

## 「新潟市における介護予防・日常生活支援総合事業について（事業実施に関する指針）（案）」に対する パブリックコメントに寄せられたご意見及び市の考え方

ご意見をいただきましてありがとうございます。

原則として原文のまま掲載しておりますが、個人や意見提出者が特定されるような場合は、市の判断で一部修正をさせていただいた箇所もあります。ご了承ください。

No.	該当箇所	いただいたご意見	ご意見に対する市の考え方	ご意見を踏 まえた案の 修正の有無
1	P1 総合事業 の背景と 目的	<p>1 ページの総合事業実施の背景と目的</p> <p>8 行目「介護の担い手不足が進んでいく」ということについて</p> <p>5 行目の「これまでと同様の担い手では不足が生じることは明らかです」はその通りですが、どうしてそこから 9 行目の「早期退職されている方や高齢者等の専門職以外の担い手の拡大を進める必要があります」ということになるのでしょうか。医療・介護の分野は事業者も労働者も増えています。これからの超高齢化社会では、この分野に大きな需要があります。今は介護報酬が低く、事業所の廃業や労働者の退職で慢性的な人手不足です。ここをしっかりと支援することで、高齢化社会でも安心して生活できる社会になるのではないのでしょうか。</p> <p>働く人が減っているといいますが、今企業の内部留保は戦後最高です。片方では、お金の行き場がなく、株や有価証券、投機にまわっているお金が大量にあります。これだけ勤勉な人が多い国で、今までの生活水準が守れないわけがありません。</p>	<p>現在、介護の担い手不足が課題となっており、処遇改善やキャリアパスの構築等その確保に向けた施策が実施されていますが、人口減少社会の中において、75 歳以上高齢者の増加と生産年齢人口の減少という傾向を踏まえれば、課題が根本的に解決するとは考えにくい状況です。そのような中で専門職はより中重度の方のケアへシフトし、日常のちょっとした支援が必要な方には、介護人材のすそ野を広げ、専門職以外の担い手の拡大を進める必要があると考えます。</p>	なし

2	P1 総合事業の背景と目的	<p>1 ページの総合事業実施の背景と目的</p> <p>10 行目「総合事業の実施により多様な主体によるサービス提供を可能とし」について</p> <p>要介護者が受けるサービスが多様になり、水準が向上するような書き方をするからわかりにくくなる。今までのサービスの他に、もっと低いレベルのサービス、ボランティアによる生活支援となるとはっきり書いた方がわかりやすい。介護予防を徹底して、介護度が上がるのは基本的には認めませんとはっきり書いたらどうでしょうか。総合事業を行う自治体に介護保険からくるお金は、75 才以上の人の増加分しか増えないのですから。</p>	<p>高齢者が住み慣れた地域で健康に過ごすためには、高齢者自身が、地域でその能力に応じた役割を果たし、結果として介護予防につながるという視点からも、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるよう、地域の茶の間に通うなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要と考えています。</p> <p>このような考えから、住民をはじめとした多様な主体による多様なサービスの提供は、サービスの低下につながるものではなく、さまざまなニーズにきめ細かく対応できるものと考えます。</p>	なし
3	P1 総合事業の背景と目的	<p>1 ページ一番下の表について</p> <p>平成 17 年・1/2.9 ⇒ 平成 27 年・1/2.1 ⇒平成 37 年・1/1.8 となっています。これは、65 才以上の人と 20 才～64 才の人の比率であって、65 才以上の方でも働いている人はいますし、20 才～64 才の方の中でも働いていない人もいます。これは正確には、</p> <p>全人口／働いている方の人数</p> <p>働いている方で生きている人みんなを支えるというのが正しい考え方です。その上でこの比率が下がってきたら、分母を増やすにはどういう施策が必要か、長期的な視点で検討する必要があります。</p>	ご意見として承り、今後の参考とさせていただきます。	なし
4	P1 総合事業の背景と目的	<p>総合事業の背景と目的</p> <p>市は、高齢化の伸展と介護人材不足が進んでいく中、多様な主体による多様なサービス提供が可能としています。昨年の介護保険法の改正の最大の問題が、総合事業の創設（予防給付の見直し）でした。要支援者への訪問介護、通</p>	このたびの制度改正における、予防給付の訪問・通所サービスの総合事業への移行は、これまでの支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、支え合い活動を通じて、要支援者自身の自立意欲の向上や、支える側の住民の健康寿命の延伸にも資する取り組みです。	なし

	<p>所介護を介護保険から外し、2017年4月までに市町村事業に段階的に移行するという内容でした、要支援者（介護保険料を払っている被保険者）の保険給付の受給権の剥奪と言えます。新潟市の介護認定者は約3万9千人、要支援認定者は1万600人に大きな影響があります。</p> <p>この総合事業は、予防給付の一部を「給付」とは別体系の「事業」に移行させるものであり、人口減少社会に移行したもとの、予測される「働き手不足」への対応で、専門性を落とし、中高年層などの参入をはかることで、「安上がり」で効率的な体制づくりに進める方向であると思います。</p> <p>厚労省のガイドラインでは、「住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みに見直す」、「ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していく」等の視点であり、あくまでも新総合事業は、「自治体の事業」として位置づけられたにもかかわらず、住民等の参画、ボランティア活動で賄うことは、自治体本来の責任捨象する事を宣言したにも等しいものです。</p> <p>これでは相互扶助の復活であり、介護保険の理念である「介護の社会化」の意義を曖昧にすることになります。</p> <p>このような背景、目的を考慮し、サービスの削減や打ち切り、ボランティアへの置き換えによって、家事の支障、状態悪化・意欲の低下、家族の介護負担の増加などの事態が生じ、在宅生活の継続に様々な困難が生じることのないような、住民の目線で取り組んでください。</p>	<p>また、高齢者の単身世帯が増加し、医療・介護ニーズが増大する中、日常の暮らしの中のちょっとした支援が必要な方も増えてきます。これらのちょっとした支援は介護保険の給付になじみにくく、地域住民等による助け合い、支え合いを広げていくことにより対応していく必要があると考えます。</p> <p>このことから、住民主体の取組みをできるだけ進めていくこととしており、結果としてよりきめ細かな支援がされるものと考えています。</p>	
--	--	---	--

