

平成 29 年 10 月

厚生労働省 老健局
局長 濱谷 浩樹 殿

『民間事業者の質を高める』
一般社団法人 全国介護事業者協議会
理事長 佐藤 優治

平成 30 年度 介護報酬改定に関する意見書

わたくしたちは一貫して利用者の尊厳の保持と自立支援という介護保険制度の基本理念を前提に、在宅介護の重要性とあわせて高齢者の QOL を唱え介護事業者の質を上げるべく活動してきております。介護保険サービスは誰もが住み慣れた地域に安心して暮らし続けられる地域包括ケアシステムの構築のため国民生活の中になくしてはならない地位を得てきたものと自覚しております。

しかし、そのため介護保険への依存も増加し、財政的に持続可能性を議論しなければならない状況が生まれてきていることも認識しております。

高齢者人口は 2042 年 (3,878 万人) まで増加し、その後減少傾向にはなるも、2025 年以降団塊の世代が後期高齢者へすべてなることで後期高齢者人口は 2055 年 (2,401 万人) に全人口の 25% を超え、2060 年 (2,336 万人) まで安定して高い水準を維持する予想がなされており、今後さらに増加するであろう介護需要へ高齢者の要介護とならない予防政策と要介護者の重度化防止政策を両輪とし、健康年齢の引き上げが喫緊の課題であると認識しております。

一方、介護事業者においては人口減少と少子化により介護従事者の需要と供給のギャップが大きく、介護需要へ対応できない状況と、繰り返される報酬のマイナス改定への企業努力に疲弊しており、介護従事者確保と事業継続が喫緊の課題となっております。

以上を踏まえ平成 30 年度改定へ向けて、地域包括ケアシステムの実現と事業者の健全な経営確保のため、介護給付費分科会にて議論されております論点を中心に介護事業者からの意見、要望を集約した意見書を提出いたします。

ご検討のほどよろしくお願い申し上げます。

平成 29 年 10 月

平成 30 年度 介護報酬改定に関する意見書 抜粋・要約

一般社団法人「民間事業者の質を高める」
全国介護事業者協議会（民介協）

Ⅰ. 個別サービスに関する意見

1. 訪問介護に関する意見

（１）給付費分科会で提示された論点

① 要介護者に対する生活援助の意義について

○サービスの質と安全を確保するため、無資格者での訪問介護の推進は妥当でない。

② 身体介護も含めた訪問介護の報酬のあり方について

○ケアマネジメントに基づき必要とされたサービスであれば、報酬算定が認められるべきである。不適切なサービス提供実態があるならば、個別指導で対応すべき。

③ 集合住宅におけるサービス提供の適正化について

○住まいの形態を取りあげてサービスの適切性を議論するのは問題。

④ サービス提供責任者の役割や任用要件について

○生活援助だからといってサービス提供責任者の役割が不要ということにはならない。

⑤ 身体介護における自立生活支援のための見守りの援助について

リハ専門職の意見を踏まえた訪問介護の実施について

【身体介護における自立生活支援のための見守りの援助について】

○見守り介護は自立支援介護であり、身体介護として考えるのは妥当（老計 10 号 1-6 を参照）。

【生活機能向上連携加算について】

○生活機能向上連携加算は重要だが、訪問リハ事業所数、連携要件、連携対象などの問題から算定が困難。

（２）上記以外の視点

① 医療度の高い方の受入れ時の加算創設（看取り加算）

② 特定事業所加算Ⅳの要件緩和

③ 喀痰吸引等への加算の創設 など

2. 訪問入浴に関する意見

① 訪問入浴における看取り加算の創設

② 訪問入浴における看護処置加算の創設

③ 訪問入浴における医療機関等への情報提供・連携加算の創設

3. 訪問看護に関する意見

（１）給付費分科会で提示された論点

① 緊急時や看取りへの対応等、適切な訪問看護のあり方、訪問看護ステーションの大規模化等、訪問看護の安定的な提供体制について

○多職種の配置による大規模化、それぞれの役割の強化により緊急時や看取りへの対応も可能となる。

② 看護の一環としてのリハのあり方や看護職員と理学療法士等との連携のあり方について

○看護の一環としてのリハの提供であれば、定期的に看護が介入することで連携が図られるのではないかと。

③ 訪問看護と居宅介護支援を含む他の介護保険サービスとの連携のあり方について

- 「指示書」を医師からケアマネジャーへ、そこから各サービスへ提供することとし、ケアプランと一体的に扱うことで連携が深まると考える。

(2) 上記以外の視点

- ① 短期入所療養介護サービス等との重複日の報酬算定
- ② 病院等へ情報提供した際の報酬上の評価
- ③ 訪問看護ステーションからの医療的ケア児等への対応（医療保険） など

