○ 入居者の重度化が進み、看取りを行うケースが増えてきている現状であるが、医療連携加算を行うために、看護師を配置するだけの報酬がない状況である。 ○ 介護職の勤務形態が不規則であり、離職率が高いため。 ○ 人材の確保が難しい。 ○ 夜間・深夜勤務も含め、劣悪な勤務状況により、なり手がいない。 ○ 今後需要が予想されるため。

問3-(1) <地域密着型サービス>

地域密着型サービス	回答数	理由
特定施設入居者生活介護	1	○ 人材確保のため。
小規模特別養護老人ホーム	1	○ 特に理由なし。
介護予防 認知症対応型共同生活介護	1	○ 夜間・深夜勤務も含め、劣悪な勤務状況により、なり手がいない。
介護予防 小規模多機能型居宅介護	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者の報酬が低すぎることに加え、介護予防1や介護予防通所介護の包括報酬が低すぎることに起因し、介護予防の効果的実施を実現するため、介護予防小規模多機能に利用者が流れる傾向にもかかわらず、事業者が要支援者の利用を拒む傾向にあるため。 ○ 新しい介護保険の柱となるサービスであるが、現行の予防報酬では多くの事業所が参入しないと予想されるため。 ○ 現行の報酬では単独運営が難しく、参入が見込めないため。

問3-(1) <施設サービス>

施設サービス	回答数	理由
施設サービス全般	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材の確保・職員の処遇改善により、介護サービスの質の向上になる。 ○ 報酬単価等を見直して介護職員の雇用の安定化が必要である。 ○ 在宅復帰の為の加算の充実。
介護老人福祉施設	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特養や老健については、介護・看護職員3:1を上回る報酬設定を設けたほうがよい。 ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
介護老人福祉施設における夜間看護師配置加算	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 夜勤体制において、看護師配置は必須となっていない。
介護老人保健施設	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特養や老健については、介護・看護職員3:1を上回る報酬設定を設けたほうがよい。 ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。
介護療養型医療施設	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保のため及び経費(ガソリン代等)高騰のため。

(2) 介護報酬の引下げが適当であるとするサービスはありますか。(複数回答可)

居宅サービス	回答数	理由
訪問介護	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 有料老人ホーム、高齢者アパートに併設する事業所が行うサービスは、経費が少なく済むため(交通費相当分が必要)。 ○ 施設入所者の在宅復帰推進。
訪問看護(特に予防)	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問リハビリとの差が大きい、医療度の高い方でも利用限度額を超えてしまう。
訪問リハビリテーション リハビリテーションマネジメント 加算	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービスを提供するにあたり、マネジメントを実施することは当然であるので、加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
居宅療養管理指導	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス実態があいまいなまま報酬が支払われているため。 ○ 通院困難な利用者に限定できていないため。 ○ 適切な指導がなされていない。 ○ 「1月に2回を限度」の理由が不明確なため「1月に1回を限度」に。
通所リハビリテーション リハビリテーションマネジメント 加算	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービスを提供するにあたり、マネジメントを実施することは当然であるので、加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
短期入所生活介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従事職員を特養等の施設職員に含めてカウントできることから(事業単独での職員配置不要)、現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの必要性の高いサービスとの均衡を図るため。
短期入所療養介護	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従事職員を特養等の施設職員に含めてカウントできることから(事業単独での職員配置不要)、現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの必要性の高いサービスとの均衡を図るため。

問3-(2) <居宅サービス>

居宅サービス		回答数	理由
福祉用具貸与		5	<ul style="list-style-type: none"> ○ 用具自体の耐用年数が経過していても、短期間の貸与で販売価格相当分の対価となっているため。 ○ 減価償却期間終了後も報酬額が同じであるため。 ○ 電動ベッドなど長期にわたるレンタルの場合は、非常に割高であるので逡減制とすべきである。 ○ 品目ごとの価格の上限を設ける。 ○ 購入費と貸与費に一定の関連をつけることで、全体的には引き下げにつながると思われる。
介護予防居宅療養管理指導		1	○ サービス実態があいまいなまま報酬が支払われているため。
介護予防 通所介護	アクティビティ 実施加算	1	○ アクティビティ(集団的に行われるレクリエーション等)は加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
	事業所評価 加算	1	○ 報酬として評価するのではなく、情報公表制度等で事業所を評価すればよいのではないか。
介護予防 通所リハビ リテーション	アクティビティ 実施加算	1	○ アクティビティ(集団的に行われるレクリエーション等)は加算として評価するのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。
	事業所評価加算	1	○ 報酬として評価するのではなく、情報公表制度等で事業所を評価すればよいのではないか。
居宅介護 支援費	特定事業所 加算	1	○ 報酬として評価するのではなく、情報公表制度等で事業所を評価すればよいのではないか。
	特定事業所 集中減算		
予防福祉用具貸与		1	○ 用具自体の耐用年数が経過していても、短期間の貸与で販売価格相当分の対価となっているため。

問3－(2) <地域密着型サービス>

地域密着型サービス	回答数	理由
小規模多機能型居宅介護	2	○ 月単位報酬であるのでサービス内容ごとの単位で利用回数で管理する。

問3－(2) <施設サービス>

施設サービス	回答数	理由
介護保険施設共通 身体拘束廃止未実施減算の廃止	1	○ そもそも正当な理由なく身体拘束をしている場合は運営基準違反であり、正当な理由がある場合は家族の同意をとるとともに記録をすることが前提となっている。記録をしない場合は身体拘束未実施減算を適用して身体拘束の状態を認めるのではなく、運営基準違反で対応する方がよい。
退所前後訪問相談援助加算	1	○ 退所時にかかる加算は3種類あるが目的や効果が類似しているため、要件の整理統合が必要と考える。
退所時指導加算		
退院前連携加算の統合		
栄養マネジメント加算	1	○ サービスを提供するにあたってはマネジメントすることは当然であるので、加算として別立てにするのではなく、本体報酬に包括化して評価してはどうか。

問3-(2) <施設サービス>

施設サービス	回答数	理由
介護老人福祉施設	1	○ 現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの 必要性の高いサービスとの均衡を図るため。
介護老人保健施設	1	○ 現在も収益性が確保されているため。また、上記の報酬単価引き上げの 必要性の高いサービスとの均衡を図るため。
老人保健施設 リハビリテーション マネジメント加算	1	○ サービスを提供するにあたってはマネジメントすることは当然である ので、 加算として別立てにするのではなく、本体報酬に包括化して評価して はどうか。
緊急時施設療養費	1	○ 介護保険で給付する医療サービスは基本部分に限定し、医療行為 につ いては医療保険で給付することとしてはどうか。また、医療行為につ いては 外部から往診等を受けることを認め、報酬は医療保険で算定すること も考 えられる。
特別療養費		
特定診療費の医療保険におけ る給付		

(3) 保険給付の対象に加えることが適当であるとするサービスはありますか。(複数回答可)

居宅サービス	回答数	理由
訪問介護	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 移送サービス、院内介助、散歩などの外出介助のニーズがあり、介予防に効果的である。 ○ 散歩介助(廃用症候群)。
特殊的な訪問入浴	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 車の進入できない僻地に家がある場合、看護師等の職員がいない場合などが想定されるため(例:通所介護施設における入浴のみのサービス)。
訪問理美容サービス	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後、独居世帯や高齢者のみ世帯の増加が予想されており、要介護認定者の理美容は訪問しての対応が高くなり、また、必要と思われるため。 ○ 寝たきりや外出困難な方々に対し、心身の清潔を保持するために保険給付の対象とすることが適当であるとするため。
配食サービス	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 要介護者の独居生活(高齢者夫婦含む)支援のため。 ○ 今後、独居世帯や高齢者のみ世帯の増加が予想されており、需要が高く必要と思われるため。
主治医意見書作成	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護認定の手続きにおいて必ず必要である主治医意見書について、医師の意識向上を図るためにも介護報酬としての位置付けが必要と思われる。 <ul style="list-style-type: none"> ① 保険者からの意見書依頼後、何ヶ月も経ってから意見書が提出され、認定が遅延するケースが多い。 ② 更新認定や変更認定において、意見書の記載内容が前回と変わらないケースがある。適切な介護認定の観点から、主治医意見書に対する評価を報酬に組み込むべきと考える。 ③ 報酬に組み込んだ場合には、「被保険者の状態像把握やケアマネとの連携実施への加算」「遅延による減算」等も併せて考えるべきと思われる。

問3－(3) <居宅サービス>

居宅サービス	回答数	理由
福祉用ベット	1	○ 足関節や膝の悪い利用者が立ち上がりのために布団よりベットを希望される。福祉用具の貸与品にないため、特殊寝台を借りている利用者がいる。介護報酬の削減が図れる。
院内介助	1	○ 原則病院スタッフにより対応されるべきものとされているものの、実情は院内での移動介助等を要する者であっても病院スタッフによる対応はほとんどなされていない。
外出介助	1	○ 外出のための目的が限定されており、自立支援に繋がるような目的であっても利用できない場合があるため。
施設等の外泊時のサービス利用	1	○ 施設等から在宅への移行がスムーズにいくよう、外泊時で利用を可能にする。
移送サービス	1	○ 病院等への通院や社会参加のための外出支援について、保険制度において実施する。
通所系サービス	1	○ 送迎に要する費用については、本体報酬に包括されているにもかかわらず送迎実施区域外の利用者については、別途負担が発生してしまうため。

問3－(3) <地域密着型サービス>

地域密着型サービス	回答数	理由
負担限度額制度の適用	1	○ 施設サービスのバランスを保つため。
移送サービス	1	○ 病院等への通院や社会参加のための外出支援について、保険制度において実施する。

問3－(3) <施設サービス>

施設サービス	回答数	理由
介護老人保健施設	1	○ 実費負担となっている胃ろうのチューブ代。在宅復帰を目指し入所している者でもその病状によっては長期間の入所となることがあり、低所得者層には負担となるため。
理美容加算	1	○ 寝たきりや外出困難な方々に対し、心身の清潔を保持するために保険給付の対象とすることが適当であると考えたため。

(4) 保険給付の対象から外すことが適当であると考えられるサービスはありますか。(複数回答可)

居宅サービス		回答数	理由
訪問介護	全般	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護のうち生活援助については、報酬外の設定とし、地域支援事業として実施し、市町村が認めたものに対し給付することが適当であると考えます。理由としては、不必要なサービスをケアプランに位置づけているケースが散見され、自立支援の観点から生活援助サービスを位置づけているケアマネジャーが少ないからです。要介護状態の人に関しても介護予防事業との連続性が保て、予防効果も期待できると考えます。
	乗降介助	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 乗降等の介助であるはずの報酬が移送料金となっていたり利用者基準が不明瞭とあいまいな報酬になっている。 ○ 足代わりの利用となっているため。
	生活援助	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ 給付に馴染まないまたは重複である。
訪問看護		2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療補助などは介護保険ではなく医療のみで対応し適用保険を区別すべきである。 ○ 医療と介護の区別が不明瞭であるため、医療に一本化すべきである。
居宅療養管理指導		8	<ul style="list-style-type: none"> ○ 給付に馴染まないまたは重複である。 ○ 医療の往診と同じ。必要なら支給限度額内においてケアプランへの位置付けを義務付ける。 ○ 被保険者のニーズと合致していないケースが見受けられ、介護保険の給付対象としてはなじまないと考えられるため。 ○ 医療保険のケアで充分である。 ○ 支給限度額外のサービスであり、ケアマネの給付管理が及びにくく、ケアプランも作成しにくい。必要なサービスではあるが、医療保険対象にすべきではないか。 ○ 医師が介護保険制度を理解しておらず、算定誤りが多い。 ○ サービス提供の理由付けが明確でないため。 ○ 適切な指導がなされていない。

問3－(4) <居宅サービス>

居宅サービス	回答数	理由
特定施設入所者生活介護	1	○ 有料老人ホームの定義を明確化し、新たに一本化した報酬を設定すべき。
シャワー用いす	1	○ 通常の家にある場合が多く、わざわざ介護給付を行わなければならないほどの特殊性はない。
住宅改修費(施工費を含む)	3	○ 給付に馴染まないまたは重複である。 ○ 業者により格差があり余分な給付増が生じる原因となっている。施工費を全額利用者負担とすることで解消できる(自己改修と同扱い)。 ○ 自費で行うのが適当と考える(私財)。
通院等乗降介助	1	○ 乗降の介助が必要ない者でも、タクシー代わりに利用するなど適切な運用が難しいため。
介護予防訪問入浴介護	1	○ 軽度者の状態像からは必要性が想定しづらい。要介護者に限定すべきである。
介護予防居宅療養管理指導	1	○ 対象者は殆どの方が通院できる要支援者である。