5	P1 総合事業 実施の背 景と目的	中重度の方の介護を重点的にとなった場合に軽度者が置き去りにってしまわないでしょうか。	<p>介護の担い手不足が進んでいく中で、専門職はより中重度の方のケアへシフトする必要があります。そのような中でも軽度者が改善、又は重度化しないよう、適切なサービス、支援を行う体制を整備していきたいと考えています。</p> <p>なお、身体介護が必要な方等、ケアマネジメントにより専門的なサービスが必要と認められる場合は、これまで同様のサービス（現行相当サービス）を利用させていただくことになります。</p>	なし
6	P1 総合事業 実施の背 景と目的	介護度が進むと施設なり病院等に入院になってしまい、訪問介護を利用するのは軽度の方が多いので、在宅を続ける為には軽度者の介護も必要なのではないでしょうか。	<p>入所施設も含めた介護人材不足が進む中、今後、より在宅生活を支援する体制が必要と考えます。高齢者が増加し、医療・介護ニーズも増える一方、専門職の不足が進んでいく中、介護人材のすそ野を広げ、専門職が身体介護や専門的なサービスを重点的に提供できるような体制を整える必要があると考えています。</p> <p>また、住民をはじめとした多様な主体による多様なサービスの提供は、サービスの低下につながるものではなく、さまざまなニーズにきめ細かく対応できるものと考えます。</p> <p>なお、身体介護が必要な方等、ケアマネジメントにより専門的なサービスが必要と認められる場合は、これまで同様のサービス（現行相当サービス）を利用させていただくことになります。</p>	なし
7	P3 短期集中 予防サー ビス（通所 型サービ ス C）	<p>短期集中予防サービス（通所型サービス C）について提案があります。</p> <p>上記サービスを過去に利用しましたが、大変有効なものであった。右腰下、腰痛が何をしても良くならなかったが、しゃっきり体操をして改善した。参加者は欠席もなく喜んでやっていた。年齢も 69～80 近くの人まで様々だったが、</p>	<p>現在二次予防事業として実施している「幸齢ますます元気教室」は介護予防・生活支援サービスの中で通所型の短期集中予防サービス（通所型サービス C）として引き続き実施します。</p> <p>教室修了後の自主サークル活動の際の送迎について、市で実施する予定はありません。</p>	なし

		<p>送迎があるので 10～12 月の悪天候にも関わらず参加できたと思います。介護予備軍が現行の健康の維持の為、予防事業として大いに力を入れるべきです。3ヶ月間で終了し、自主サークルへ入る人も多々おりますが、より継続出来る為、送迎の方法を何らかの手段で対策して貰いたいと強く求めるものです。</p>		
8	P4 サービス 利用まで の流れ	<p>4 ページのサービス利用までの流れの表について 窓口相談のところで、①－明らかに要支援・要介護認定申請が必要な人、②－介護予防・生活支援サービスのみ利用したい人とわかれています。しかし、介護保険を初めて使おうと考えている方の大部分は、自分の介護認定の等級を知り、それに必要な介護を受けたいと考えているのではないのでしょうか。この表では、その方たちがどちらに行くのかわかりません。</p> <p>この表では、基本チェックリストは、介護予防だけを受けたい人だけが行うようになっています。係の方に聞きましたら、奇数年齢の人に一律にチェックリストを郵送するのはやめたが、窓口で相談に来た方は全員まず、チェックリストをしてもらうとのことでした。そうしたらこの表もそうしなければ、実態と違うことになるのではないのでしょうか。</p>	<p>ご意見のとおり、初めて介護保険のサービスを利用したいと考えている方は、要介護認定申請をして、ご自身の介護度を知りたい方もいらっしゃると思われます。認定申請を希望される方についても、申請をすることができますが、ご指摘のとおり、指針案では記載がありませんでしたので、資料を修正し、今後の広報の際も記載します。</p> <p>なお、窓口に来られた方全員が必ずしも基本チェックリストをする必要は無く、申請が必要な方や希望する方には、申請をしていただくことになります。</p>	あり
9	P4,5 サービス 利用まで の流れ	<p>利用の「入り口」の手続きはどうか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談窓口では、要介護認定申請の案内を行い「基本チェックリスト」による振り分けを行わない</li> <li>・総合事業サービス利用を希望する場合でも要介護認定申請を受け付けた上で地域包括支援センターへつなぐ</li> <li>・要介護認定の申請権をまず守ることが大切です</li> </ul>	<p>基本チェックリストは、相談窓口において、必ずしも介護認定を受けなくても、必要なサービスを利用できるよう本人の状況を確認するものであり、必要なサービスを迅速に利用できることとなります。</p> <p>相談窓口においては、機械的に振り分けるのではなく、サービス内容やメニュー等を十分に説明し、希望があれば、要</p>	なし

		<p>京都府綾部市では、2016年4月から新総合事業実施。要支援1、2の方に配布しているチラシで、「更新の方法が変わります」としながら「ヘルパーとデイサービス」のみの利用者は、「すこやか点検」(基本チェックリスト)に矢印、あたかも要支援認定の更新ができないかのように記載し、認定更新ができない作戦です。ケアマネが更新申請を役所に出そうとすると、「総合事業の制度を理解していない」と怒られるという。総合事業は「要介護認定を『省略』できるというだけなのに、行政による事実上の要支援認定更新拒否が広がる危険性が現実のものに、とされています。</p>	<p>介護認定の申請が可能であること、総合事業の利用開始後も、必要なときには認定申請が可能であることもお伝えしたうえで、本人やその家族と相談しながら、適切なサービスにつなげることを想定しています。</p>	
10	P5 基本チェックリスト	<p>基本チェックリストについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患を聞き取る。一人で通院しているかどうかをチェックする項目を増やす。</li> <li>・内服管理が出来ているかどうかのチェック項目を増やす。</li> <li>・認知症、精神疾患の診断が有るかどうかチェックできる項目を増やす。</li> </ul>	<p>基本チェックリストの質問項目の変更は認められていませんが、基本チェックリストを実施する際は、相談窓口において、別途相談受付票を記載することとしており、病気の状況なども確認します。また、サービス利用にあたって実施する介護予防ケアマネジメントにおいて、身体状況のほか、本人の住環境、経済状況などをアセスメントし、適切なサービス利用につなげます。</p> <p>基本チェックリストの判定にあたっては、専門職でなくても適切に判定できるよう、対応マニュアル等を作成し、判定事務の標準化に努めます。また、専門職による対応が必要な場合は、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等が配置されている地域包括支援センターを紹介する等して対応します。</p>	なし

11	P5 認定の有効期間	<p>認定の有効期間について</p> <p>上限 24 ヶ月とあるが、移行当初はサービスとの相性や状態の変化を想定して、軌道に乗るまでは現行通り 12 ヶ月で様子を見てその後期間について検討してほしい。</p>	<p>更新申請時の認定有効期間は 3 ヶ月から 24 ヶ月の間で決定され、新規申請時の認定有効期間は現行と同じ原則 6 ヶ月とし、具体的な認定有効期間は介護認定審査会で決定します。</p> <p>また、状態の変化があった場合、これまで同様担当地域包括支援センターの職員または委託を受けたケアマネジャーと相談していただき、必要に応じて、改めて変更申請を行っていただくことを想定しています。</p> <p>なお、基本チェックリストの判定による事業対象者の有効期間は一律 24 ヶ月とします。</p>	あり (補足説明を追記)
12	P4 サービス利用までの流れ	<p>介護保険料を支払っていても利用の仕方などを知らない方が大勢います。年 1 回「新潟市の介護保険料」のチラシを新聞折り込みで配っていますが、要支援レベルにある人でも知識がなく手続きをしていない人がいます。市の事業に移管されることを生かして、窓口相談がなくても例えば後期高齢者となる 75 歳の時点で「新しい制度、サービス」の案内をしてはいかがでしょうか。相談があったら、という待ちの姿勢ではなく郵送等の方法で案内をするのが行政の責任ではないかと思えます。合わせて、案内をするタイミングで「健康長寿祝い金を支給する」(「介護保険を利用したことがない人、担い手であった人が対象」こともご検討下さい。こうした他の市町村にはない施策をうてば全国から注目されますよ。</p>	<p>制度やサービスについて、介護保険サービスガイド、市報、チラシ等で周知を行うほか、支援が必要な方については、地域包括支援センターが構築した民生児童委員等地域住民や医療機関をはじめとした関係機関とのネットワークを活用し把握に努め、また、高齢者が集まる場での出張相談等を行いながら適切なサービスが利用できるよう支援していきます。</p> <p>「健康長寿祝い金」については、ご意見として承り、今後の参考とさせていただきます。</p>	なし