4. 訪問リハに関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 訪問リハの実施状況について

- （訪リハ指定を受けている医療機関以外の）医師から直接、訪問リハ事業所へ指示を出せるようにすることで、かかりつけ医師を中心とした効果的かつ効率的な連携が可能。

② 訪問リハの実施にかかる社会参加の更なる促進について

- 社会参加支援加算の要件1、2を加算Ⅰと加算Ⅱに分けてはどうか。その際、訪問リハの「自宅」から「地域活動」への支援を強化するため加算Ⅲを新設してはどうか。

③ 医療保険・介護保険におけるリハに係る計画書等のあり方について

- 計画書等の様式は同じでも、アセスメントによる課題分析や目標の再設定は必要と考える。

(2) 上記以外の視点

① 訪問リハの開設主体の拡充（訪問看護事業所の追加）

5. 通所介護に関するご意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 通所介護サービスのあり方について

- 要介護者の自立支援や自立支援介護を提供する上では通所介護は重要な地域福祉拠点となり得る。

② 通所介護における機能訓練のあり方について

- 個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱの目的と役割を明らかにし、機能を分担する。さらに、リハ職の配置による体制加算もしくは実施加算を設けるなど手厚くしてはどうか。

(2) 上記以外の視点

- ① 個別機能訓練加算の実施要件、人員要件の緩和
- ② 個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱからの訪問業務の切り離しと訪問指導加算の新設
- ③ 看護職員の配置要件の明確化 など

6. 通所リハに関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 通所リハと通所介護の役割分担と機能強化、通所リハにおけるリハ専門職の配置の促進などについて

- 通所リハは退院直後に短期集中で機能改善を図り、在宅復帰後の生活支援は通所介護が担う形がよい。

② 退院後の利用者や、状態の悪化している利用者等について

- 退院直後から介護保険を利用する場合、上限の算定日数を定めるなど、短期集中で支援をしてはどうか。

③ 医療保険のリハを受けている患者の介護保険の通所リハへの円滑な移行について

○医療保険のリハを受けている患者は、直接、通所介護等へつなげていくことも検討が必要。

④ 通所リハの実施にかかる医師の関与の更なる促進について

○他のサービスと比較し、医師の関与はすでに十分ではないか。

⑤ 通所リハの実施における生活行為の向上、社会参加の促進等について

○通所リハは、「心身機能の維持回復」に特化した役割を担い、社会参加等は通所介護が対応。

⑥ 医療保険・介護保険におけるリハにかかる計画書等のあり方について

○計画書等の様式は同じでもアセスメントによる課題分析や目標の再設定は必要と考える。

(2) 上記以外の視点

① リハマネジメント加算の算定要件の見直し

② 管理者代行が可能な対象資格の拡充

7. 短期入所生活介護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 短期入所生活介護サービスの在り方について

○短期入所利用者による他のサービス利用の弾力化が必要がある。

(2) 上記以外の視点

① 緊急受入増加に伴う報酬上の評価

② 看護体制加算の算定要件の緩和

③ 退所時情報提供の報酬上の評価 など

8. 特定施設入居者生活介護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 特定施設入居者生活介護における介護報酬上の評価のあり方について

○中重度加算もしくは医療管理加算などの加算を設けても良いのではないか。

② 特定施設入居者生活介護における短期利用（ショートステイ）について

○ショートステイのサービス量が少ない地域においては、自治体の判断により 10%を 20%まで引き上げるなどの特別な措置があっても良い。

(2) 上記以外の視点

① 施設類型の再整理

② 入院時の対応体制の報酬上の評価

9. 福祉用具貸与・販売、住宅改修に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 貸与価格の上限設定等に関する運用上の留意点について

○貸与価格の上限が設定する場合、自費を上乗せして利用できるように仕組みが必要である。

○価格だけでなく、技術面で「適切な事業所」か否かを評価する基準も必要。

② 福祉用具専門相談員による複数商品の提示や福祉用具貸与計画書のケアマネジャーへの提示について

○福祉用具貸与・販売事業所におけるリハ専門職の配置やリハ専門職との連携を進めてはどうか。

(2) 上記以外の視点

① 住宅改修の承認期間の短縮

- ② 住宅改修の見積り取得ルールの緩和
- ③ モニタリング訪問等にかかるコストに対応した報酬構造の検討 など

10. 居宅介護支援に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

- ① 居宅介護支援事業所の管理者のあり方について
 - 管理者は事業所の運営管理が主たる業務であるため、管理者養成研修が必要。
- ② 特定事業所集中減算のあり方や利用者やその家族に対する説明同意プロセス等について
 - 質の高い事業所を提案した結果、集中することが現状あり得る。利用者の選択を阻害する。
- ③ 医療機関と居宅介護支援事業所との更なる連携に向けた取組みについて
 - 退院・退所加算を3回算定している事業所はほとんどなく、要件緩和を検討いただきたい。
 - ケアマネジャーの入院時の支援に対する報酬上の評価を検討いただきたい。
- ④ 末期の悪性腫瘍の患者に係るケアマネジメントについて
 - 「看取り加算」を新設してはどうか。