* 問3－(4)の<地域密着型サービス>と<施設サービス>は、回答なし。

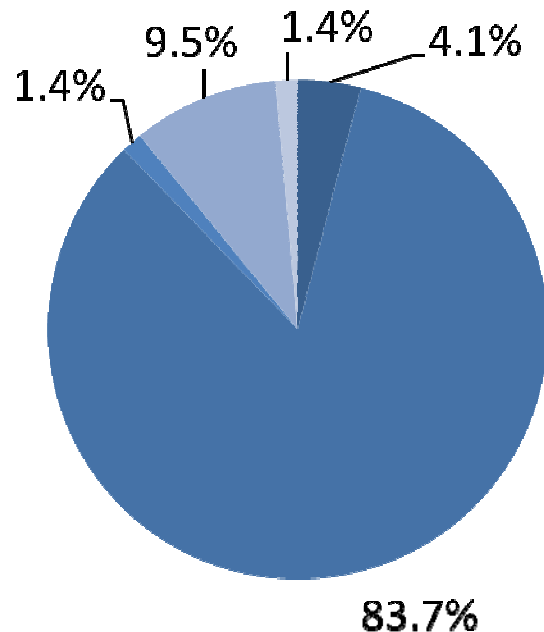
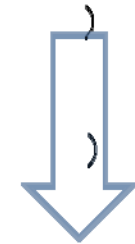
4. 支給限度額について

(1) 居宅サービスの支給限度額について

平成18年度改正で、要支援1、2の支給限度額が変更になりましたが、要介護1以上は平成12年度の制度施行以来同じ水準になっています。このことについてどのように考えますか。

(1つだけ選択)

- ア. 支給限度額を引き上げる方がよい。引き上げる区分を記入してください。()
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 支給限度額を引き下げる方がよい。引き下げる区分を記入してください。()
- エ. 引上げ・引下げを問わず、支給限度額と施設の給付額を同一水準にした方がよい。
- オ. その他



	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
選択肢 ア	1	1				1	1
選択肢 ウ			1				

回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 3市 ⇒ 4.1% イ: 62市 ⇒ 83.7% ウ: 1市 ⇒ 1.4%
 エ: 7市 ⇒ 9.5% オ: 1市 ⇒ 1.4%

(2) 福祉用具購入費の支給限度額について

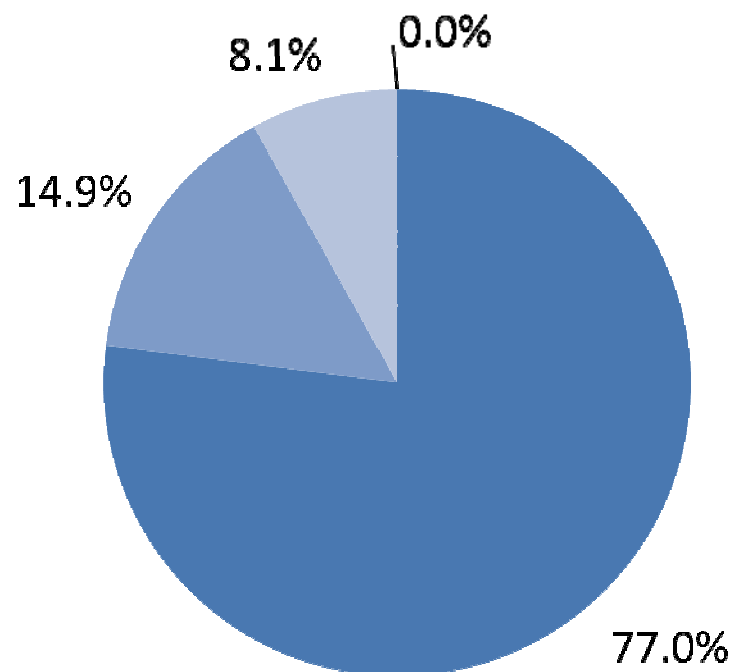
福祉用具購入費の支給限度額は10万円で制度施行以来同じ水準になっています。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

■ ア. 10万円を引き上げる方がよい。

■ イ. 現行のままでよい。

■ ウ. 10万円を引き下げる方がよい。

■ エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 0市 ⇒ 0%

イ: 57市 ⇒ 77.0%

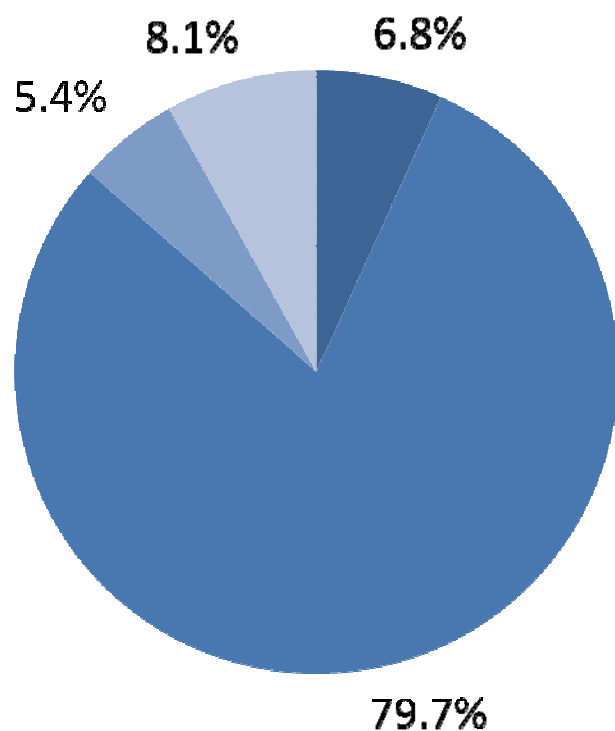
ウ: 11市 ⇒ 14.9%

エ: 6市 ⇒ 8.1%

(3)住宅改修費の支給限度額について

住宅改修費の支給限度額は20万円です。制度施行以来同じ水準になっています。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 20万円を引き上げる方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 20万円を引き下げる方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数:74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア:5市 ⇒ 6.8%

イ:59市 ⇒ 79.7%

ウ:4市 ⇒ 5.4%

エ:6市 ⇒ 8.1%

5. 居宅介護支援費、介護予防支援費について

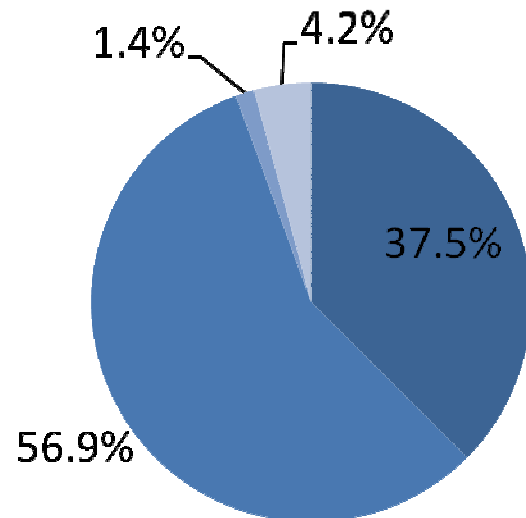
平成18年度改正において、居宅介護支援費は、要介護1～2及び要介護3～5の2つに区分され、それぞれ1件あたり月1,000単位、月1,300単位に引き上げられました。一方、介護予防支援費は、給付管理業務の簡素化に伴い1件あたり月400単位となっています。また、初回時のケアマネジメント業務を評価するため、初回加算250単位が新設されました。以下のことについてどのように考えますか。

(1)居宅介護支援の介護報酬の目的達成状況について

前回の報酬改定の目的は、「利用者と向き合う時間の増加」「サービス担当者会議の定期的な開催」「主治医との連携強化」などを図り、質の高いケアマネジメントの実施を目指すというものでしたが、この目的は達成されていますか。 (1つだけ選択)

①利用者と向き合う時間について

- ア. 報酬改定前と比べて時間は増えた。
- イ. 報酬改定前と比べてあまり変わっていない。
- ウ. 報酬改定前と比べて時間は減った。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 72市

(無回答が2市。グラフは、72市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 27市 ⇒ 37.5%

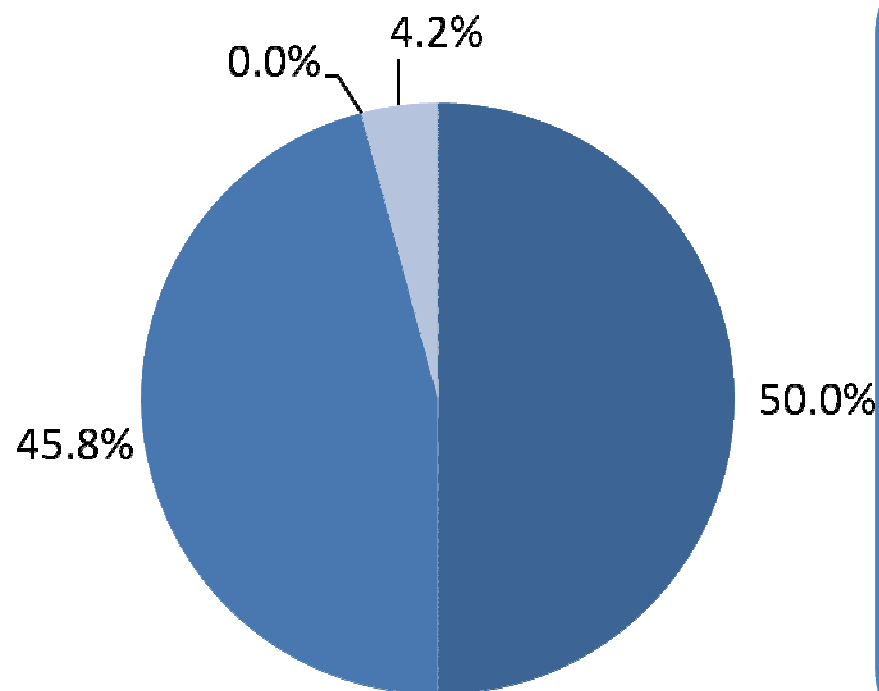
ウ: 1市 ⇒ 1.4%

イ: 41市 ⇒ 56.9%

エ: 3市 ⇒ 4.2%

②サービス担当者会議について

- ア. 報酬改定前と比べて回数は増えた。
- イ. 報酬改定前と比べてあまり変わっていない。
- ウ. 報酬改定前と比べて回数は減った。
- エ. その他



回答結果

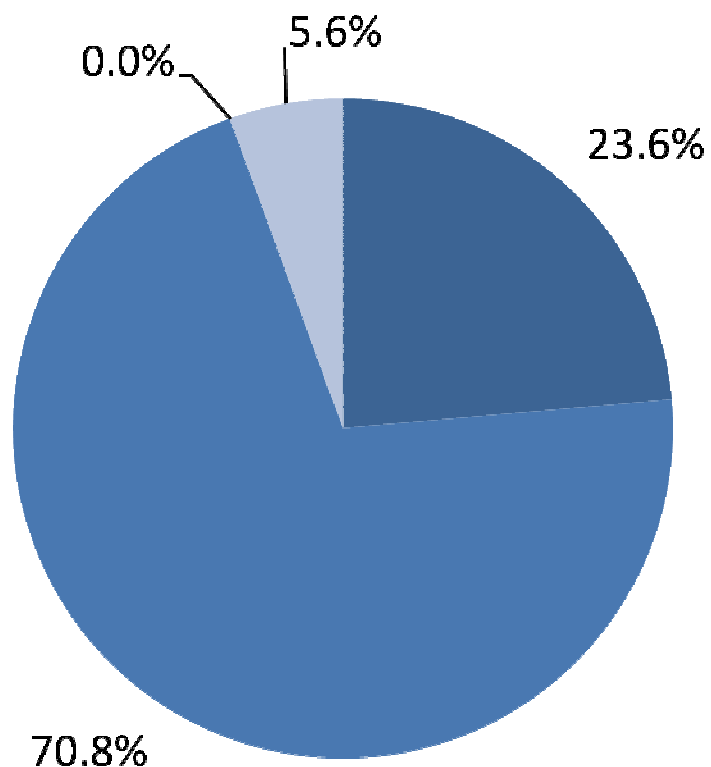
回答総数：72市
(無回答が2市。グラフは、72市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