13	P6 現行相当サービスについて	<p>現行相当サービスについて、「当面の間は、現在の利用者が現行相当サービスを希望する場合は利用できることとします。(身体介護を伴わない方であっても、希望すれば現行相当サービスを利用できます。)」(案 P6,P8,P11)とされていますが、これまでのサービスが引き続き保障されるべきであり、そのためには、新規の利用者についても希望すれば現行相当サービスを利用することができるかとすべきです。</p>	<p>今後、高齢者が増加し、医療・介護ニーズも増える一方、専門職の不足が進んでいく中、介護人材のすそ野を広げ、専門職が身体介護や専門的なサービスを重点的に提供できるような体制を整える必要があると考えています。</p> <p>新規の利用者で、身体介護を伴わない方は、その方に適した基準緩和サービスが利用可能である場合は、ケアマネジメントにより基準緩和サービスを利用していただくことが必要であると考えます。</p>	なし
14	P6,P8,P11 現行相当サービスの利用	<p>資料の中に「当面の間」という言葉が何度も出てくるが、実際いつまでなのか。</p>	<p>具体的な期間を明確に示すことはできませんが、基準緩和サービスや地域住民等による助け合い、支え合い活動が十分に行き渡るまでと考えています。</p>	なし
15	P8,P11 現行相当サービスの利用	<p>P8の4及びP11のポイントに示された考え方について 現行相当サービスの運用は当面の間を削除し、継続していただきたい。</p>	<p>今後、高齢者が増加し、医療・介護ニーズも増える一方、専門職の不足が進んでいく中、介護人材のすそ野を広げ、専門職が身体介護や専門的なサービスを重点的に提供できるような体制を整える必要があると考えています。</p> <p>当面の間は、現在の利用者が希望すれば、現行相当サービスを利用できることとしますが、基準緩和サービスや地域住民等の助け合い、支え合い活動が十分に行き渡ったと判断したら、その取扱いを終了したいと考えています。</p> <p>なお、終了する際には、事前に周知をし、猶予期間を設けたいと考えています。</p>	なし

16	P6 介護予防 訪問介護 相当サー ビス	訪問介護導入時サービス内容は生活援助だが、認知があり対応に技術が必要と思われる場合、有資格者の指名を許可する形にしてほしい。	認知機能の低下等で日常生活に支障があるような症状や行動を伴う方で、ケアマネジメントにより訪問介護員（有資格者）による専門的なサービスが必要と認められる場合は、現行相当サービスを利用していただくことになります。	なし
17	P6 現行相当 サービス について	「身体介護が必要な方等、専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービス」という記述に対して 総合事業の対象者であっても、認知症や精神疾患があったり、家族からの虐待が疑われたりするケースは、今までには有資格者であるヘルパーや通所介護（看護師・相談員・介護士）が経過や本人の様子を確認して、有効な対応が出来ていた。総合事業に移行することによって今までできていた連携が出来なくなることが心配される。そのため、問題が発生したとき、対応が後手に回ったり、トラブルが増えたり、こじれたりすることがあれば本人も支援者側もつらい思いをすることになる。認知症や精神疾患がある方、虐待がある、もしくは虐待の疑いがある場合などは、総合事業だけの支援ではなく、障がい福祉、精神福祉、新潟市の独自の救済方法などを適用し、利用者にふさわしい対応が可能になるようにしてほしい。もしくは、すでに認知症や精神疾患の診断がある場合などは、その進行を防止し、悪化を防ぎ、最後まで在宅での生活が継続できるように支援するためには、必要に応じて、要介護のサービスが利用できる仕組みを検討してほしい。	認知機能の低下や精神・知的障がい等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う方についても、ケアマネジメントにより訪問介護員（有資格者）による専門的なサービスが必要と認められる場合は、現行相当サービスを利用していただくことになります。 また、認知症や精神疾患、虐待の疑い等がある場合は、担当地域包括支援センターの職員または委託を受けたケアマネジャーを中心に、介護のサービスだけでなく、これまで通り医療機関や障がい福祉、行政による支援など多方面からの支援をしていきます。 なお、要介護のサービスを利用するには、要介護認定を受ける必要があり、要介護認定については現在と同様の仕組みで実施します。	なし

18	<p>P6,P7 P10,P12</p> <p>現行相当サービスと基準緩和サービスの報酬</p>	<p>報酬を1月あたりの単価から1回あたりの単価への変更は必ず実施して貰いたい。</p> <p>(理由) 要支援2の妻が病气入院して通所介護が出来なかったが、1ヶ月分の請求があり、大変不都合と思った。訪問リハビリは「1回につき」となっており、実施回数ベースの方式は合理的。(介護保険サービスガイド P27,28)</p> <p>上記の件に関して、基準緩和サービスについても指針案の通りぜひとも制度化願いたい。</p>	<p>現在の予防給付の報酬は1月あたりの包括単価となっていますが、総合事業での現行相当サービス、基準緩和サービスの報酬については、多様なサービスの組み合わせが可能となるよう、1回あたりの単価とします。</p>	なし
19	<p>P6,7</p> <p>現行相当サービスについて</p>	<p>現行相当サービスについて (P6,7)</p> <p>○報酬単価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定単位を1月あたりの包括単価から利用1回あたりの単価に変更とあります。</li> <li>・介護予防訪問介護相当サービス</li> </ul> <p>1回あたりの単価</p> <p>週1回程度 266単位/回 (1月当りの包括単価を超える場合(月4回超)は1,168単位)</p> <p>266単位×4回=1,064単位で、現行より8.9%減</p> <p>週2回程度 270単位/回 (1月あたりの包括単位を超える場合(月8回超)は2,335単位)</p> <p>270単位×8回=2,160単位で、現行より7.4%減</p> <p>週2回超 285単位/回 (1月あたりの包括単価を超える場合(月12回超)は3,704単位)</p> <p>285単位×12回=3,420単位で、現行より7.6%減</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防通所介護相当サービス</li> </ul> <p>1回あたりの単価</p> <p>事業対象者・要支援1 378単位/回 (1月あたりの包括単価を超える場合(月4回超)は1,647単位/月)</p>	<p>指針案では、現行相当サービスの報酬単価は国が示した1回あたりの単価を採用しましたが、国に確認したところ、月額包括単価の範囲内であれば1回あたりの単価を市町村の裁量としてよいという回答でした。このため、月額包括単価を計画提供回数(4回、8回、12回)で除した単価を設定することとし、ただし、1月あたりの上限は国が定める包括単価とします。</p>	あり