(2) 上記以外の視点

- ① 医療保険と介護保険の単位数差の是正
- ② 障害福祉サービスとの併用利用者への支援に対する加算の新設
- ③ 障害福祉サービスの相談支援事業との指定基準の整合性確保 など

11. 共生型サービス（通所系）に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

- ① 介護保険障害福祉の相互に共通するサービスを行う場合の基準について、
 - 介護保険と障害福祉の類似のサービスは、サービス名称、基準及び報酬の整合を図るべき。
- ② 相談支援専門員とケアマネジャーの連携に向けた取組について
 - 相談支援専門員とケアマネジャーは研修カリキュラムが異なるため、共通課程を設ける必要がある。

(2) 上記以外の視点

- ① 処遇改善加算の対象の障害福祉サービス従事者への拡大
- ② 給付管理の国保連への一本化
- ③ 【就労継続支援A型】の基本報酬について など

12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

- ① 定期巡回随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護の人員基準や資格要件等の在り方について
 - ICTの活用等も含めた人員基準や資格要件のあり方について検討してはどうか。
 - オペレーターの任用資格、昼間帯の集約、他職種との兼務を認めていただきたい。
- ② 定期巡回随時対応型訪問介護看護が地域全体へ行き届くようにするための方策について
 - 居住形態は高齢者の選択の結果であり、定期巡回を提供する事業所が強制しているものではない。

(2) 上記以外の視点

- ① 定期巡回【連携型】における訪問看護事業所の報酬の見直し
- ② 医療介護連携推進会議の開催頻度の見直し

- ③ 区分支給限度額を超えた場合でも他サービスを利用可能とする仕組み など

13. グループホーム・認知症デイ その他認知症施策に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

【認知症対応型共同生活】

- ① 認知症対応型共同生活介護のサービスの在り方について

○ 重度化や看取り対応などにおいて、訪問看護の利用の緩和拡大を認めていただきたい。

【認知症対応型通所介護】

- ① 認知症対応型通所介護利用者の状態を踏まえたサービスの在り方について

○ 認知症施策の重要性からみて、サービス再編等においては十分に配慮する必要がある。

- ② 認知症に関連する加算のあり方について

○ 人員基準以上の配置や設備基準以上の整備が必要になり、報酬は手厚くすべきである。

(2) 上記以外の視点

【認知症対応型共同生活介護】

- ① 看取り介護加算の創設

- ② 中重度ケア体制の評価

- ③ 事業所対応での通院対応加算の創設 など

【認知症対応型通所介護】

- ① 利用時間 1-2、2-3 の利用区分（新設）

- ② 緊急時受入加算（新設）

- ③ 新たな若年性認知症施策のあり方の検討

14. 小規模多機能・看護小規模多機能に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

- ① 人員基準や利用定員等の在り方について

○ 看多機において訪問看護ステーションとの連携型も可能とすれば、参入が進むのではないかと。

- ② 小多機や看多機における看護職員の雇用について

○ 外部の訪問看護との連携を推進。また、18 名以下の通いは「看護職員」の配置を除外してはどうか。

- ③ 事業所外の介護支援専門員が居宅サービス計画を作成した場合の取扱いについて

○ 担当ケアマネジャーが引き続き関与する仕組みについて議論が必要。

- ④ 小規模多機能型居宅介護と他のサービスとの併用について

○ 医療依存度の高い利用者の増加を踏まえ、福祉用具や訪看の利用可能単位数の増加をいただきたい。

- ⑤ 看多機と小多機におけるサテライト型事業所に関する取り扱いが異なる点について

○ 看護小規模多機能、小規模多機能を含め「サテライト」の考え方は、整合を図る必要があると考える。

- ⑥ 看多機において医療ニーズが高く看取りまで対応する体制のあり方について

○ 現場スタッフにかなりの負担を強いることになる。看取り対応は慎重な検討が望まれる。

- ⑦ 事業開始時支援加算について

○ 平成 29 年度介護事業所実態調査の結果も踏まえ、事業開始時支援加算の継続、恒久化をお願いしたい。

(2) 上記以外の視点

- ① 短期利用に関するローカルルールは是正

② 兼務可能な併設事業所の拡大

15. 口腔栄養管理に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

【口腔関係】

① 歯科医師、歯科衛生士の活用や歯科医療との連携について

○口腔に関しては連携も大切であるが、加算算定の要件、特に対象となる利用者の情報収集が難しい。

【栄養関係】

② 施設における栄養管理体制について

○栄養摂取状況をもとに指導する専門職の位置づけが重要ではないか。

(2) 上記以外の視点

① 在宅における栄養管理の位置づけの明確化

16. 居宅療養管理指導に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 利用者の居住場所に応じた評価について