ア：36市 ⇒ 50.0%
イ：33市 ⇒ 45.8%
ウ：0市 ⇒ 0%
エ：3市 ⇒ 4.2%

③主治医との連携強化について

- ア. 報酬改定前と比べて連携が進んだ。
- イ. 報酬改定前と比べてあまり変わっていない。
- ウ. 報酬改定前と比べて連携が後退した。
- エ. その他



回答結果

回答総数：72市
(無回答が2市。グラフは、72市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

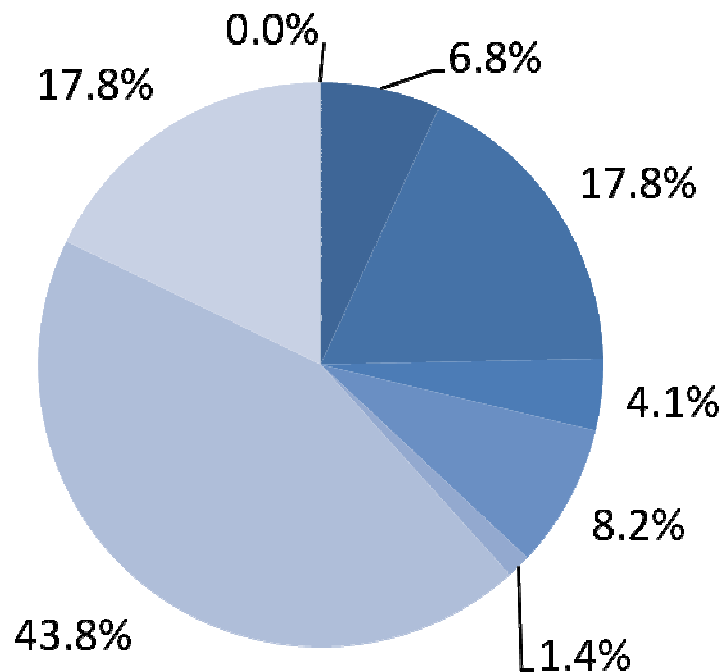
- ア：17市 ⇒ 23.6%
- イ：51市 ⇒ 70.8%
- ウ：0市 ⇒ 0%
- エ：4市 ⇒ 5.6%

(2) 居宅介護支援費の報酬水準と標準件数について

4—(1)の結果を踏まえてお答えください。

1件あたり月額10,000円、13,000円と標準件数(35件)についてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 現行単価を引き上げ、標準件数を引き上げる。(財政負担が極めて増加)
- イ. 現行単価を引き上げ、標準件数を引き下げる。(財政中立)
- ウ. 現行単価のまま、標準件数を引き上げる。(財政負担が増加)
- エ. 現行単価のまま、標準件数を引き下げる。(財政負担が減少)
- オ. 現行単価を引き下げ、標準件数を引き上げる。(財政中立)
- カ. 現行単価を引き下げ、標準件数を引き下げる。(財政負担が大幅に減少)
- キ. 単価・標準件数とも、現行のままでよい。(財政中立)
- ク. その他



回答結果

回答総数: 73市(無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 0市 ⇒ 0%

イ: 5市 ⇒ 6.8%

ウ: 13市 ⇒ 17.8%

エ: 3市 ⇒ 4.1%

オ: 6市 ⇒ 8.2%

カ: 1市 ⇒ 1.4%

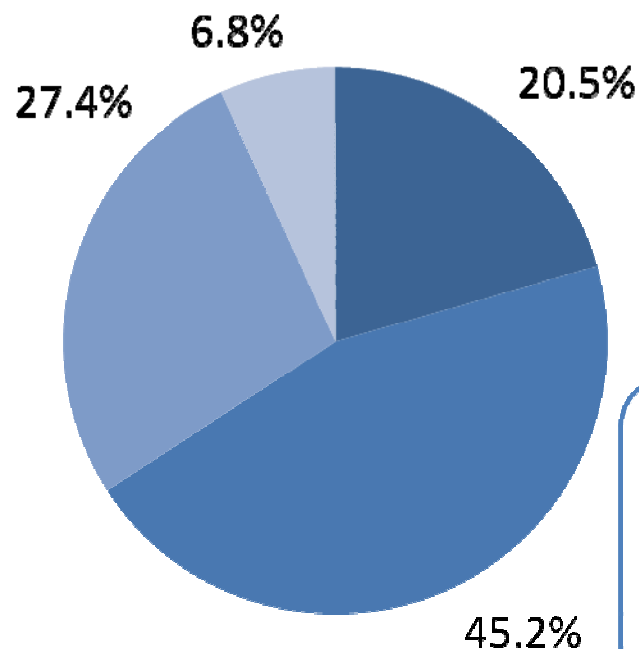
キ: 32市 ⇒ 43.8%

ク: 13市 ⇒ 17.8%

(3) 居宅介護支援費の逡減について

「担当件数が40件を超える場合、逡減規定があるので件数を低く抑えざるを得ず、事業経営が困難になっている。」「新しく介護支援専門員を雇うための余力がなく、小規模事業者は業務の縮小、廃止をせざるを得ない状況にある。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 標準担当件数を引き上げる方がよい。この場合(40件 ⇒ 件)にする。
- イ. 逡減は、標準担当件数を超えた部分について適用する仕組みとする方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



標準担当件数	
40~49件	3
50~60件	10
61件以上	1

回答結果

回答総数: 73市 (無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 15市 ⇒ 20.5%

イ: 33市 ⇒ 45.2%

ウ: 20市 ⇒ 27.4%

エ: 5市 ⇒ 6.8%

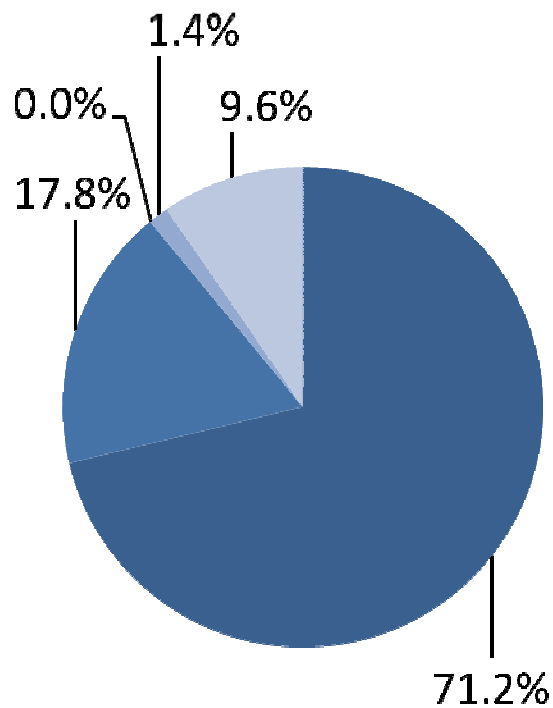
(4) 介護予防支援費の単価について

1件あたり月額4,000円を引き上げるべきだという意見がありますが、このことについて意見をお聞かせください。

(1つだけ選択)

- ア. 引き上げる方がよい。この場合(4,000円を ⇒ 円)にする。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 引き下げる方がよい。この場合(4,000円を ⇒ 円)にする。
- エ. 市町村が直営している地域包括支援センターと民間に委託している地域包括支援センターで分ける方がよい。
- オ. その他

この場合、市町村直営 (4,000円を ⇒ 円)にする。
民間委託 (4,000円を ⇒ 円)にする。



アの回答	回答数
4,000円以上	1
5,000円	8
5,500円	0
6,000円	17
6,500円	5
6,800円	1
7,000円	3
8,000円	11
8,500円	1
10,000円	3
無回答	2

	回答数	引き上げる値段
市町村直営	0	0
民間委託	1	8,000

回答結果

回答総数: 73市
(無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

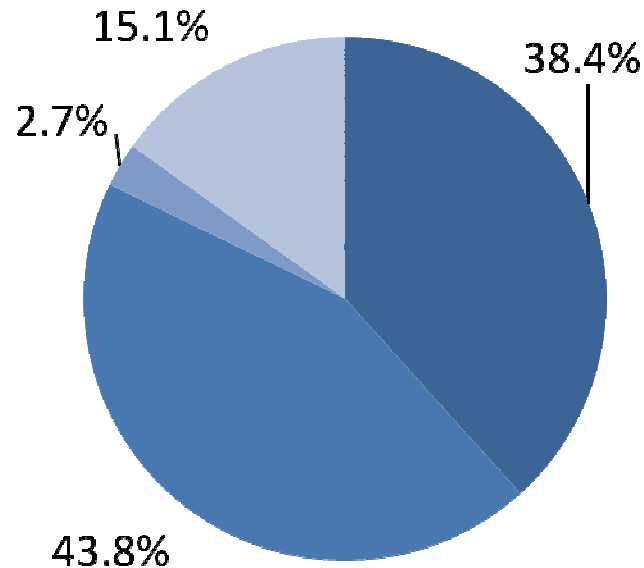
ア: 52市 ⇒ 71.2% イ: 13市 ⇒ 17.8%
ウ: 0市 ⇒ 0% エ: 1市 ⇒ 1.4%
オ: 7市 ⇒ 9.6%

(5) 介護予防支援の担当件数について

居宅介護支援費については、ケアマネジャー一人当たりの担当件数が40件を超える場合、逡減規定があるが、介護予防支援費については基準がないため、地域包括支援センター職員一人当たりの担当件数が多くなり、プランの質の低下や地域包括支援センターが担うべき他の業務が疎かになっているとの意見がありますが、このことについてご意見をお聞かせください。(1つだけ選択)

- ア. 標準担当件数を設定しない方がよい。
- イ. 標準担当件数を設定した方がよい。
- ウ. 市町村直営と民間委託といった運営形態ごとに標準担当件数を設定した方がよい。
- エ. その他

この場合、市町村直営 (件)にする。
民間委託 (件)にする。



	回答①	回答②
市町村直営	50件	50件
民間委託	10件	16件

回答結果

回答総数: 73市 (無回答が1市。グラフは、73市で計算。)

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 28市 ⇒ 38.4% イ: 32市 ⇒ 43.8%
ウ: 2市 ⇒ 2.7% エ: 11市 ⇒ 15.1%

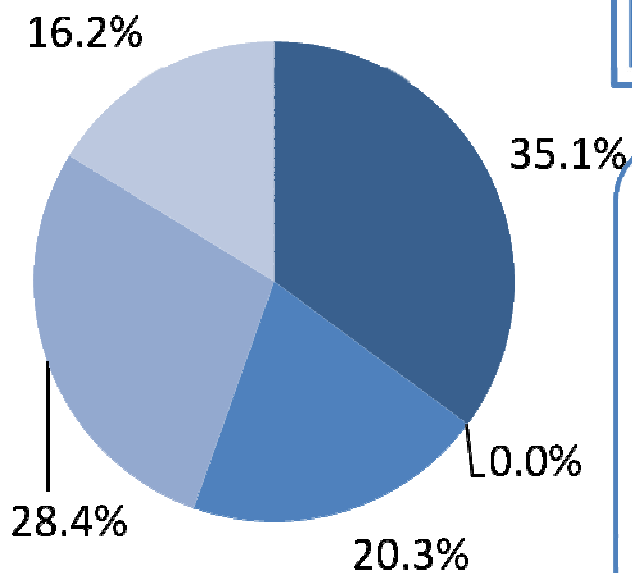
(6) 介護予防支援の委託件数について

地域包括支援センターから居宅介護支援事業者に委託される件数の上限(8件)についてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

- ア. 上限を引き上げる方がよい。この場合(8件 ⇒ 件)にする。
- イ. 上限を引き下げることがよい。この場合(8件 ⇒ 件)にする。
- ウ. 委託件数の上限を廃止して、新規ケースは地域包括支援センターが担当し、継続ケースは居宅介護支援事業者に委託することとする方がよい。
- エ. 現行のままでよい。
- オ. その他



アの 件数	10件	12件	15件	16件	20件	40件	無回答
回答数	4	4	2	7	2	1	6



回答結果

回答総数: 74市

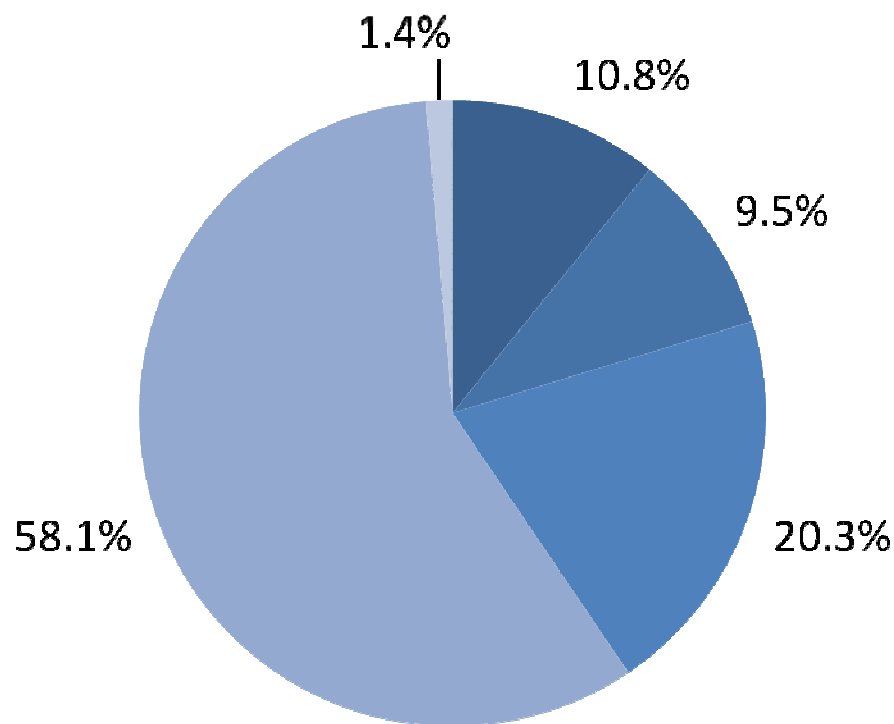
各選択肢の回答数と回答比率

ア: 26市 ⇒ 35.1%	イ: 0市 ⇒ 0%
ウ: 15市 ⇒ 20.3%	エ: 21市 ⇒ 28.4%
オ: 12市 ⇒ 16.2%	

(7) サービス担当者会議について

サービス担当者会議の費用は基本報酬に含まれていますが、すべてのケースについて開催がなされていない実情を踏まえ、基本報酬を引き下げて、「サービス担当者会議を開催したときに加算を行うべき。」との意見がありますが、どのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 基本報酬を引き下げて加算を行う方がよい。
- イ. 基本報酬はそのままに加算を行う方がよい。
- ウ. 基本報酬はそのままに減算を行う方がよい。
- エ. 現行のままでよい。(加算を行う必要はない)
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 8市 ⇒ 10.8%