		<p>378 単位×4 回=1,512 単位で、現行より 8.1%減  事業対象者・要支援2 389 単位/回（1 月あたりの包括  単価を超える場合（月 8 回超）は 3,377 単位/月）  389 単位×8 回=3,112 単位で、現行より 7.8%減  上記のように「現行相当」にあたる報酬単価は、算定単  位を 1 月あたりの包括単価から利用 1 回あたりの単価に  変更しています。基本は 1 回あたりの単価としますが、1  月あたりの合計額は国が示す包括単価以下とされている  ため、月の合計が包括単価を超える場合は、包括単価を適  用するとし、事業者は約 8%の減収になります。  平成 2 8 年 1 0 月 2 7 日付け、厚労省老健局事務連絡に  「従前相当サービスについては、市町村は、サービス単価  を設定するに当たって、訪問介護員等によって提供される  専門的サービスであること等を踏まえ、地域の実情に応  じ、ふさわしい単価を定める必要があること」と再通知も  参考に、介護報酬の現行相当を下がらないよう配慮してく  ださい。</p>		
20	P7,P12 介護予防 通所介護 相当サー ビス、通所 型基準緩 和サービ スの報酬	<p>通所介護と総合事業を一体的に行う予定にしていますが、介護度が軽ければ支援も簡単というわけではありません。介護と同様、1 回あたりの単価となるならば入浴加算を検討していただきたいと思います。  介護の方との料金が違いすぎると思います。</p>	<p>現行相当サービスについては、国の規定により、現行の報酬単価を超えることはできません。加算については、現行の介護予防通所介護の加算項目を全て設けることとしており、新たな加算は設けることができません。  通所型基準緩和サービスについては、入浴の際等に身体介護が不要な方を対象とするため、このサービスにおいて入浴加算は設けないこととします。</p>	なし

21	P8 基準緩和サービスについて	<p>8 ページ基準緩和サービス（サービス A）について</p> <p>どういう人がサービス A を受けることになるのか</p> <p>どういう人がこのサービスを受けることになるのでしょうか。ポイント欄 2 行目では、「当面の間は、現在の利用者が現行サービスを希望すれば利用できることとします」と述べられています。利用者から無資格の方が携わる「緩和したサービスを受けたい」ということがあるのでしょうか。はっきり、「身体介護を伴わない人は、みんなサービス A にしていく。ただし今現在介護サービスを受けている方は、少し経過期間をおきます」と書いた方が分かりやすいと思います。</p>	<p>資料のとおり、訪問型基準緩和サービスの対象者は、要支援者又は事業対象者のうち、「身体介護を伴わない、調理、掃除、買い物代行等の生活援助が必要な方」とします。</p> <p>通所型基準緩和サービスの対象者は、要支援者又は事業対象者のうち、「入浴、排泄、食事等の身体介護が不要な方」で「外出や交流、運動等を主な目的としている方」とします。</p> <p>よりご自身に適した基準緩和サービスがある場合等、現在の利用者が基準緩和サービスを希望する場合もあることを想定しています。</p> <p>なお、当面の間は、現在の利用者が希望する場合や提供可能な基準緩和サービスが無い場合は、現行相当サービスを利用できることとします。</p>	なし
22	P8～12 基準緩和サービスについて	<p>基準緩和サービス（サービス A）について (P8,9,10,11,12)</p> <p>訪問型基準緩和サービス（訪問型サービス A）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護を伴わない、調理、掃除、買い物代行等の生活援助が必要な方</li> <li>・サービス内容は、訪問介護の生活援助の範囲内</li> <li>・指定事業者がサービスを提供</li> <li>・基準緩和サービスの基準 「訪問介護員」を「従事者」とし、「市が実施する研修修了者」でも従事可能とした</li> <li>・報酬単価（約 17%減額）各種加算なし</li> </ul> <p>週 1 回程度 221 単位／回（月 4 回超の場合 969 単位／月） 221×4=884</p> <p>週 2 回程度 224 単位／回（月 8 回超の場合 1,938 単位／月） 224×8=1,792</p> <p>週 2 回超 236 単位／回（月 12 回超の場合 3,074 単位／月） 236×12=2,832</p>	<p>基準緩和サービスは、現行の介護予防訪問介護・通所介護の人員基準等を緩和し、例えば資格を持っていない方でも市の指定する研修等を受けることにより従事できるようにしたもので、身体介護を伴わない方を対象としたサービスです。今後介護の担い手不足が進んでいく中で、株式会社や NPO 法人等の事業者が新たな分野としての参入を含め、介護人材のすそ野を広げ、利用者の新たな受け皿として実施するサービスであり、住民主体の支援が十分に行き渡るまでは必要なサービスであると考えています。</p> <p>すでに介護予防サービス（訪問介護・通所介護）の指定を受けている事業所については、将来の利用者を確保したいという考えや人材の有効活用の視点から指定を受ける場合があると想定していますが、実施については事業者の判断によるものです。報酬については緩和した基準に見合った単価としています。</p>	なし

	<p>通所型基準緩和サービス（通所型サービス A）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護が不要な方で、外出や交流、運動等を主な目的としている方</li> <li>・サービス内容は、運動、レク、送迎、健康チェック、入浴、食事等の中から事業者がサービスを設定</li> <li>・指定事業者がサービスを提供</li> <li>・基準緩和サービスの基準 「従事者」とし、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員の配置は不要</li> <li>・報酬単価（約 19%減額）加算なし</li> </ul> <p>事業対象者・要支援 1 306 単位／回、月 4 回超の場合 1,330 単位 <math>306 \times 4 = 1,224</math></p> <p>事業対象者・要支援 2 315 単位／回 月 8 回超の場合 2,727 単位 <math>315 \times 8 = 2,520</math></p> <p>この「緩和した基準によるサービス A」は厚労省のガイドラインに沿った質を落とした事業の内容になっています。ガイドラインでは、専門性を問わない「無資格者」を大量に雇用（登録）することを奨励しています。訪問型サービスの場合、今はヘルパー資格が必要ですし、様々な基準がありますが、これらの基準はなくなり、サービス提供者は「主に雇用労働者」となり無資格でも最低賃金はクリアしなければなりません。通所型サービスの場合、サービス提供者は、ボランティアでもいいので、人員基準は大幅に緩められることになります。この「A」は、一定の研修を受ければ無資格者でもでき、研修の基準は市町村に任されています。設備基準も緩和されています。個別サービス計画もなくて良く、衛生・守秘・事故対応などやって下さいという形です。</p>		
--	--	--	--

		<p>平成28年10月27日付け厚労省老健局事務連絡に「介護専門職以外の担い手の確保に取り組む必要がある」 「また、介護専門職としての資格を持つ職員が引き下げられた単価によるサービスを担う場合、サービス事業所の収入減となり、最終的には、介護専門職の処遇悪化に繋がることも考えられることに留意すること」とあるように、現段階では「サービスA」は実施しないでください。</p>		
23	P8~P12 基準緩和サービスの報酬単価	<p>基準緩和サービスAについて 訪問型サービスA・通所型サービスAを利用した場合、利用単価が2割安くなると事務所側の利益も減る。現状でもヘルパー不足で、さらに安い単価では事業所側にとれば不利益となる。総合事業に手をあげない事業所が多くなるのではないか。</p>	同上	なし
24	P10 訪問型基準緩和サービスの報酬単価	<p>報酬単価について 但しを付け加え、有資格者が訪問した場合は減額をしない、としていただきたい。 理由 現事業者にはヘルパー2級以上の有資格者のみである</p>	同上	なし
25	P10,P12 基準緩和サービスの報酬単価	<p>通所型サービスAの報酬単価は、「人員配置基準の緩和に着目し、単価を約19%減額します。」(案P12)とされています。しかし、通所サービス事業所の多くが施設的な条件や人員体制上の問題などから現行で行っているサービスと一体的な運用をせざるを得ない状況があり、一体的な運用を行う事業所が相当数にのぼることが予測されます。一体的な運用とせざるを得ない事業所では人員配置を緩和することはできないため、結果的に報酬のみが減額され経営が圧迫されることとなります。</p>	同上	なし