○同一の建物であるとか、複数回訪問だからといって訪問指導の質が下がるわけではない。個々のサービス内容を評価する視点が求められる。

(2) 上記以外の視点

① 居宅療養管理指導の人員基準へのリハビリ専門職の配置要件の設定

17. サービス付き高齢者向け住宅に関する意見

① 費用の適正化

○サ高住の外付けサービスが過剰か否かは、ケアマネジメントの問題であり、個別に指導すべき。

② 事業者の実態に即した契約書・重要事項説明書様式

○自治体により様々な様式があり、事業者として盛り込みたい内容を記載できないケースがある。

③ 施設類型の再整理

○施設類型が消費者にとって理解しづらく、類型を再整理すべき。

II. 制度全体に関する意見

1. 人材確保・処遇改善に関する意見

① 処遇改善加算の継続

② 処遇改善加算の本体報酬への組み入れ

③ 人材確保に向けた助成・加算等の支援 など

2. ICT やロボットの活用・業務効率化に関する意見

【ICT 活用に関する意見】

① ICT 助成金の創設

② 医療介護のデータ共有

③ 介護保険で必要とする書類の標準化（指導の標準化） など

【業務効率化に関する意見】

- ① 行政による第三者評価の実施
- ② 実績報告の簡素化
- ③ 申請手続きの簡素化

3. ローカルルールに関する意見

- ① 看護師配置要件の見直し
- ② 自治体ごとによる総合事業対象者のバラツキの是正
- ③ 事業者の実態に即した契約書・重要事項説明書様式 など

4. 地域包括ケア・多職種協働に関する意見

【地域包括ケアに関する意見】

- ① 地域ケア会議への医師会・歯科医師会などの参画

【多職種協働に関する意見】

- ① 連携促進のための加算強化（医療側の介護との連携を促す加算の創設）
- ② 医療と介護が連携しやすい診療報酬の策定

5. 利用者への制度説明に関する意見

- ① 自治体による利用者への各種制度適用の連絡
- ② 行政による利用者への説明ツールの策定・公開

以上

平成 29 年 10 月

平成 30 年度 介護報酬改定に関する意見書

一般社団法人「民間事業者の質を高める」
全国介護事業者協議会（民介協）

目 次

I. 個別サービスに関する意見	3
1. 訪問介護に関する意見	3
2. 訪問入浴に関する意見	7
3. 訪問看護に関する意見	8
4. 訪問リハビリテーションに関する意見.....	11
5. 通所介護に関するご意見.....	13
6. 通所リハビリテーションに関する意見.....	18
7. 短期入所生活介護に関する意見	20
8. 特定施設入居者生活介護に関する意見.....	23
9. 福祉用具貸与・販売、住宅改修に関する意見	24
10. 居宅介護支援に関する意見	27
11. 共生型サービス（通所系）に関する意見	31
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する意見	34
13. グループホーム・認知症デイ その他認知症施策に関する意見.....	37
14. 小規模多機能・看護小規模多機能に関する意見.....	42
15. 口腔栄養管理に関する意見	45
16. 居宅療養管理指導に関する意見	46
17. サービス付き高齢者向け住宅に関する意見.....	47
II. 制度全体に関する意見	48
1. 人材確保・処遇改善に関する意見.....	48
2. ICTやロボットの活用・業務効率化に関する意見.....	49
3. ローカルルールに関する意見.....	50
4. 地域包括ケア・多職種協働に関する意見	52
5. 利用者への制度説明に関する意見.....	53

本意見書における基本的な考え方について

本意見書は、全国の当協議会会員事業者から収集した平成 30 年度介護報酬改定に対する多数の意見を、以下の視点を重視して集約したものです。2002 年 9 月発足から 15 年以上に渡り、サービスの質を高める活動に取り組んできた事業者団体の現場での実践に根差した意見となっております。貴省で今般実施されている介護報酬改定の議論において、本意見書の内容に対してご配慮、ご検討を賜りたくお願い申し上げます。

①全国におけるサービス提供基盤の継続性の確保

- ・ 介護保険サービスは医療と同様に我が国において不可欠の社会インフラとなっています。全国各地に介護保険サービスを提供する基盤が存在しているからこそ、要介護状態となっても住み慣れた地域で尊厳を保持しながら生活を送ることが可能となります。
- ・ また、地域で支援が必要な方々の生活を支える介護事業者というサービス基盤がなければ、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現は極めて困難となります。
- ・ 今般の介護報酬改定等に関する議論が、各地域のサービス提供基盤の継続性確保につながるものとなるよう本意見書を作成いたしました。

②人材の確保・定着とのつながり

- ・ 労働力人口の減少が顕著となり、また、産業間の労働者の獲得競争が激化する中、介護人材の確保も重要な政策課題となっています。
- ・ マイナスの報酬改定により介護事業者の経営状態が悪化すれば、それは報酬原資や研修・採用などの人的投資の減少につながり、これまで以上に介護人材の確保が困難となることが予想されます。
- ・ 安易なマイナスの報酬改定は、事業者の経営のみならず労働者の就業環境の悪化にもつながるものと認識し、労働に対する適正な対価を支払うことができる水準の報酬の確保、介護に関わる専門職の能力が適切に評価される制度の構築を念頭に置き、意見書を作成いたしました。