イ: 7市 ⇒ 9.5%

ウ: 15市 ⇒ 20.3%

エ: 43市 ⇒ 58.1%

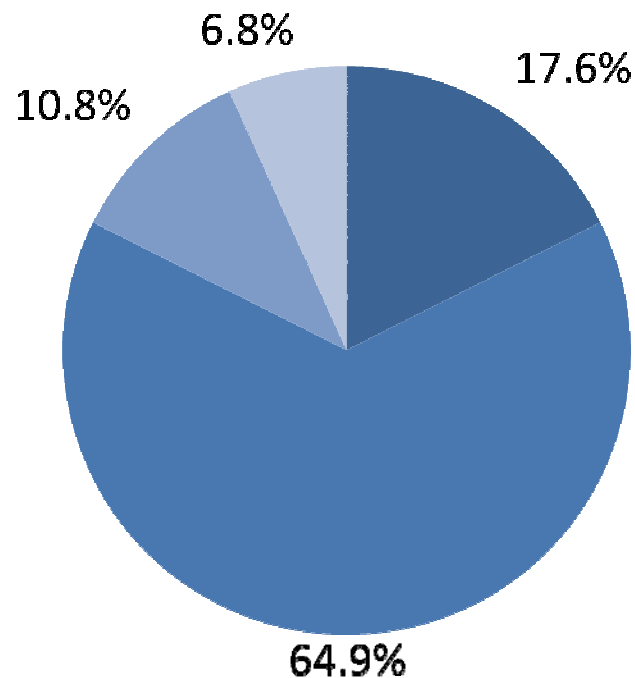
オ: 1市 ⇒ 1.4%

6. 訪問介護について

(1) 身体介護と生活援助について

「身体介護と生活援助を一本化すべきである。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 身体介護と生活援助を一本化の方がよい。
- イ. 現行のままの2類型でよい。
- ウ. 3類型にする方がよい。(身体介護、生活援助、複合型)
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 13市 ⇒ 17.6%

イ: 48市 ⇒ 64.9%

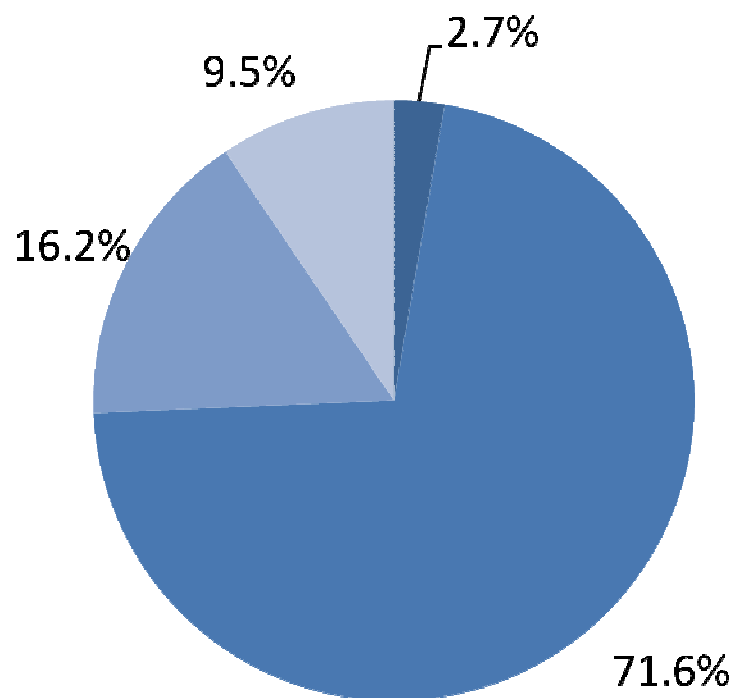
ウ: 8市 ⇒ 10.8%

エ: 5市 ⇒ 6.8%

(2)生活援助について

「介護保険が担うべき役割を考慮して、訪問介護における生活援助の在り方を検討する必要がある。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 生活援助は介護保険の給付対象から外した方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 軽度者については、生活援助は介護保険の給付対象から外した方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 2市 ⇒ 2.7%

イ: 53市 ⇒ 71.6%

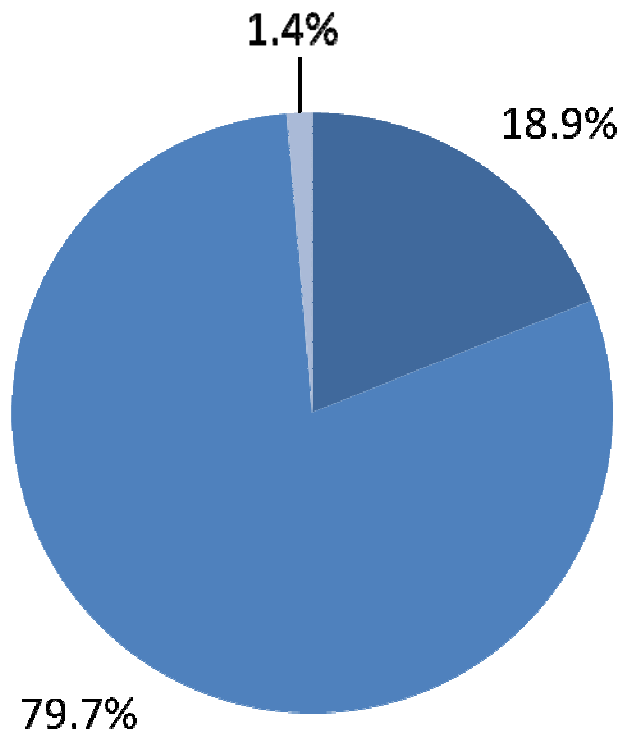
ウ: 12市 ⇒ 16.2%

エ: 7市 ⇒ 9.5%

(3) 行為別(モジュール型)の報酬設定について

時間単位から「行為別(清拭〇〇単位、食事介助〇〇単位、掃除〇〇単位)の報酬体系に変更すべきである。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 行為別(モジュール型)の報酬体系にする方がよい。 ■イ. 現行のままでよい。 ■ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 14市 ⇒ 18.9%

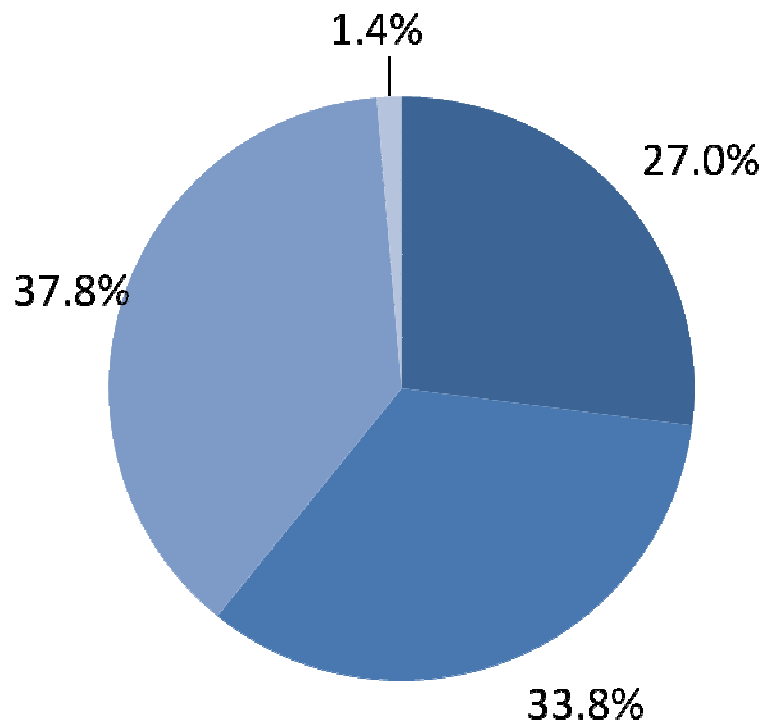
イ: 59市 ⇒ 79.7%

ウ: 1市 ⇒ 1.4%

(4) 訪問介護のサービス提供責任者への報酬

サービス提供責任者の費用は介護報酬に含まれていますが、「ケアマネ同様の書類作成や調整等が多く、介護報酬に見合っていない。」という意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. サービス提供責任者の費用を上乗せする方がよい。
- イ. サービス提供責任者の業務量を少なくし、報酬は現行のままでよい。
- ウ. サービス提供責任者の業務量、報酬とも現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数：74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア：20市 ⇒ 27.0%

イ：25市 ⇒ 33.8%

ウ：28市 ⇒ 37.8%

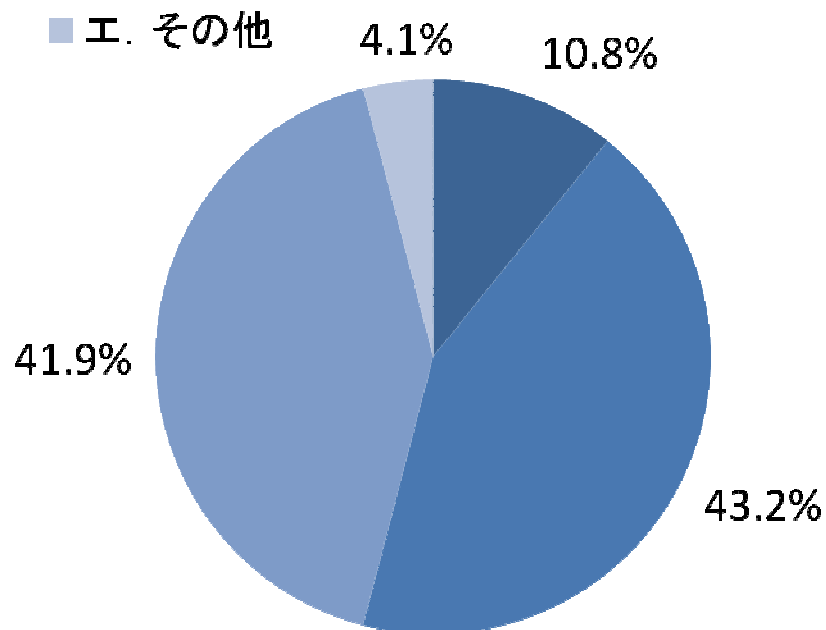
エ：1市 ⇒ 1.4%

7. 福祉用具貸与について

(1) 貸与と購入の品目について

貸与の品目や期間によっては、「貸与」の方が「購入」より多くの給付費が支給されています。このため、「貸与品目と購入品目を共通化すべきである。」などといった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 貸与品目と購入品目を共通化する方がよい。
- イ. 貸与品目は電動ベットや電動車いすのように、メンテナンスの頻度が多く、高価なものに限定して、他の用具は原則購入とする方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 8市 ⇒ 10.8%