		<p>同様に、訪問型サービス A においても「有資格者と無資格者との賃金水準の差に着目し、単価を約 17%減額します。」(案 P10) とされていますが、新規の人材の確保が非常に難しくなっているのが現状であり、無資格者だとしても現行より低い賃金での人材確保を行うのは事実上困難と考えられます。このような中では、これまでと同じく有資格者がサービス A の訪問を行わざるを得ない状況が多く、事業者で一定程度続くことが想定され、この場合も費用は減額できず、報酬のみが減額されるという結果となります。</p> <p>したがって、これらの事業所においても必要な報酬が確保でき、サービスの継続が保障されるような何らかの措置や報酬の減額を段階的に実施するなどの緩和措置を設けてください。</p>		
26	P12 通所型基準緩和サービスの報酬	<p>報酬単価について</p> <p>但しを付け加え、総合事業と介護保険事業を一体的に実施する場合は減額しない、としていただきたい。</p> <p>理由 現事業者のほとんどは一体的に実施せざるを得ず、配置基準が緩和されたとしても現場では緩和できない。</p>	同上	なし
27	P8～P12 基準緩和サービス	<p>基準緩和サービス A について</p> <p>他県では利用単価を要支援者と同じ(単価を今までと変更なし)にしているところもあり、利用者や事業者にとって、総合事業にスライドする問題はあまり感じられなかったと聞いた。単価を下げる事で更に混乱してしまうのではないか。</p>	同上	なし

28	P8～P10 訪問型基準緩和サービス	<p>現在 20 名以上のヘルパーを抱えていますが、今後、従事者を採用する手間や新たな人材の育成にかかる時間や労力を考えると、総合事業のサービスも既存のヘルパーで訪問することが考えられます。そうすると、ヘルパーの時給の問題がでてきます。</p> <p>訪問介護サービスと総合事業サービスで、既存のヘルパーに時給を変えることは（総合事業サービスで時給が減る）、ヘルパーの理解がなかなか得られず、事業所が身を切って総合事業サービス時も訪問介護サービス時と同じ時給を支払っているという事業所もあるとのこと。</p> <p>事業所負担を避け、健全に運営できている事業所例などを、示して頂けると助かります。</p>	<p>基準緩和サービスは、現行の介護予防訪問介護・通所介護の人員基準等を緩和し、例えば資格を持っていない方でも市の指定する研修等を受けることにより従事できるようにしたもので、身体介護を伴わない方を対象としたサービスです。今後介護の担い手不足が進んでいく中で、株式会社や NPO 法人等の事業者が新たな分野としての参入を含め、介護人材のすそ野を広げ、利用者の新たな受け皿として実施するサービスであり、住民主体の支援が十分に行き渡るまでは必要なサービスであると考えています。</p> <p>すでに介護予防サービス（訪問介護・通所介護）の指定を受けている事業所については、将来の利用者を確保したいという考えや人材の有効活用の視点から指定を受ける場合があると想定していますが、実施については事業者の判断によるものです。報酬については緩和した基準に見合った単価としています。</p> <p>なお、健全に運営できている事業所例等の情報は把握しておりません。</p>	なし
29	P8～P10 訪問型基準緩和サービス	<p>今後本格移行するにあたって、障害になりそうなことを上げさせていただきたいと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・まず現行のヘルパーで対応するには、採算面で非常に厳しくなります。</li> </ul> <p>（2 割減というのは国の方針であり、現行サービスを残していただいているのは非常にありがたいのですが、加算等の見直しをお願いしたいです。）</p>	<p>基準緩和サービスは、現行の介護予防訪問介護・通所介護の人員基準等を緩和し、例えば資格を持っていない方でも市の指定する研修等を受けることにより従事できるようにしたもので、身体介護を伴わない方を対象としたサービスです。今後介護の担い手不足が進んでいく中で、株式会社や NPO 法人等が新たな分野としての参入を含め、介護人材のすそ野を広げ、利用者の新たな受け皿として実施するサービスであり、住民主体の支援が十分に行き渡るまでは必要なサービスであると考えています。</p> <p>すでに介護予防サービス（訪問介護・通所介護）の指定を</p>	なし

			<p>受けている事業所については、将来の利用者を確保したいという考えや人材の有効活用の視点から指定を受ける場合があると想定していますが、実施については事業者の判断によるものです。</p> <p>報酬については緩和した基準に見合った単価としています。また、人員基準等を緩和していることに伴い、加算項目は設けないこととします。</p>	
30	P8～P10 訪問型基準緩和サービス	<p>基準緩和サービス A について</p> <p>現状の要支援者が訪問介護を受ける際、単に家事支援ではなく、「できるところを一緒に行く」ということで「自立支援」を促してきた。総合事業になると、「家事支援」をしかも安く受けることができるため、今まで以上の利用希望者が増えると考えられ、事業所が対応しきれぬのか心配。</p>	<p>総合事業の介護予防訪問介護相当サービス、訪問型基準緩和サービスについても、介護保険の基本的な理念である「自立支援」が前提にあり、単にできないことを代わりにやるのではなく、できないことを可能な限りできるようにするための支援であることが前提であると考えます。</p> <p>訪問型基準緩和サービスは、今後介護の担い手不足が進んでいく中で、株式会社やNPO法人等の事業者が新たな分野としての参入を含め、介護人材のすそ野を広げ、利用者の新たな受け皿として実施するサービスであり、住民主体の支援が十分に行き渡るまでは必要なサービスであると考えています。</p> <p>すでに介護予防サービス（訪問介護・通所介護）の指定を受けている事業所については、将来の利用者を確保したいという考えや人材の有効活用の視点から指定を受ける場合があると想定していますが、実施については事業者の判断によるものです。</p>	なし
31	P9 訪問型基準緩和サービスの	<p>サービス担当責任者の総合事業に対する兼務の可否は、まだ決定していないとのことですが、</p> <p><b>【兼務が可能な場合】</b></p> <p>・サ責の常勤換算数に影響があるのであれば、（例えば 0.8</p>	<p>常勤要件のあるサービス提供責任者が、訪問型基準緩和サービス（訪問型サービス A）の職務を兼務することは認められません。ただし、利用者数に応じて常勤換算方法によりサービス提供責任者を配置する事業所における非常勤のサー</p>	なし