③介護離職の防止や介護事業の生産性向上への寄与

- ・ 上記の①および②と関連しますが、質の高い介護サービスを提供する事業者や専門職人材の存在なくして、政府が主導する「介護離職ゼロ」を実現することは極めて困難です。また、同様に政府が進める介護事業の生産性向上については、人材が長期に定着し、様々なケアニーズに対応できる「多能工」として育つことが最も効果的です。
- ・ 平成 30 年度の報酬改定・制度改正が、介護離職を防止するサービス基盤の維持や生産性向上に直結する人材定着につながるものとなるよう本意見書を作成いたしました。

以上

Ⅰ．個別サービスに関する意見

1. 訪問介護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準及び報酬について、要介護者に対する生活援助の意義を踏まえ、どう考えるか。

- 生活援助サービス時であっても、利用者の体調不良時や緊急時に身体介護もあり、また認知症の方へサービスを提供もある。サービスの質と安全を確保するためにも、介護知識は必須であり、無資格者での訪問介護を推進することは妥当でない。
- 訪問介護は「行為」のみを持った支援をしているのではなく、自立した日常生活が営むための自立支援サービスである。よって、生活援助は家事代行的ではなく、短時間の身体介護を含むサービス提供が大半である。
- 生活援助は、一般的に身体介護と一体的に提供されているが、生活援助のみ切り離して提供するとなると、別々のヘルパーが対応することになり、非効率となる。また、稼働の調整等が煩雑となり生産性が低下することが想定される。
- 生活援助や身体介護は、いずれも必要に応じて提供されるべきであり、必要性を考慮せずに生活援助の報酬を人員緩和で引き下げる方法は問題である。

② 「生活援助」のみの利用状況については月 31 回以上の利用者が一定程度いる中で、身体介護も含めた訪問介護の報酬のあり方について、どう考えるか。

- 要介護度が中重度、認知症、かつ家族支援が得られない中で（独居など）在宅での利用者への頻度への見守り対応について、給付限度内で対応するべく、生活援助にて算定して対応している状況ではないかと想定される。
- ケアマネジメントにおいて要介護者の生活を維持する上で必要と判断されたサービスであれば、報酬算定が認められるべきと考える。個別事案を勘案しながら適切にサービス提供されているかを確認するべきであり、単純に回数で判断するのは妥当とは言えない。
- 仮に、不適切な生活援助サービス提供している事業者があるならば、ケアプランおよび当該事業者への適正化事業など個別指導で対応すべきであり、制度上の制限に結び付ける問題ではないと考える。

③ 集合住宅におけるサービス提供の適正化について、どう考えるか。

- 利用者個人を対象に訪問する訪問介護事業所にとって、同一建物であれ、隣接敷地であれ、提供するサービスの内容は集合住宅以外の住宅に住まう利用者と同じである。
- 集合住宅（特にサービス付き高齢者住宅）における訪問介護はあくまでも独居高齢者に対してアセスメントを行い、必要な支援をマネジメントした結果であり、集合住宅とい

う住まいの形態を取りあげてサービス不適正の議論は不適切ではないか。

○介護費用の適正のためにも、制度の主旨にのっとった適切なプランの作成やサービス提供ができていないかをチェックする機能強化が必要と思われる。

④ 主として身体介護を行う者と生活援助を行う者の役割分担を進めていくことが重要との意見がある中で、サービス提供責任者の役割や任用要件について、どう考えるか。

○訪問介護においては、利用者に必要なサービス内容とスタッフのレベル（スキル）の双方を把握してマッチングすることが重要である。その点において、身体介護と生活援助をサービスの中身として分けることはあっても、生活援助だからといってサービス提供責任者の役割が不要ということにはならない。

○専門職による訪問支援が必要な場合は、サービス提供責任者の役割も従来通り必要である。また、基準緩和により採用された人材が生活援助を行う場合であっても、自立支援の視点からサービス計画を作成し、継続的に評価する役割は必要であり、サービス提供責任者の配置を踏まえた報酬評価が必要である。

⑤ 身体介護における自立生活支援のための見守りの援助について、どう考えるか。また、生活機能向上連携加算の取得状況を踏まえ、リハビリテーション専門職の意見を踏まえた訪問介護の実施について、どう考えるか。

【身体介護における自立生活支援のための見守りの援助について】

○自立支援のための見守り介護は自立支援介護であり身体介護として考えるのは妥当である。（老計 10 号 1-6 を参照）

○自立支援に対するインセンティブを強化していくのであれば、見守りの援助はさらに重要視されなければいけない。期間ごとで適切なモニタリングと目標の見直しが行われるようにする必要がある。