イ: 32市 ⇒ 43.2%

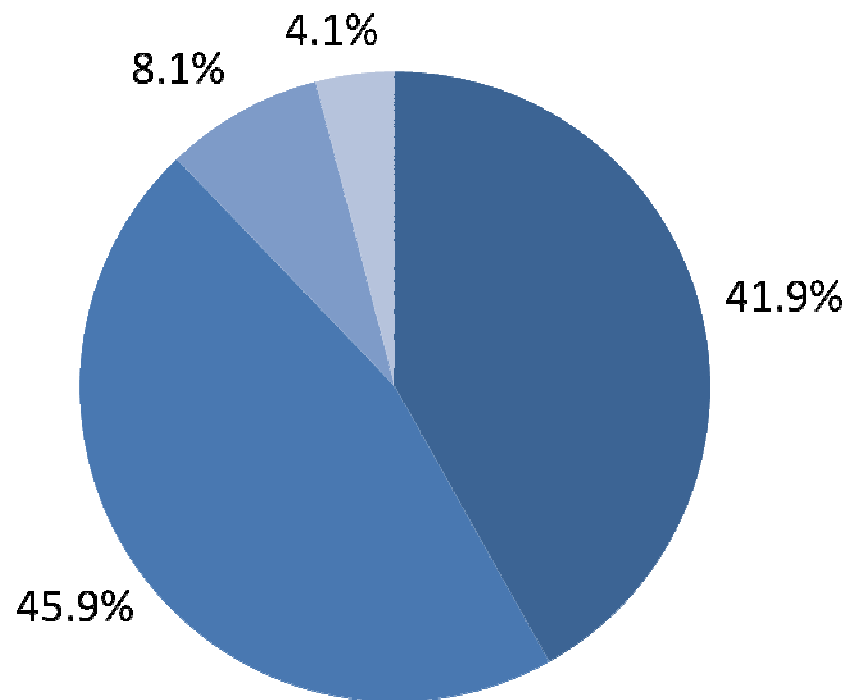
ウ: 31市 ⇒ 41.9%

エ: 3市 ⇒ 4.1%

(2) 貸与価格について

「電動ベッドや車いすの貸与価格は、実際の販売価格と比較してかなり高値で設定されている。」という意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 福祉用具貸与品目ごとに保険給付の上限を設定する方がよい。
- イ. 貸与価格は通常の販売価格の1/20にするなど、上限を設定する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 31市 ⇒ 41.9%

イ: 34市 ⇒ 45.9%

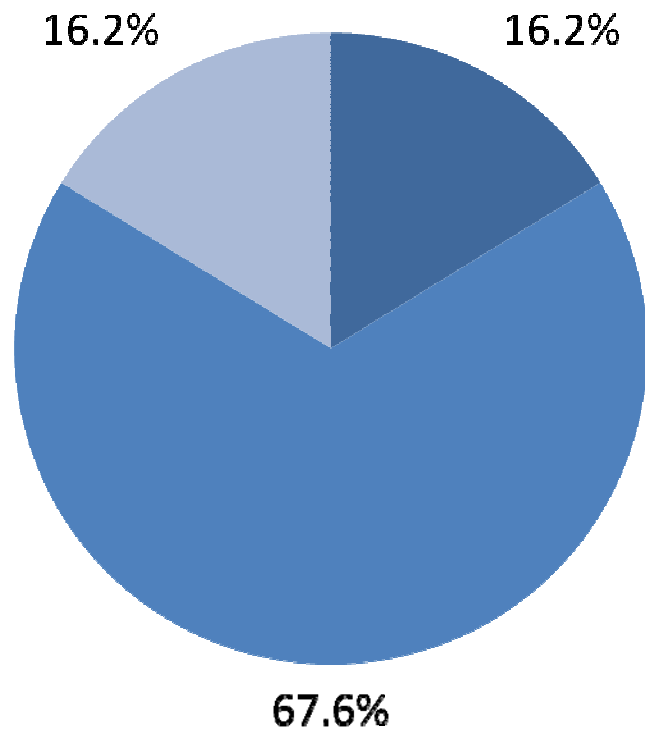
ウ: 6市 ⇒ 8.1%

エ: 3市 ⇒ 4.1%

(3) 福祉用具貸与にかかるサービス担当者会議について

福祉用具貸与に関して、「サービス担当者会議の開催頻度が6か月に1回の義務付けは、介護支援専門員等の負担が大きすぎる。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. サービス担当者会議の開催頻度を少なくする方がよい。 ■イ. 現行のままでよい。 ■ウ. その他



回答結果

回答総数：74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア：12市 ⇒ 16.2%

イ：50市 ⇒ 67.6%

ウ：12市 ⇒ 16.2%

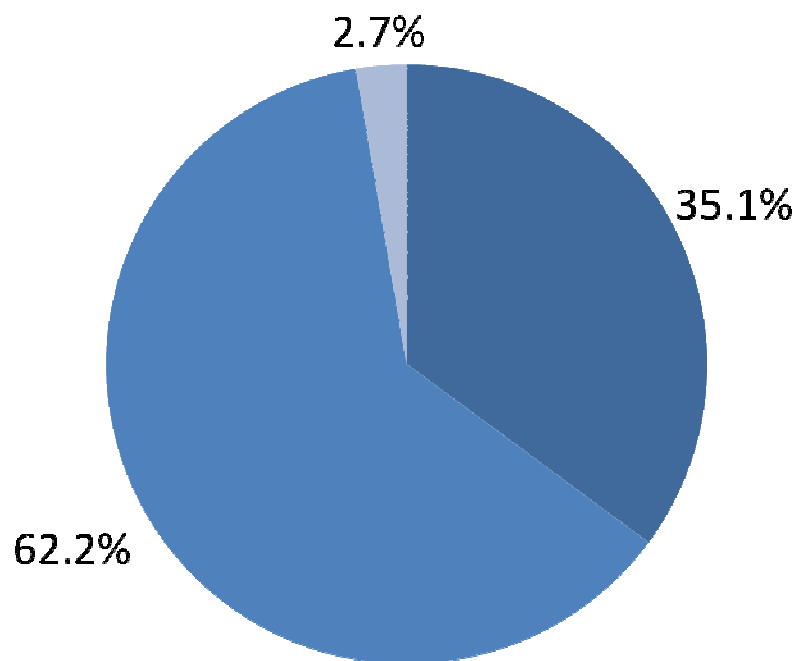
8. 通所介護・通所リハビリテーションについて

通所介護等の報酬水準について、「通所介護等の報酬単価は、施設サービス費の報酬単価に比べて高いので、単価を引き下げるべきである。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

要介護5の場合(例)

通所介護 通常規模	6時間以上8時間未満	1125単位
特養(多床室)		921単位

- ア. 通所介護等の報酬単価を見直す方がよい。 ■イ. 現行のままでよい。 ■ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 26市 ⇒ 35.1%

イ: 46市 ⇒ 62.2%

ウ: 2市 ⇒ 2.7%

9. 介護予防通所介護について

(1) 介護予防通所介護の報酬構造について

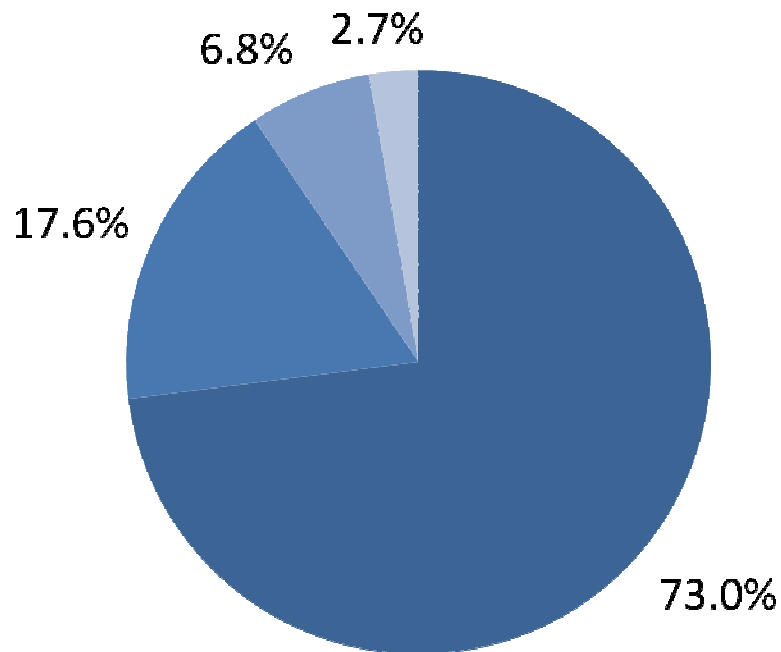
介護予防通所介護は要支援区分別の報酬体系となっており、通所回数によっては、介護給付より負担が大きくなるという逆転現象もあります。このため、「介護予防訪問介護と同様、回数での報酬体系とすべき。」という意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

■ ア. 回数設定の方がよい。

■ イ. 時間単位の設定の方がよい。

■ ウ. 現行のままでよい。

■ エ. その他



回答結果

回答総数：74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア：54市 ⇒ 73.0%

イ：13市 ⇒ 17.6%

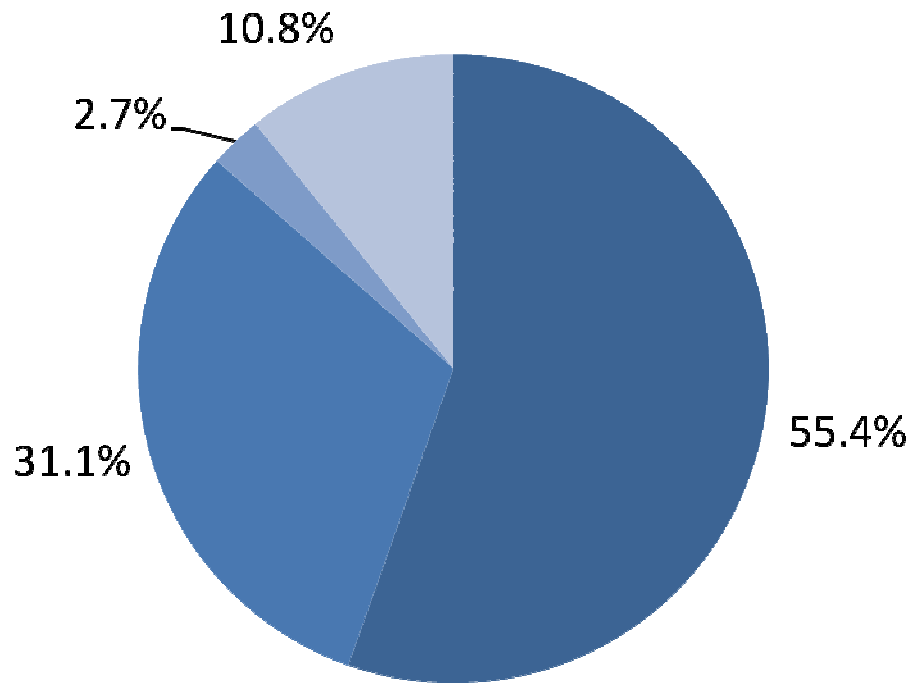
ウ：5市 ⇒ 6.8%

エ：2市 ⇒ 2.7%

(2) 事業所評価加算について

「栄養改善加算や口腔機能向上加算の実施率が低い中で、事業所評価加算の実効性に疑問がある。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 事業所評価加算は廃止し、基本報酬に包括化する方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 他のサービスにも拡大する方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 41市 ⇒ 55.4%

イ: 23市 ⇒ 31.1%

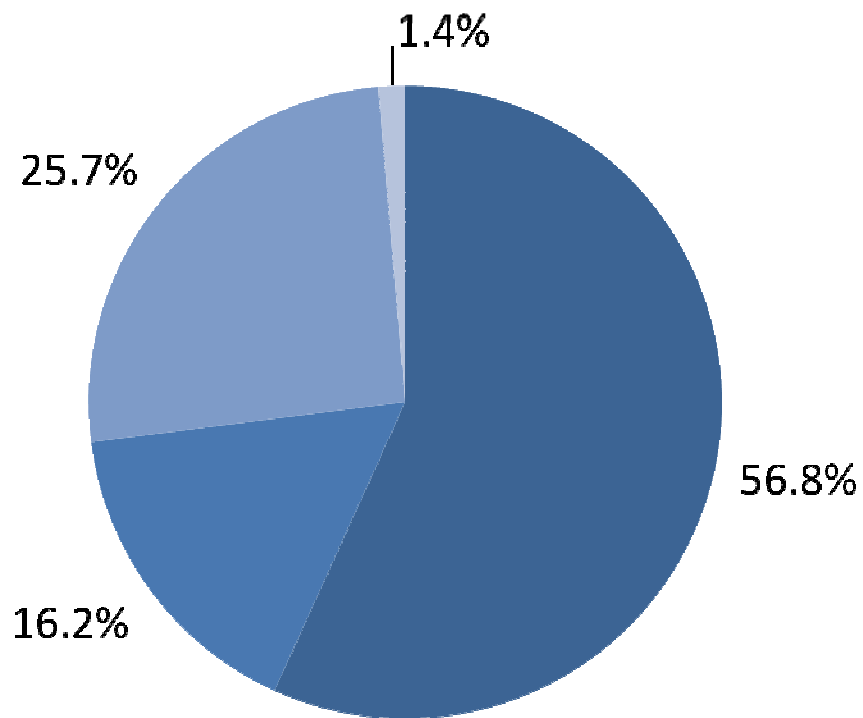
ウ: 2市 ⇒ 2.7%

エ: 8市 ⇒ 10.8%

(3) アクティビティ実施加算について

介護予防通所介護における加算については、施設ごとにアクティビティ実施加算と選択的サービス加算の二者択一となっていますが、このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 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。(選択的サービス加算はそのまま)
- イ. 利用者ごとに、アクティビティ実施加算と選択的サービス加算を選択できるようにする方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 42市 ⇒ 56.8%