	基準	<p>がサ責で、0.2 が総合事業など) サ責の減算に繋がり、人員の補充が必要になります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サ責の常勤換算数に影響がでないのであれば、サ責の業務増加で負担が増えます。</li> </ul> <p>【兼務ができない場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総合事業専属の人員の補充が必要になります。</li> </ul> <p>よって、ヘルパーの人員不足を解消する為にスタートする総合事業ですが、どっちに転んでも、事業所としては人員の補充や、仕事量の増加で負担が増える印象です。</p> <p>準備期間が必要であり、早めの詳細決定をお願いします。</p>	<p>ビス提供責任者については、訪問介護事業とその他事業に従事する勤務時間帯等を明確に区分した上で、訪問介護事業に勤務する時間数について、当該訪問介護事業所の常勤訪問介護員等の勤務すべき時間数の 2 分の 1 以上が確保される場合においては、その他事業に従事することが認められます。</p> <p>すでに介護予防（訪問介護・通所介護）の指定を受けている事業所については、将来の利用者を確保したいという考えや人材の有効活用の視点から指定を受ける場合があると想定していますが、実施については事業者の判断によるものです。</p>	
32	P9 訪問型基準緩和サービスについて	<p>9 ページ表について</p> <p>これを見ると、訪問型基準緩和サービスの提供の場合は、管理者・従事者・訪問事業責任者とも、常勤・非常勤を問わないとなっています。非常勤の人だけでこのような事業が実際できるようには思えません。</p>	<p>ご意見として承り、今後の参考とさせていただきます。</p> <p>なお、基準緩和サービスは、現行の介護予防訪問介護・通所介護の人員基準等を緩和し、例えば資格を持っていない方でも市の指定する研修等を受けることにより従事できるようにしたものであり、今後介護の担い手不足が進んでいく中で、株式会社や NPO 法人等の事業者が新たな分野としての参入を含め、介護人材のすそ野を広げ、利用者の新たな受け皿として実施するサービスです。</p>	なし
33	P8～P12 基準緩和サービスについて	<p>規制緩和された人員配置、資格要件に対して、新たな人材の創出が全く手つかずであること。</p> <p>（上記の採算性と結びつきますが、新たな人材を育成し現行の職員は要介護者、無資格の新たな人材を総合事業と割り振り、人件費をスマートにしていきたいところですが、市の講習会なども開催されていない状態で走りだしては緩和されていないことと一緒にになってしまいます。）</p>	<p>基準緩和サービスの従事者の資格要件には「市が実施又は指定する研修修了者」という要件がありますが、市が実施する研修については、事務作業の都合上、平成 29 年 4 月には間に合わないため、今年度については、新潟県が 12 月と 1 月に実施する「新しい総合事業訪問型サービス担い手養成研修」を市が指定する研修に位置付けることとします。</p>	なし

34	P10 市が実施又は指定する研修	<p>“市が実施又は指定する研修修了者”の研修ですが、実践的な内容をお願いします。初任者研修修了者でも、利用者宅へひとりで訪問できるまで、育成に時間がかかる場合がよくあります。利用者から見れば、料金に違いがあっても、訪問介護員と従事者がするサービスに区別はありません。質が悪ければ、すぐ苦情に繋がります。</p> <p>事業所での育成ももちろん必要ですが、“市が実施又は指定する研修”である程度身についてくると助かります。</p>	<p>「市が実施する研修」の内容は、資料 10 ページに記載したカリキュラムを基本として検討していますが、受講者の負担を考慮し、期間は 2 日間程度を想定しています。</p> <p>また、事業者等が市が実施する研修のカリキュラムに沿って実施する内容の研修を市が指定することを考えています。</p>	なし
35	P11,12 通所型基準緩和サービスの基準	<p>サービス提供時間について</p> <p>総合事業の通所型基準緩和サービスにおいて、2 時間で実施した場合、1 日 3 回の実施が可能であると考えています。</p> <p>より多くの利用者のご要望に対応できるように、1 回 2 時間 (1 日 3 回) の実施が求められていると考えています。</p>	<p>指針案では通所型基準緩和サービスのサービス提供時間の要件について記載していませんでした。</p> <p>今年度実施している通所型のモデル事業については、2 時間以上という基準とし、実際に 2 時間で実施しているモデル事業において、継続的に利用されている方もいらっしゃいます。また、現行の介護予防通所介護についても時間の要件は設けていないことから、総合事業における通所型基準緩和サービスについても、サービス提供時間に要件は設けないこととします。</p>	なし
36	P11,P12 通所型基準緩和サービスの基準	<p>通所型基準緩和サービスについて</p> <p>サービス提供時間はどのようになるのでしょうか。現在の 3～5 時間なのか、的確な運動サービスを提供していれば 1 時間半での提供時間でも実施は可能になるのでしょうか。</p>	同上	なし

37	P12 通所型基準緩和サービスの基準	通所型基準緩和サービスの運営基準で、個別サービス計画の作成は不要としてはいかがでしょうか。地域包括支援センター・居宅介護支援事業者が作成する支援計画書を、定期的サービス担当者会議で確認・共有することで十分と考えます。計画の作成には専門職を置く必要が発生し、せっかくの基準緩和の効果が薄くなってしまいます。	通所型基準緩和サービスにおいて、地域の茶の間等と差別化を図るためにも、個別サービス計画の作成が必要であると考えます。  なお、通所型基準緩和サービスの人員基準では、専門職の配置を不要としていることから、個別サービス計画は簡易なものになると想定しています。	なし
38	P11,P12 通所型基準緩和サービスの基準	通所型基準緩和サービスについて 人員の緩和もされておりますが、送迎はどのようになるのでしょうか。 送迎込みになってしまうと、人員基準を緩和したとしても参加人数が増加した場合現在のサービスの人員と代わりがなくなることもないと推測されますが、送迎は必ず行うのでしょうか。	サービス内容は事業者が設定できるものであり、送迎についても必須ではなく、任意としますが、送迎については基本単位の中に算定されていることから、送迎を希望される方については送迎を提供することが必要であると考えます。	なし
39	P11,P12 通所型基準緩和サービスの基準	通所型基準緩和サービスについて 通所介護との併用は可能でしょうか。	事業者は通所介護と通所型基準緩和サービスを一体的に実施することが可能です。 利用者が、現行相当サービスと基準緩和サービスをその月の中で組み合わせることは可能ですが、介護給付の通所介護を利用することはできません。	なし

40	P13 住民主体の支援について	<p>住民主体の支援（訪問型サービス B）について（P13）</p> <p>「サービス B」の基準</p> <p>ボランティアなので、人員基準、設備について一切の基準なし。個別サービス計画もなしで、衛生・守秘・事故対策だけはきちんとするようにとのことです。事業所であれば、仕事上の指揮命令系統がありますが、ボランティアは自発性が第一なので指揮命令を課すことはできません。</p> <p>現段階では、新潟市では実施しないでください。</p>	<p>高齢者の単身世帯等が増加し、医療・介護ニーズが増大する中、日常の暮らしの中のちょっとした支援が必要な方も増えてきます。ちょっとした支援は介護保険の給付になじみにくく、地域住民等による助け合い、支え合い活動を広げていくことにより対応していく必要があると考えます。また、このことにより高齢者だけでなく、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりにもつながると考えています。</p> <p>このことから住民主体の支援（訪問型サービス B）について、この度の介護保険制度改正による、総合事業の介護予防・生活支援サービスの1つに位置付けることで、介護保険の財源を活用し、実施団体の事業に必要な経費の一部に対して市から補助金を交付するものです。</p> <p>生活支援を実施する上で、事故発生時の対応等、国が定める最低限の基準は必要であると考えます。</p>	なし
41	P13 住民主体の支援について	<p>住民主体の支援（訪問型サービス B）について</p> <p>地域住民は高齢者が多いためボランティアの人手がな</p> <p>い。</p>	<p>住民主体の支援（訪問型サービス B）は、市から強制するものではなく、地域住民等のボランティア団体の自発的な取り組みにより、出来る範囲で支援を行っていただくものであり、事業実施に必要な経費の一部に対し、市から補助金を交付するというものです。</p> <p>本市には地域で助け合い、支え合い活動を行っている団体が数多くあります。市からの補助を受けていない団体もあり、住民主体の支援（訪問型サービス B）の位置付けはなくても、このような活動は大切と考えています。</p>	なし