【生活機能向上連携加算について】

○生活機能向上連携加算については一層評価していく必要がある。しかしながら、訪問リハビリ事業所数の不足からか、算定できないではないか。

○また、理学療法士等とアセスメントを共同で行い、その内容を掲載した計画書の作成が必要だが、計画書への記載方法について明確でないことも算定が困難の課題である。さらに、リハ職との連携が「通所リハビリテーション」「訪問リハビリテーション」に限定されていること、担当者会議時での連携では算定不可とされていることなど、実態とかけ離れており利用が進んでいない。本来の機能向上連携の目的が達成できる改正が必要である。

○また、加算要件について、訪問看護ステーションの理学療法士等および通所介護の理学療法士等との連携による同加算取得を認めることで、在宅生活におけるリハビリテー

ションや通所での訓練がより在宅での生活機能向上につながると思われる。

○即ち、リハ職の所属機関での算定可否でなく、リハ専門職との連携を行った場合に加算の算定を認めることが重要である。

(2) 上記以外の視点

① 医療度の高い方の受入れ時の加算創設（看取り加算）

○医療度の高い方（ターミナルの方等）を受け入れた場合、（医師の指示を受けた場合などを前提として）看取り加算等の創設を検討いただきたい。

○その結果、中重度者で医療対応の必要な方の受入れが促進され、それに伴い医療連携も進み、家族の負担軽減や自宅での看取りの機会に繋がると考える。

○特にターミナル期の利用者は、通常以上に迅速な調整と人員配置が必要であり、サービス内容や薬の処方の変更も多く、医師や訪問看護との連携も重要になってくるため、その作業負荷に対応する加算創設が求められる。

② 特定事業所加算Ⅳの要件緩和

○特定事業所加算Ⅳの算定要件について、重度利用者割合が全利用者の 6 割以上という内容はかなり厳しいものであり、実質的に取得できる事業所はないのが実情である。制度の形骸化を防ぐためにも要件を緩和していただきたい。

③ 喀痰吸引等への加算の創設

○医療ニーズが高まる中、喀痰吸引等が必要な利用者も積極的に受け入れていくべきと考える。ただ、研修機会が少なく、研修機関看護実習費の課題もあり、資格取得に要する時間的経済的負担が大きく、対応できる者の養成が進んでいない。

○障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスにおいては喀痰吸引等にかかる加算が算定されるが、介護保険には当該加算はない。費用および時間の負担を担保し、担い手の拡大を図るため、本加算の創設を検討いただきたい。

④ 24 時間連絡・対応が可能な体制を整備している事業所への報酬上の評価

○訪問介護事業所に対して、直接、早朝夜間等に利用者から連絡があり、対応が求められるケースが増加している。24 時間連絡体制・対応が取れる体制を整備している事業所に対し、報酬上の評価を検討いただきたい。

⑤ 必要となる常勤のサービス提供責任者の数

○ICT やシステム管理が進む中、サービス提供責任者 1 名で管理できる利用者の数は大幅に増えている。そのため、現行の制度における同責任者の必要配置数の見直しを行う必要がある。

⑥ 介護人材確保に向けた支援・人員基準の見直し

【人材確保に向けた助成等の実施】

○今後、人材確保がさらに困難になると考えられる。そこで、人材確保が円滑に進むよう、以下のような助成等の支援を検討いただきたい。

(施策例)

※ 資格取得を支援するための助成金

※ 日曜、祝日の単位数の見直し(日曜、祝日対応可能なヘルパーの確保が困難である)

【通所介護相談員の資格要件へのサービス提供責任者を経験した介護福祉士の追加】

○介護人材不足を解消するための方策として、訪問介護のサービス提供責任者を経験した介護福祉士を通所介護の相談員としての資格要件に追加してはどうか。

○サービス提供責任者は、契約⇒アセスメント⇒訪問介護計画書作成⇒モニタリング、という流れでの業務を経験しており、通所介護の相談員としての業務に充分対応できる。

○有休後の仕事復帰先として、訪問介護が難しい場合に通所介護事業所での勤務を望む職員が少なくなく、人材の有効活用につながると思われる。

2. 訪問入浴に関する意見

(1) 訪問入浴介護に関する意見

① 訪問入浴における看取り加算の創設

- 従来、利用者は様態が悪化すると入院し、亡くなれるケースが大半であった。しかし、自宅で看取りをする利用者が確実に増加している。在宅で死を迎えるために病院を退院し、自宅に戻る方の増加が、特に近年顕著である。
- 看取り期の利用者が入浴する手段としては、看護職員がいる訪問入浴での介護が安全安心の観点から最適だが、当該利用者への対応には、医師、ケアマネジャー、訪問看護等の関係機関と綿密な連絡調整が必要とされる。
- また、利用者は各種医療装置を付けた方が多く、医療ニーズが高く、容体観察やサービス提供においては職員のより細心な注意とスキルアップが求められる。
- 加えて、一般的に利用される期間が短く、中止発生率も高く、重要性は認識しているものの事業採算面では厳しいものがある。そこで看取り期の利用者への訪問入浴介護の提供を評価するためにも、「看取り加算」を新設して頂きたい。