イ: 12市 ⇒ 16.2%

ウ: 19市 ⇒ 25.7%

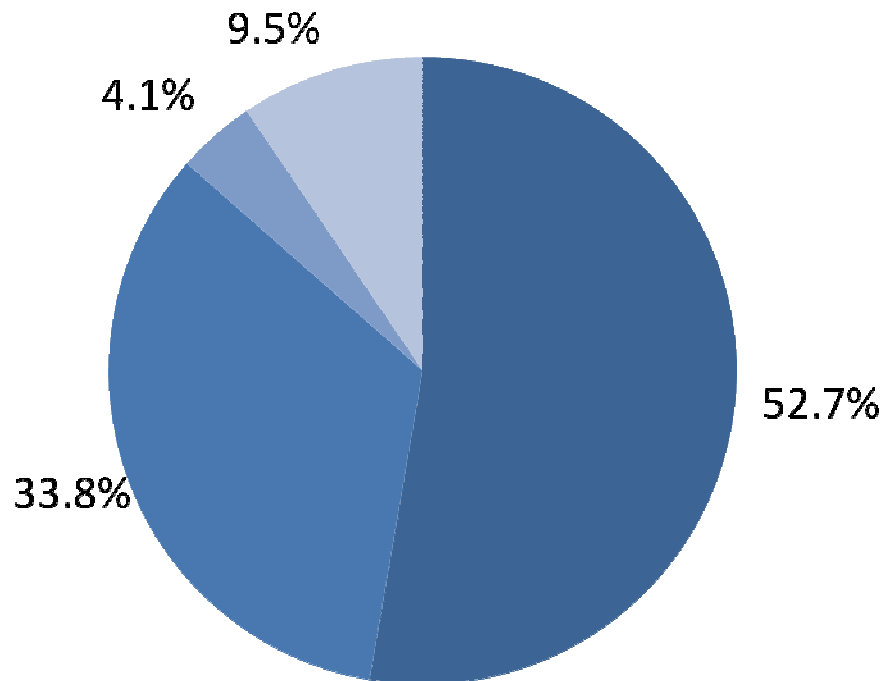
エ: 1市 ⇒ 1.4%

10. 居宅療養管理指導について

(1) 居宅療養管理指導の算定について

居宅療養管理指導は、通院困難な利用者の場合に算定できるようになっていますが、実際は心身の状態から見て通院が可能な者も算定されています。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 心身の状態に照らして通院困難な者に限定する方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. 通院が可能な者にも拡大する方がよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 39市 ⇒ 52.7%

イ: 25市 ⇒ 33.8%

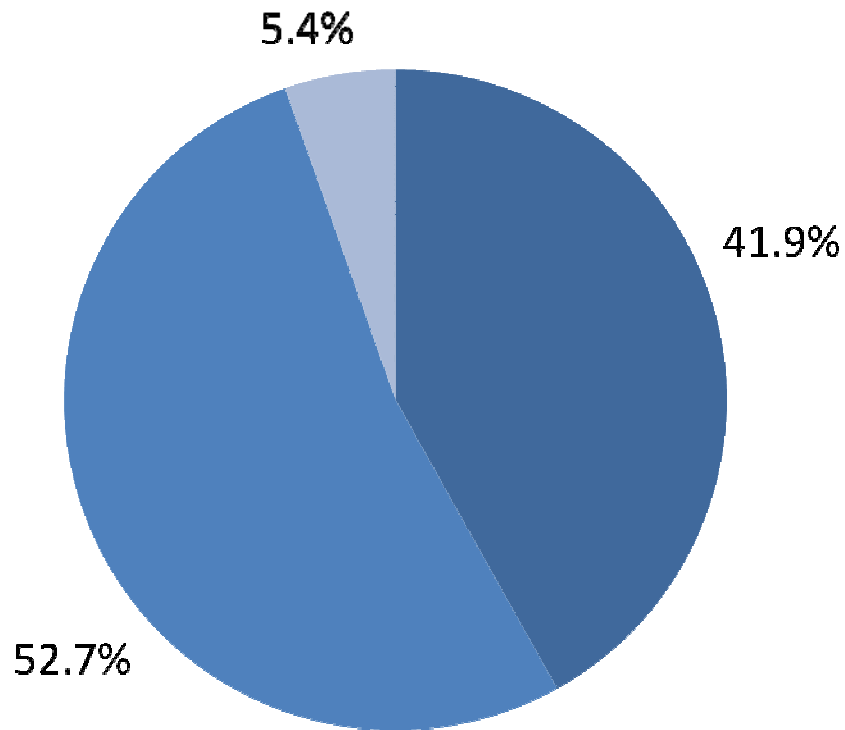
ウ: 3市 ⇒ 4.1%

エ: 7市 ⇒ 9.5%

(2)グループホーム等での居宅療養管理指導の算定について

グループホームや特定施設では医師の配置がないため、居宅療養管理指導の算定が可能となっていますが、診療報酬の改定により、居住系施設については低い単価の報酬となりました。このことについてどのように考えますか。
(1つだけ選択)

■ア. 診療報酬と同様、通常より低い報酬単価とする方がよい。 ■イ. 現行のままでよい。 ■ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 31市 ⇒ 41.9%

イ: 39市 ⇒ 52.7%

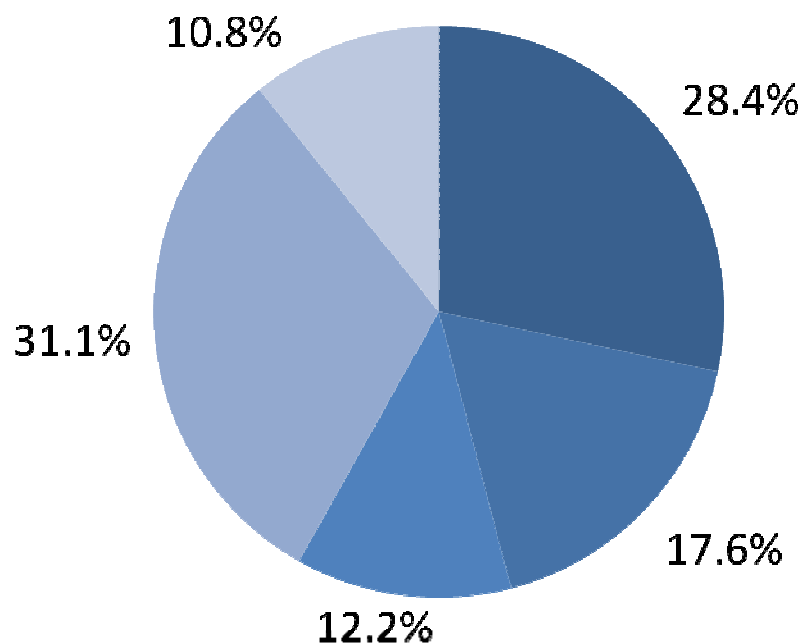
ウ: 4市 ⇒ 5.4%

11. 小規模多機能型居宅介護について

(1) 小規模多機能型居宅介護の報酬水準について

小規模多機能型居宅介護の介護報酬は在宅の中重度者への支援の強化という観点から、軽度者は低く設定されている一方、重度者は特養の多床室と同程度の水準に設定されています。このような報酬の水準についてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 介護報酬を全体的に引き上げる方がよい。
- イ. 軽度者の介護報酬を引き上げて、重度者の介護報酬を引き下げる方がよい。
- ウ. 基本報酬を引き下げて、加算等で評価する方がよい。
- エ. 現行のままでよい。
- オ. その他



回答結果

回答総数：74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア：21市 ⇒ 28.4%

イ：13市 ⇒ 17.6%

ウ：9市 ⇒ 12.2%

エ：23市 ⇒ 31.1%

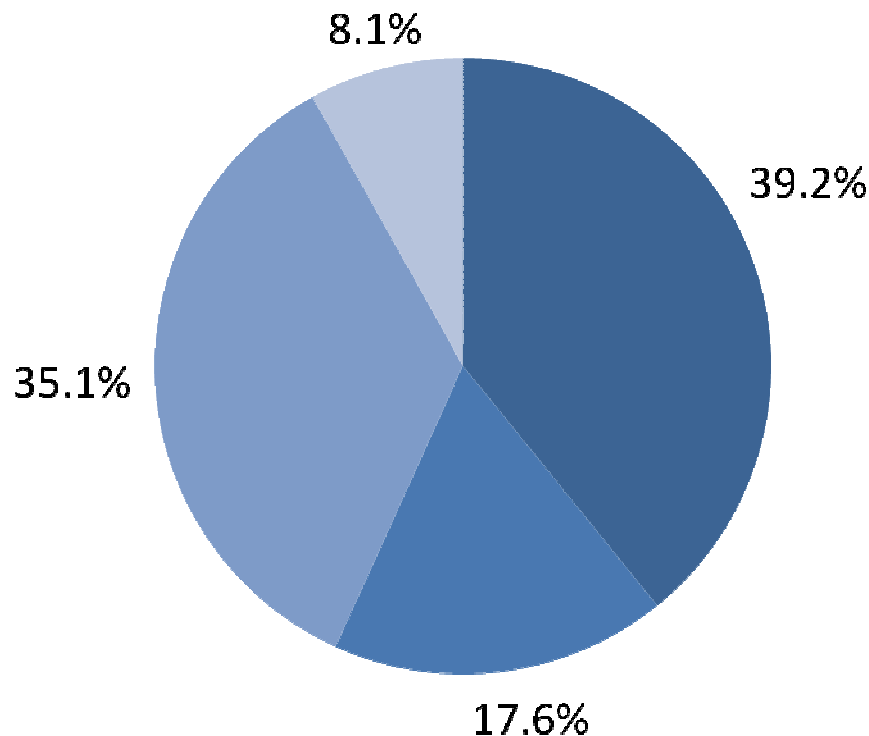
オ：8市 ⇒ 10.8%

(2) 小規模多機能型居宅介護の報酬構造について

小規模多機能型居宅介護の介護報酬は、要介護度ごとの月単位の包括報酬となっており、解釈通知上は週4回以上のサービスを提供することになっています。しかし、実際は月平均10回程度のサービス提供に止まっている事業者もあり、必要な回数のサービスが提供できていないという意見があります。このことについてどのように考えますか。

(1つだけ選択)

- ア. 「通い」、「泊まり」、「訪問」ごとに日数単位により報酬を算定できるようにする方がよい。
- イ. 介護予防訪問介護のように、「通い」、「泊まり」、「訪問」ごとに月を単位として回数により報酬を設定する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい(事業者に対する指導により対処すべき)。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 29市 ⇒ 39.2%

イ: 13市 ⇒ 17.6%

ウ: 26市 ⇒ 35.1%

エ: 6市 ⇒ 8.1%

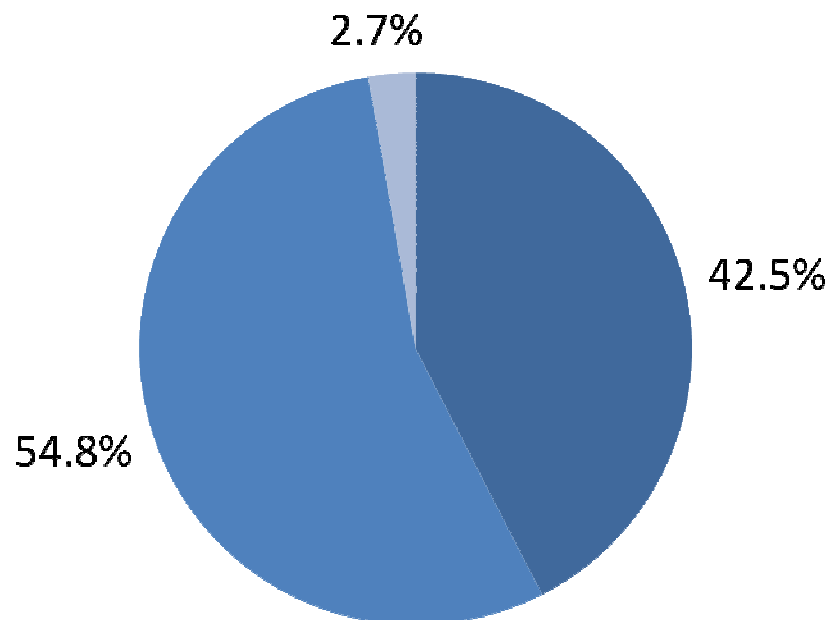
12. 施設サービス費について

(1) 大規模施設のスケールメリットについて

介護保険施設に対する現行の報酬体系は定員規模別となっていないため、大規模施設になるほどスケールメリットが働くことになっています。定員規模別に介護報酬を設定することについてどのように考えますか。