			これらの内容の把握や不足するサービスの創出を含め、地域住民の助け合い、支え合いの活動は、各区、各日常生活圏域の「支え合いのしくみづくり会議、推進員」を中心に進めていきます。	
42	P13 住民主体の支援について	住民主体の支援（訪問型サービス B）について 地域住民を手当も少なく使う方法には無理がある。	同上	なし
43	P13 住民主体の支援について	パブリックコメント資料 P13 6、住民主体の支援（訪問型サービス B）イの「どなたでも利用できます」について ゴミ出しや買い物、ペットの世話、雪かき等の困り事の支援となると、実際に誰でも希望すれば受けられるだけの受け皿が出来るのか。今までも雪かきの支援についてコメントを見かけた事はあったが、実際連絡すると支援する人がいないとかやれていない実情があった。本当にサービスとして成り立っていけるのか疑問を持つ。	住民主体の支援（訪問型サービス B）は、介護保険財源を活用したものであり、要支援者及び事業対象者へ生活支援を実施することを要件とします。 指針案の「どなたでも利用できます」とは、加えて実施団体が、障がい者、要介護者、認定を受けていない高齢者等へ生活支援を実施することを妨げるものではない、という意味です。記載を修正します。	あり
44	P13 住民主体の支援について	補助対象経費については、あまり細かな規定を設けず運用できるようにしていただきたい。	住民主体の支援（訪問型サービス B）については、「サービス提供に係る活動者への人件費」等の直接経費は補助対象外経費、運営に係る間接経費として認められるものは補助対象経費とする予定です。	なし
45	P13 住民主体の支援について	住民主体の支援（訪問型サービス B）について 地域住民のボランティア団体が支援する訪問型サービスをサービス A で受けることができないと困る。（ペットの世話、雪かき、庭の手入れ）秘密保持とはいえ、地域の人に頼るのはかえって抵抗があるため。	訪問型基準緩和サービス（訪問型サービス A）については、指定事業者が介護報酬を受けて行うサービスであり、サービス内容は老計第 10 号に規定されている生活援助の範囲内となります。	なし

46	P13 住民主体の支援について	住民主体の支援（訪問型サービス B）について、補助金申請方法等についてももう少し具体的に示していただきたい。また、新潟市では生活支援体制整備事業を実施しているので、住民主体の支援の実施にあたっては、住民団体等が補助申請をする際に事業内容等を協議体や生活支援コーディネーターが把握しておくと思う。	補助金申請方法等を追記します。 補助金申請の際には、支え合いのしくみづくり推進員（生活支援コーディネーター）から事業内容等を確認してもらう等、関与できる仕組みを検討していきます。	あり
47	P14 介護予防ケアマネジメントについて	居宅介護支援事業所も、現在の要支援者の単価よりさらに低くなった場合、事業所として手をあげない選択も考えられる。受け手となる居宅介護支援事業所が少なくなった場合、総合事業対象者に対する支援が行き届くことができるのか。	指定事業者のサービスを利用する場合の原則的なケアマネジメントであるケアマネジメント A については、現在の介護予防支援費と同じ報酬単価で、加算も同様とします。	なし
48	P14 介護予防ケアマネジメントについて	ケアマネジメント C は地域包括支援センターから、居宅介護支援事業所へ委託できないとあるが、居宅介護支援事業所へ委託した後のアセスメントにより、サービス事業ではなく、一般介護予防事業につながる場合が想定される。その場合、ケアマネジメント C を居宅介護支援事業所に委託できないとなると、居宅介護支援事業所は、無報酬となる。よって、ケアマネジメント C についても、居宅介護支援事業所への委託は可能とできないか。	ご指摘のような場合が想定されるため、一般介護予防事業等につなぐ場合のケアマネジメント C についても委託可とします。	あり
49	P15 住民運営の通いの場について	独居の高齢者が増えており、そういう方が認知症予防のためにも、集まって会話できる場所が必要。公民館等もあるが、借りられない日もある。空き家を使い、高齢者がいつでも集えるような場所が必要になってくる。空き家を使い通いの場を行う際の市からの補助や支援について教えてほしい。	現在、市内の空き家を活用した地域の茶の間を対象に、家賃・光熱水費の一部を助成する制度として「空き家を活用した地域交流活動助成」があります。来年度実施する総合事業での一般介護予防事業の住民運営の通いの場について、その助成内容を含めた補助金額の設定を検討しています。	なし

50	P15 住民運営 の通いの 場につい て	「通いの場」は自宅から歩いていける場所であることが必須の条件です。その場所として一番現実的なのは自治会・町内会の会館・集会所です。場所を管理する自治会・町内会と当該地域で活動するボランティア団体が協力、協働して通いの場を運営するのが継続的にこの事業を推進する上で効果的と考えます。従って、実施団体は複数となるケースも想定して記述内容を補強してください。	自治会・町内会と当該地域で活動するボランティア団体等複数の団体が協力して1つ通いの場を運営することを妨げるものではありません。ただし、補助金については、1つの実施団体への補助となりますので、代表者を明確にして補助金の申請をお願いします。	なし
51	P16 総合事業 実施に係 るスケジ ュール	資料 P16 の参考図の中央にある「協議体」とはどのような役割をするところなのか。	協議体については指針案 20 ページをご覧ください。	なし
52	P16 総合事業 実施に係 るスケジ ュール	パブリックコメント資料 16 ページ、総合事業実施に係るスケジュールについて 基準緩和サービスの新規指定受付・指定が平成 29 年 5 月からとなっています。現在実施されているサービス A モデル事業の利用者にとっては、サービスが切れてしまうこととなります。サービス利用に至るまでに何度も相談を重ねて利用に至ったケースもあります。また、幸齢ますます元気教室終了後に通う場所がなくなり不安な思いをし、また通う場所がなくなってしまうと非常に心配されている事業対象者もおられます。新規指定が下り、通う場所の引継ぎができるまでの間、何等かの形で（みなし・モデル事業延長など）現在モデル事業を利用されている方のサービスが継続できるようご検討下さい。	ご意見を踏まえ、基準緩和サービスの指定受付時期を早め、平成 29 年 4 月 1 日指定とするような指定申請スケジュールとしたいと思います。スケジュールについては今後開催される説明会の際にお示ししたいと考えています。	あり