② 訪問入浴における看護処置加算の創設

- サービス対象者がほぼ重度者となる訪問入浴の現場においては、入浴前後のバイタル確認のほか褥瘡の処置など看護師によるサービスに対するニーズが高い。
- しかしながら、現行制度では入浴に同行している看護師であっても処置を行えないことが多く、限りある看護人材の有効活用の観点から、医師による訪問入浴指示書発行を前提として看護処置を行うことを認めていただきたい。
- 併せて、訪問入浴時に行う看護処置に関し、新たな加算の創設を検討いただきたい。

③ 訪問入浴における医療機関等への情報提供・連携加算の創設

- 訪問入浴介護の対象利用者は重度（難病、医療器具装着者など）の方が大半をしめているが、サービス提供時に看護師が全身の観察を行うことができる訪問入浴介護は、在宅生活を継続するのに重要な役割を担っている。
- そこで、こうした訪問入浴事業所における看護師の機能を活用する観点、および医療を要する利用者への対応を強化・推進するため、「利用者の健康状態を継続的に記録し、かかりつけ医に健康状態に関する情報を提供した場合」などにおいて、医療機関との情報提供・連携にかかる加算の創設を検討いただきたい。

3. 訪問看護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 今後、医療ニーズが増大することを踏まえ、緊急時や看取りへの対応等、適切な訪問看護のあり方についてどのように考えるか。また、訪問看護ステーションの大規模化等、訪問看護の安定的な提供体制についてどのように考えるか。

- 介護福祉士やリハ専門職等、多職種の配置を促進することで大規模化が図れ、それぞれの役割機能を強化することで緊急時や看取りへの対応にも安定的な提供体制が作れるのではないかと。
- 特定行為業務従事者である介護福祉士等を訪問看護ステーションに配置し、専門職の機能分化を図り、看護師でなければならない業務と他職種でもできる業務とを区別して、看護師が必要な業務に効率よく専念できるよう人員配置の見直しや強化をしてはどうか。
- 介護職員等の特定行為実施のための指示書は包括的指示書として医師からケアマネジャーへ、そこから各サービスへ指示書を提供することが可能であるが、医療・介護の連携や包括的支援体制の整備として訪問看護への指示書も同様にし、ケアマネジメントに基づいて実施することに統一してはどうか。
- 緊急時の対応に備えるため、ステーションもしくは看護師等の自宅からの移動距離を短縮し職住近接の環境を整えることが必要である。小学校区単位でも従たる事務所が置くことができるようにするなどサテライト等の規制を見直す必要がある。
- 認定看護師とくに「訪問看護」等、在宅医療に置いて重要な専門領域の認定を受けた者を配置評価する体制加算を創設してはどうか。
- 研修体制の強化
 - ※ 看取りを行う訪問看護師への研修をする機会を設けていくことが必要。
 - ※ 地域包括ケアを進めていくためには、コミュニティナースの育成を急ぐべきである。
 - ※ マネジメントやリーダーシップの向上が必要である。

② 理学療法士等による訪問看護について、看護の一環としてのリハビリテーションのあり方や看護職員と理学療法士等との連携のあり方についてどのように考えるか。

- 看護の一環としてのリハビリの訪問であれば、連携を取る為に定期的（例えば 3 か月に 1 度）に看護が介入することで連携の形は取れるのではないかと。
- 訪問看護から理学療法士等のみが訪問しているケースにはケアプランにて、職種毎に分けて明示することで分業を明確にしていく事が重要ではないかと。
- 「看護の一環としてのリハビリテーション」と「看護の一環ではないリハビリテーション」は、医学的に「リハビリテーション」としての具体的な違いはあるのか。医療と介護の連携と同じように看護とリハビリテーションはそれぞれの専門職として利用者の必要性に応じて個別にもしくは一体的に提供できた方が利用者の利益となるのではないかと。

いか。

- 公的サービスならば、利用者の個別性に立った対応が必要である。看護の一環としてのリハ（一物一価）という曖昧な表現のために、色々な誤解や混乱が生じている。一物二価として両者を明確に分けることによって、利用者の状況に合わせた協働作業ができるのではないだろうか？
- 介護は別として存在しているのに、リハビリはあくまで看護の一部としている状況や特定の法人にしか運営が出来ないことに整合性がないのではないか。
- 訪問看護ステーションの療法士に対して訪問リハの指示を出せる様にすれば良いのではないか。
- リハ職を管理者として訪問リハビリを単独事業所として運営することを可能にするべきである。

【関連して】

- 訪問看護ステーションの開設要件と訪問リハビリテーションの開設要件の違いについて
 - ※ 訪問看護ステーションからの PT 等の訪問が議論の俎上にあがっているが、訪問看護ステーションと訪問リハビリテーションはそもそもなぜ開設要件が異なるのか。
 - ※ いずれも医師の指示にもとづく「看護」であり「リハビリテーション」であるため訪問看護ステーションも訪問リハビリテーションも開設要件の整合は取っていくことが望ましいと考える。
 - ※ また、訪問リハができる事業所は病院、診療所、老人保健施設に限られるが、訪問看護ステーションを加えてはどうか。