(1つだけ選択)

- ア. 30名以上の介護施設についても定員規模別の報酬設定にする方がよい。
- イ. 現行のままでよい。
- ウ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 31市 ⇒ 42.5%

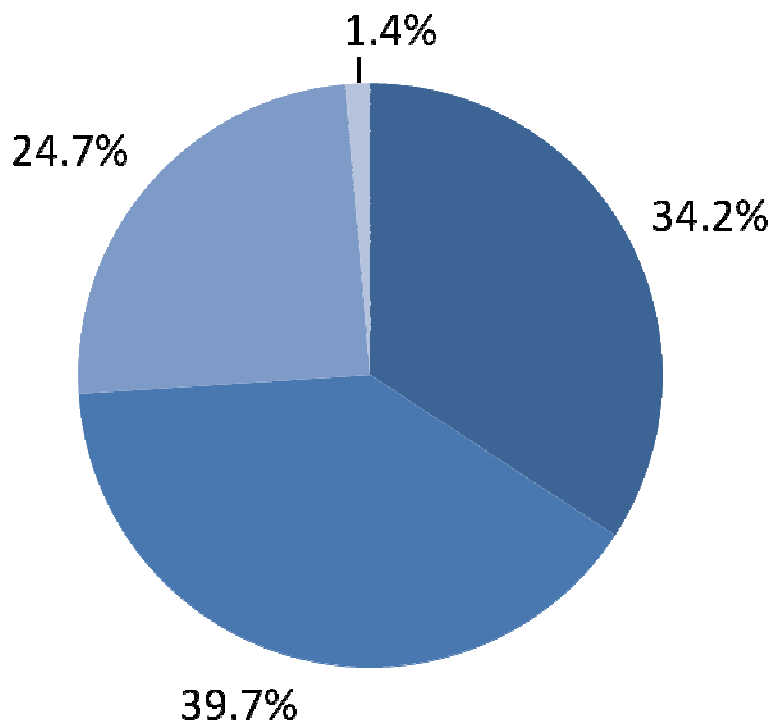
イ: 40市 ⇒ 54.8%

ウ: 2市 ⇒ 2.7%

(2) 人員配置基準について

「入所者のニーズの多様化、身体拘束の原則廃止、サービスの質の向上などに対応するため、実際は多くの施設で現行の人員配置基準を上回っているという実態に合わせた人員配置基準に見直すべき。」との意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 人員配置基準を見直す方がよい。
- イ. 人員配置基準は見直さず、加配分については別途評価する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 25市 ⇒ 34.2%

イ: 29市 ⇒ 39.7%

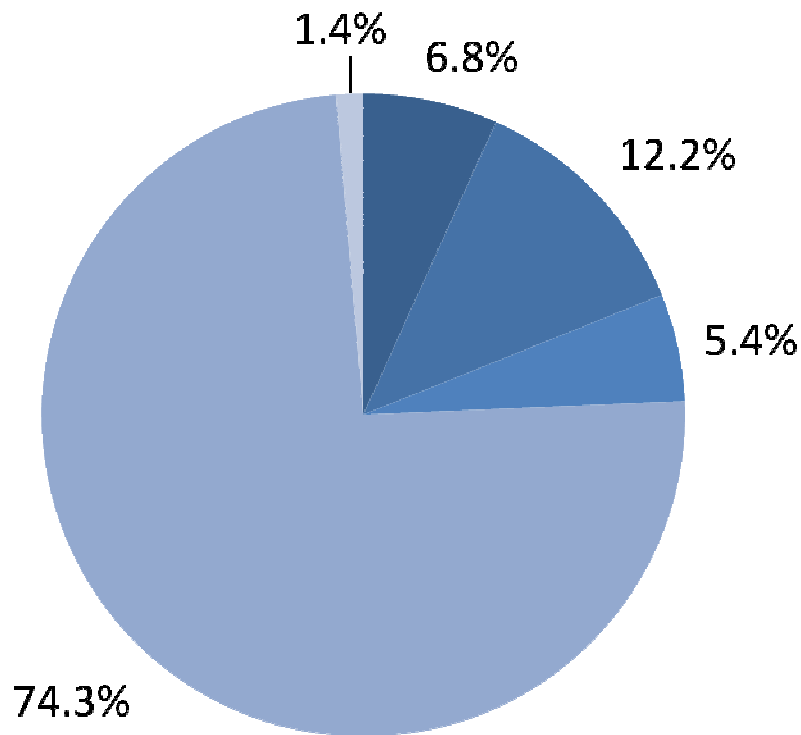
ウ: 18市 ⇒ 24.7%

エ: 1市 ⇒ 1.4%

(3) 要介護度別の介護報酬について

介護保険施設の報酬体系は要介護度別となっていますが、このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. 5段階のままで、単位差を拡大する方がよい。
- イ. 5段階のままで、単位差を縮小する方がよい。
- ウ. 3段階にする方がよい。(第2期の報酬設定と同等)
- エ. 現行のままでよい。
- オ. その他



回答結果

回答総数: 74市

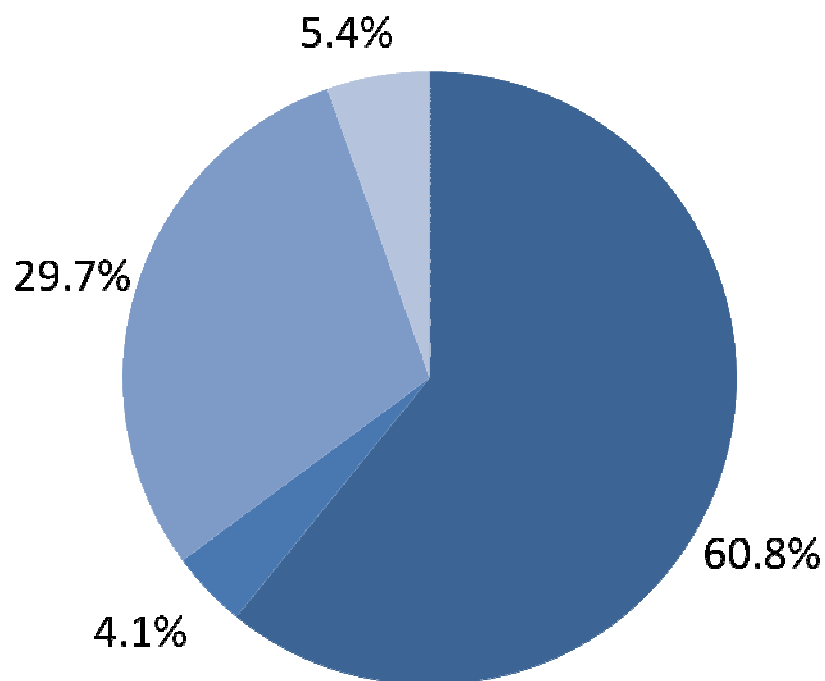
各選択肢の回答数と回答比率

- ア: 5市 ⇒ 6.8%
- イ: 9市 ⇒ 12.2%
- ウ: 4市 ⇒ 5.4%
- エ: 55市 ⇒ 74.3%
- オ: 1市 ⇒ 1.4%

(4) 加算について

「施設サービスに係る加算は種類が多く、施設での事務処理が煩雑になっている。」といった意見や、「加算の定義が分かりにくく、実地指導において指摘事項や報酬返還の対象になる場合が多い。」といった意見があります。このことについてどのように考えますか。(1つだけ選択)

- ア. できるだけ加算の種類を少なくし、本体報酬に包括化する方がよい。
- イ. できるだけ加算の種類を増やし、施設介護の内容を評価する方がよい。
- ウ. 現行のままでよい。
- エ. その他



回答結果

回答総数: 74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア: 45市 ⇒ 60.8%

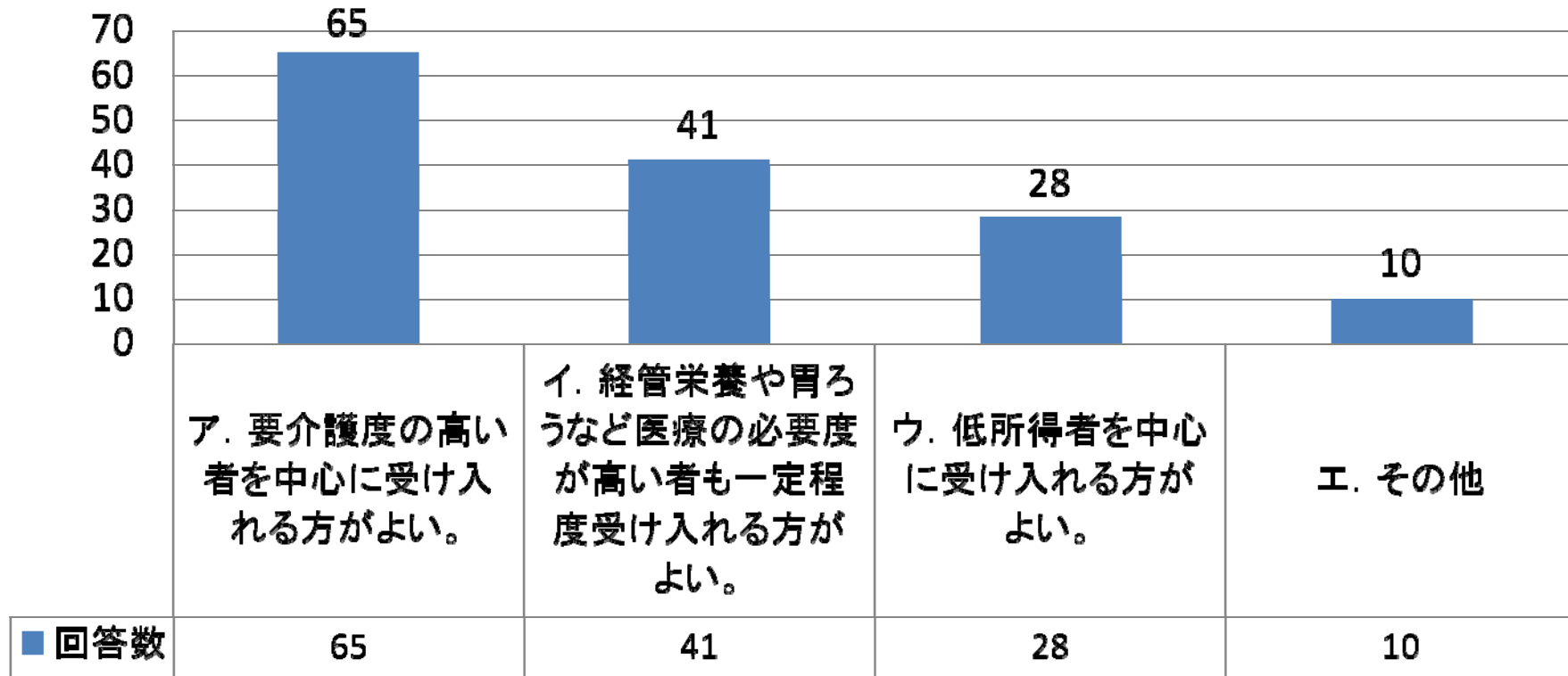
イ: 3市 ⇒ 4.1%

ウ: 22市 ⇒ 29.7%

エ: 4市 ⇒ 5.4%

13. 特別養護老人ホームについて

今後の特別養護老人ホームのあり方について伺います。
どのような状態の方を優先して受け入れるべきと考えますか。(複数回答可)