53	P16 総合事業 実施に係 るスケジ ュール	モデル事業の検証委員会が9月2日に実施されたと記載 があります。ぜひ内容を公開して下さい。	平成28年9月2日に開催されたモデル事業の検証委員会 の概要・資料について、新潟市のホームページにおいて公開 します。	なし
54	説明会資 料2 その他生 活支援サ ービス	新潟市の総合事業の構成について (1) 介護予防・生活支援サービス事業（説明会資料2） 訪問型サービス ・（現行相当サービス）・（訪問型サービ ス A）・（訪問型サービス B）・（訪問型サービス C） 通所型サービス ・（現行相当サービス）・（通所型サービ ス A）・（通所型サービス C） 介護予防ケアマネジメント その他の生活支援サービスは実施しないことになってい ます。 その他の生活支援サービス（ガイドライン P23） 1）配食：栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者 に対する見守りとともに行う配食など 2）定期的な安否確認及び緊急時の対応（以下「見守り」 という）：住民ボランティアなどが行う訪問による見守り 3）その他、訪問型サービス、通所型サービスに準じる生 活支援であって、地域における自立した日常生活の支援に 資するサービスとして市町村が定める生活支援（訪問型サ ービス及び通所型サービスの一体的提供等） 上記のような趣旨の内容も実施することを希望します。	現在、配食サービスについては、介護保険の地域支援事業 の中の任意事業として実施し、来年度も引き続き実施する見 込みです。また、見守りについては、民生児童委員等を中心 に各地域で行われており、いずれも平成29年度は総合事業 の中で実施する必要性は低いと判断しました。 今後、生活支援体制整備事業として進めている支え合いの しくみづくり会議等における議論などを踏まえ、必要に応じ て、これらのサービスについて総合事業で実施すべきか検討 していきます。	なし

55	説明会資料3 住民主体の支援	説明会資料3の下段、訪問型サービスBの団体数（見込み）は $3 + \alpha$ とあります。質問したら今年度のモデル事業の団体数とのこと。不適切な表現であり、来年4月には間に合わなくても相当な規模のボランティア団体をつくれるような施策が必要です。	モデル事業を実施している3団体以外にも、地域で助け合い、支え合い活動を行っている団体が数多くあります。市からの補助を受けていない団体もあり、住民主体の支援（訪問型サービスB）の位置付けはなくても、このような活動は大切と考えています。  これらの内容の把握や不足するサービスの創出を含め、地域住民の助け合い、支え合いの活動は、各区、各日常生活圏域の「支え合いのしくみづくり会議、推進員」を中心に進めていきます。	なし
56	説明会資料3 週1回以上開催の地域の茶の間	最後の総合事業のサービス類型（案）イメージ図についてこの表の一番下に、一般介護予防通いの場に、「週1回以上開催の地域の茶の間」と書いてあります。今「茶の間」をやっていますが、こんなことを考えて始めたわけではありませんし、責任も持てません。これは是非外して欲しいと思います。	地域の茶の間はあくまでも住民主体の取組みであることから、それぞれのお考えや、多様な手法で運営していただくものと考えています。そのうえで、この度の介護保険制度の改正で住民運営の通いの場が総合事業に位置付けられたことにより、介護保険の財源を活用し、実施団体の事業実施に必要な経費の一部に対して市から補助金を交付するものです。  なお、補助金の交付は申請に基づき行うものであり、週1回以上開催している地域の茶の間全てが、一般介護予防事業に位置付けられるわけではありません。  また、現在新潟市社会福祉協議会が実施している地域の茶の間への助成制度については、来年度も引き続き実施される予定です。	なし
57	サービスの選択、卒業	サービスの「選択」「卒業」をどうするか  介護保険が始まった時、「利用者にはサービスの選択権があり、必要なサービスは一生使える」ということが、これが「総合事業」になると「多様なサービス」「選択の幅が広がります」と宣伝、問題は誰が決めるかです。「現行	サービス利用の際には、これまで同様、担当地域包括支援センターの職員や委託を受けたケアマネジャーがアセスメントを行い、本人の希望をお聞きしながら、状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるよう、適切なケアプランを作成します。	なし

		<p>のサービス」は、「専門的なサービスを必要とする人に」提供されるので、「必要でない」と判断されれば、提供されません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新しく事業の対象となる要支援者等について「自らの能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を促す」</li> <li>・現行の介護予防訪問介護相当のサービスについては、「認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される」(ガイドライン)</li> </ul> <p>○利用者の希望によるサービスの選択を保障させる ○サービスからの「卒業」を強制させない。ことを希望します。</p>		
58	総合事業の実施主体	総合事業を取りまとめる機関はどこになるのか。	総合事業は市町村事業であることから、総合事業の実施主体は新潟市であり、担当課は地域包括ケア推進課です。	なし
59	円滑な移行	説明会では多くの事業者から危惧する発言がありました。事業者なくして高齢者の生活は守れません。実施にあたり円滑な移行を切に望みます。	新制度移行にあたっては、なるべく混乱のないよう、利用者にも事業者にも丁寧な説明を行っていきます。	なし
60	介護予防通所リハビリテーション(デイケア)について	現在デイケアを使っている人で問題なく総合事業に移行できると思われる人でも今行っているところでなければ行きたくないと言っている。基盤が整ったあとでも利用する人の気持ちに配慮できる制度であってほしい。	介護予防通所リハビリテーション(デイケア)については総合事業に移行せず、平成29年度も引き続き介護予防給付として実施されます。	なし

61	財源の増加	<p>少子高齢化の中で資料で分析の通り、介護保険及び健康保険の予算が膨らんでおります。その対策として[1]財源措置。[2]予防事業の推進、その他有ろうと考えられますが、[1]として保険料の40才→30才へ負担をお願いする。最終的には国保と同じくする。あるいは、一般財源より補助も必要と考えます。</p> <p>[2]として要支援、要介護の対象者の減少は長期的に保険料及び介護利用料低下につながり、市民としては有り難い事であり、老後等の心配も少なくなり、住みよい新潟市となってゆき、人口増ともつながり、市の発展につながるものと考えます。短期間で達成は不可ですが、5年、7年計画の中でやっていかれたら如何でしょうか。せっぱつまり保険料の値上げ、値上げでは住民負担が重くなるばかりです。</p>	<p>保険料の負担については、介護保険法により、介護保険の被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険加入者と65歳以上の人と定められております。</p> <p>次に、市は保険者として3年ごとに介護保険事業計画を策定し、評価・検証を行いながら介護保険事業を実施することが介護保険法で定められております。</p> <p>本市では平成27年度からの第6期介護保険事業計画の中で、「安心して暮らせる長寿社会の実現」を基本理念とし、計画に沿った施策展開をしております。</p> <p>中長期的な取り組みとしては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えながら、今後も計画的に施策を進めていきます。</p>	なし
62	介護難民の増加	<p>11月7日の新潟日報の記事によると、国が特養の入所条件を要介護3以上としたため、新潟県の4月時点の待機者が1万1,071人で、13年10月に比べ7,998人、42%減少した。としています。「介護難民」の増加ではないでしょうか。安倍政権は「介護離職ゼロ」を目指し、20年初頭までに50万人分の施設・在宅サービスを整備する方針を掲げるが、新潟市の「介護予防・日常生活支援総合事業」は、この安倍政権の方針に沿って新潟市で実施しようとし、市民におしつけるものと思います。新潟市は国の方針をのりこえて市民本位の政策推進を求めます。(新潟日報26面にいくつかの意見が載っています)</p>	<p>ご意見として承り、今後の参考とさせていただきます。</p>	なし