回答結果

各選択肢ののべ回答数

ア:65市

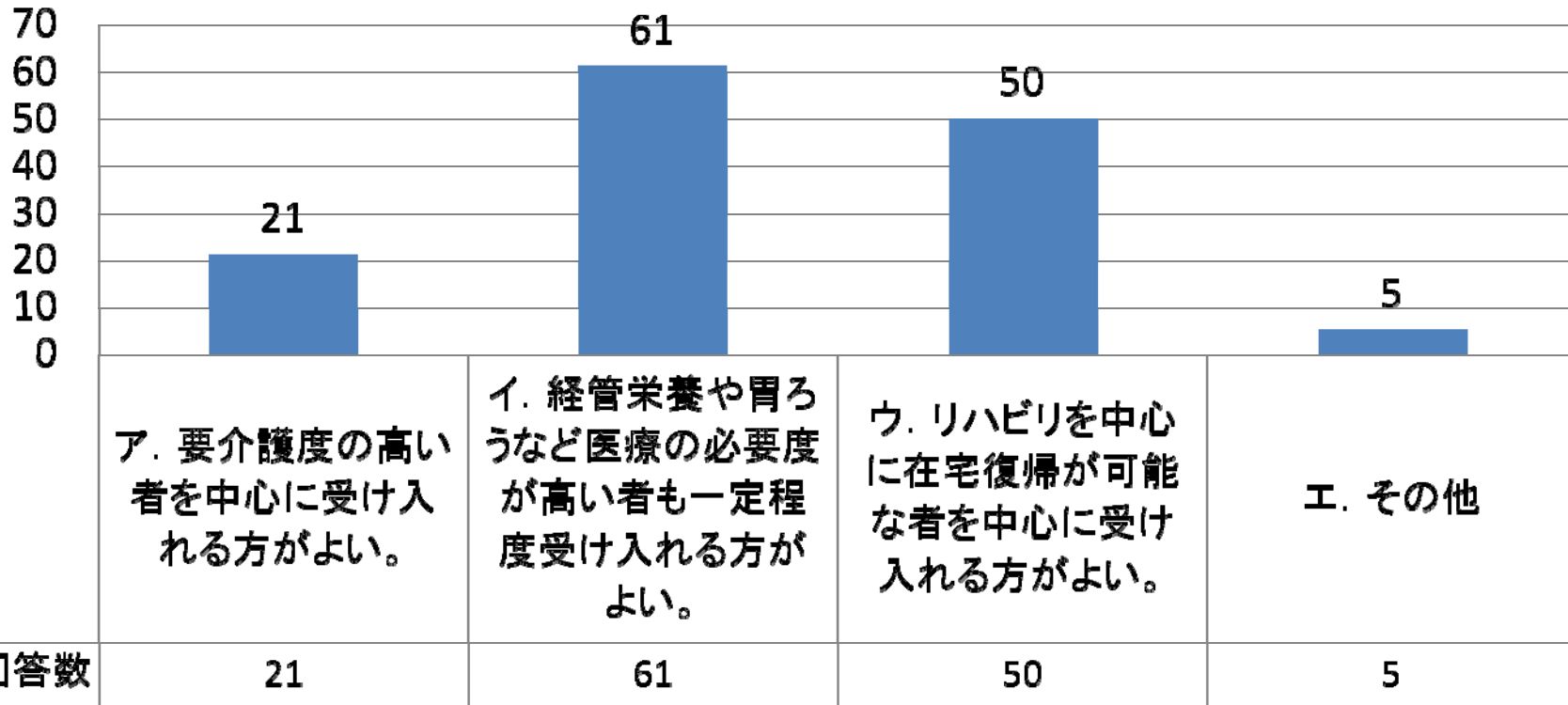
イ:41市

ウ:28市

エ:10市

14. 介護老人保健施設について

今後の介護老人保健施設のあり方について伺います。
どのような状態の方を優先して受け入れるべきと考えますか。(複数回答可)



回答結果

各選択肢ののべ回答数

ア:21市

イ:61市

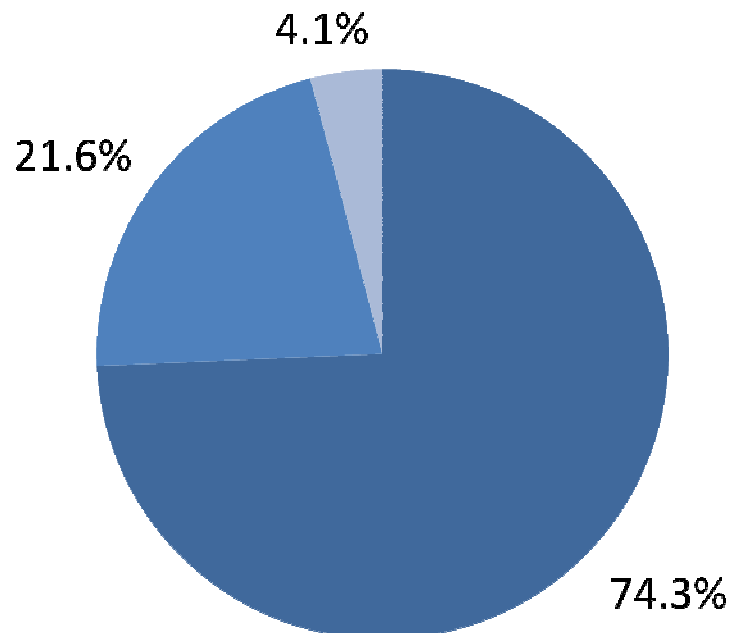
ウ:50市

エ:5市

15. 介護療養型老人保健施設について

介護療養型老人保健施設は療養病床からの転換に限られていますが、このことについて伺います。
(1つだけ選択)

- ア. 現行のとおり、療養病床からの転換に限る方がよい。
- イ. 保険者の判断により、既存の介護老人保健施設も介護療養型老人保健施設に転換できるようにする方がよい。
- ウ. その他



回答結果

回答総数：74市

各選択肢の回答数と回答比率

ア：55市 ⇒ 74.3%

イ：16市 ⇒ 21.6%

ウ：3市 ⇒ 4.1%

16. 介護報酬、人員基準等について、貴市における課題・問題点がありましたら、簡潔にお書きください。

<1>

- ① 小規模多機能型居宅介護事業における通院等介助への対応について同サービスの内、通院等介助に係る人的な負担が大きいことから、別途評価を望む声が多いので、報酬体系の見直しを要望する。
- ② 居宅介護、介護予防支援の評価について
当該業務は、事務量が多いとともに様々な判断の際の位置づけをケアプランに委ねていることから、事務量の軽減と一定の評価をすべきと考える。
- ③ サービス格差への対応について
僻地へのサービスの提供に際して、事業者の体制が整わないことから、制限が生じることが多い。市内どこでも公平にサービスを受けられるよう、特別地域加算分に該当しない場合でも、距離的な加算の上乗せなどを検討するなど、地域性の考慮が必要と考える。

<2>

- ① グループホームの人員基準について、計画作成担当者が修了すべき研修の年間開催回数が限られているため、不測の離職時に事業所が対応できない事例が見られている。
- ② 施設の計画作成介護支援専門員の配置基準が利用者100人に対し1名であるため、介護支援専門員が施設内の他の職種(生活相談員・介護職員等)を兼務することにより、施設サービス計画の作成プロセスや内容が不十分な事例が見られている。

<3>

- ① 特別養護老人ホームについて、入居者の重度化に伴い入院する入居者が増え、運営に支障をきたしている。
- ② 高齢者専用住宅、有料老人ホーム、高齢者アパート等において、過度のサービス提供に陥りやすい(移動のない訪問介護提供について、減算検討も要)。

<4>

- ① 介護事業に携わる看護師、介護士の絶対数が不足しており、満足な介護ケアの実施に支障を感じている。また、現状においても将来的にも看護師、介護士の成り手が少なく、減少することが危惧されている。国に対し、緊急かつ長期的に人材の確保、育成対策をとるよう強く要望したい。
- ② 療養病床の平成23年度末にむけての医療療養型の削減、介護療養型の廃止に関して、現入所者の受入れ体制について、国へ更なる指導力を発揮し、スムーズな移行を図っていただきたい。
- ③ 特別養護老人ホームの個室ユニット化の推進も必要だが、国民年金受給者(年収60～80万円程度)など所得の低い人も入所できる多床室の一定割合確保について検討していただきたい。

<5>

訪問入浴や通所介護などの「看護職員」を直接処遇職員としての位置づけではないサービスについては、人員基準を緩和していただきたい(過疎地においては、市町村立の自治体病院においてでさえ、看護師不足が顕著になっている中、介護サービス事業所においては、更なる看護師不足が深刻な問題となってきているため)。

<6>

- ① 訪問介護の人材不足により利用回数や利用日に制限が出てきている。
- ② 在宅での生活が限界にきている軽度認定者は、介護報酬が低く入所にいくなっている。

<7>

小規模多機能型居宅介護施設を普及させたいと考えているが、常時夜勤が必要なことや現行の介護報酬では経営が困難との声があり、事業者の参入が芳しくない。開業後数年は報酬を高く設定する等参入を優遇するような報酬改定を希望する。

<8>

- ① 生涯予防の充実により元気高齢者を増やし、生涯現役をめざす施策が重要です。
- ② 少子・超高齢化社会をむかえ、必要な施策には財源を確保すべきです。
- ③ 団塊の世代が退職し、今後30年くらいは、施設が不足するので対処が必要です。
- ④ 介護付高齢者専用住宅の促進が重要です。

<9>

- ① 介護予防のデイサービスの報酬が低いため、短時間化している。
- ② 入浴を目的としたデイサービスが多いため、特にデイサービス本体の単価を減じた上で入浴加算を引き上げてよいのでは。
- ③ 全体的に加算をつけると事務が煩雑となるので包括化を進めるべき。
- ④ 住宅改修では資産形成につながる改修(階段など)が増えてきた。
- ⑤ サービス管理者の報酬がないため、現場では人件費の捻出に苦慮している。

<10>

- ① 市内の福祉専門学校では、福祉を目指す学生が減少しており、また、卒業後も他業種に就職する学生が増える傾向にあり、将来にわたって介護施設等の人材不足が見込まれており、深刻な状況にある。
- ② 保険料の設定に影響を及ぼすため、介護報酬の諮問答申の時期を早めてほしい。また、あわせて、サービス種別ごとの改定率を示していただきたい。
- ③ 介護予防通所介護や小規模多機能型居宅介護など、月単位の報酬設定は過小サービスを誘発しているため、日単位又は回数単位に改めてほしい。

<11>

- ① 介護職の人員を最小限に設定しているため負担が過大である。人員基準をもう少し多くする必要がある。
- ② 情報公開制度で無駄な出費を事業者負担させるべきでない。
- ③ 認定申請手続きについて、介護予防プランが設立され自立支援に向けた支援に不満感を募らせた被保険者が要介護認定を受けたい為に何度も更新の更新を繰り返し介護給付費が増大している。一割負担を課し経費についての意識を持たせるべきだと考える。
- ④ 福祉用具貸与は現行、月単位・半月単位の請求となっている。そのため1日だけの利用で半月単位を請求する業者がある。高額貸与品については1日単位の徹底をするべきである。

<12>

制度の見直しが必要なことは理解できますが、短期間、かつ度重なる改正(介護報酬、人員基準も)は制度運営上、不安定要素につながるものと思われます。

<13>	<p>施行後5年での大改革があったばかりなので、住民の理解を広く求めるため、もうしばらくは現行のまま安定を図ることが望ましいのではないか。</p>
<14>	<p>福祉用具購入費の内、腰掛便座の購入費に価格のばらつきが多く、必要性に疑義があります(腰掛便座の購入費には、上限を設定すべきだと思います)。</p>
<15>	<p>全体的に介護職員の人員が不足してきている。事業者からの訴えとして、報酬が低い為、職員を低賃金でしか雇えず、仕事もきついため職離れが早いといった問題がある。また、訪問介護では、資格要件の今後の行方が不明な為に、新たにヘルパー2級を取って働こうとする人が少なく、また、資格を取得する機会自体が少ないといった訴えもある。</p> <p>施設入所については、要介護1以上であれば入所できるといいながら、特養では優先入所の基準を設けることとしたり、施設枠(要介護2～5の方の37%以内の方が、グループホーム、介護専用型特定施設、介護保険施設、小規模特養を利用)を設けたりとしているため、入所希望を満たせない。入所対象者と、入所基準と、施設整備の間の整合性をとってほしい。</p>
<16>	<p>介護報酬の引き上げをするに当たり、報酬が介護労働者に適正に配分できる仕組みを整備することが重要である。</p>

○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らうかと思いますが、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。

<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ー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円を下回る事となる。(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。

<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

<23>

- 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。
- 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。

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。

<24>

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。

<25>

<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などが要因にあり、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。

【予防サービスについて】

- <29>
- 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。

<30> ○透析を要する者の介護保健施設への受け入れ

介護要する被保険者で、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。

<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てほしい。

<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大したり、1回あたりの単価が上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。

<33>

- ① 介護と予防給付とでは報酬体系が異なるため、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るべきと考えるが、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。
- 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下げたほうがよい。)
- 軽度者の支給限度額の引き下げと中・重度者の支給限度額の引き上げ。
- 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。

<p>問4－(3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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の引き下げと中・重度者の支給限度額の引き上げ。 ○ 介護予防の限度額を引き下げの方が良い。
<p>問5－(1)①</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 把握していない。 ○ 判断は経過記録でしかできない。本当に利用者と向き合えているかは不明。
<p>問5－(1)②</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 把握していない。 ○ ペナルティがあるので増えた。
<p>問5－(1)③</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

問5-1(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5-1(3)

- 逓減は、恒定的(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。
- 逓減となる件数(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。

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、当面逡減制は導入しない。
- (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。

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ないと考える。

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ー(2)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 単身高齢者等に対する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ー(3)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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ー(4)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護の介護報酬で評価すればよい。
問7ー(1)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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される。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ー(2)	<ul style="list-style-type: none"> ○ ア、イいずれにせよ、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ー(3)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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ー(1)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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ー(2)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p><意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現行の月単位、生活圈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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。