③ 利用者の医療ニーズへの対応や重度化予防の観点から、訪問看護と居宅介護支援を含む他の介護保険サービスとの連携のあり方についてどのように考えるか。

- 訪問看護と居宅介護支援、その他の介護保険サービスとの連携を図る上で、「指示書の取扱い」を特定行為業務に必要な包括的指示書のように医師からケアマネジャーへ、そこから各サービスへ指示内容を提供することにし、ケアマネジメント（ケアプラン）と一体的に扱うことで一層連携が深まると考えるがいかがか
- サービス担当者会議の内容を見直す位置付けとして、共通のアセスメントツールを作り、それを使用して全サービス業者が統一した目標（できれば数値化）を持ってその効果を定期的に確認していく事が必要と考える。
- ケアプランの中の評価そのものが、曖昧でわかりにくく、真を捉えていない。ICF など、共通の評価ツールに各専門職が意見を提示して、本人家族の意向とすり合わせながらプランを立てていくことが望ましい。

(2) 上記以外の視点

① 重複日の算定

- 介護保険では特別管理加算対象者でない利用者の退所日や、短期入所療養介護サービス終了日は算定できない。ケアが必要なこともあり、算定することを検討いただきたい。

② 病院等へ情報提供した際の評価

- 利用者が入院した際に、看護サマリーを病院側に送付するが無償である。書類作成に時間を要するため、評価（加算）を検討いただきたい。より医療介護連携促進にもつながる。

③ 医療的ケア児等への対応（医療保険）

- 近年、在宅で医療的ケア児等が増えているが、保育園、児童デイ等、小学校等へ通う子も増えている。一方、それぞれの機関で看護師等を確保することは難しい現状がある。
- 訪問看護ステーションから自宅以外でも看護師や PT 等が訪問し医療的ケア児等への対応を行ってはどうか（介護老人福祉施設やグループホームなどへは条件を満たせば訪問することができる）。

④ 地域やコミュニティ重視した看護ステーション

- 地域包括ケアを進めていくためには、看護職においても地域的視座は重要となってくる。単に看護スキルを有した集団からの脱皮が必要で、いわゆるコミュニティナースの育成を急ぐべきである。
- また、機能強化型の一類型として地域活動を展開しているケースなどを加えて欲しい。

⑤ 定期巡回訪問介護看護の連携型について

- 訪問看護ステーションとして連携型の報酬が通常の訪問看護費に比べて低く設定されており、訪問看護ステーションとして定期巡回の連携型を引き受ける必要はあるのか。
- 定期巡回の普及促進に向けて、訪問看護の単位数の引き上げを求める。

(理由)

連携型事業所（訪問看護が他社事業所）において、現行の単位数（2.935 単位）では、定期巡回事業所から連携する訪問看護事業所に訪問看護サービスの複数回提供を要請することが難しく、必要な協力を得にくい場合がある。（1 回当たりの単位数が減少しすぎるため）

※ 本意見は、「定期巡回」に対して提出した意見と同一内容

4. 訪問リハビリテーションに関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 訪問リハビリテーションの効果的効率的な実施を促す観点から、訪問リハビリテーションの実施状況についてどのように考えるか。

- 「指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、別の医療機関の医師から情報提供を受けて指定訪問リハビリテーションを実施する場合は、当該情報提供を行った医療機関の医師との間で十分な連携を図るものであること。」とされているが、医師が必要性を判断しているのであれば、別の医療機関の医師から直接、訪問リハビリテーション事業所へ指示を出せるようにすることで、在宅医療におけるかかりつけ医師を中心とした一層効果的かつ効率的な提供と連携ができると考える。

② 退院後の利用者や、状態の悪化している利用者等について、必要に応じて早期に訪問リハビリテーションが導入できるようにし訪問リハビリテーションの質を担保向上する観点から、訪問リハビリテーションの実施にかかる社会参加の更なる促進についてどのように考えるか。

- 社会参加支援加算の要件 1、2 を加算Ⅰと加算Ⅱに分けてはどうか。また、通所介護事業所が社会参加を進めると「自宅」から「地域活動」へとなる。訪問リハビリテーションは、その際に「自宅」から「地域活動」への支援を強化するため加算Ⅲを新設してはどうか。

③ 医療と介護の連携を円滑にする観点から、医療保険・介護保険におけるリハビリテーションに係る計画書等のあり方についてどう考えるか。

- 医療保険と介護保険でリハビリテーション計画書などのあり方に違いはないと考える。一方、保険給付の切り替えは、状態像の変化を背景にもっており、計画書等の様式は同じであってもアセスメントによる課題分析や目標の再設定は必要と考える。
- 計画書の書式を一定にしないと連携は図りにくく、また、状態も把握しづらい。当然、使用する時期、立場によって内容は異なってくる。

(2) 上記以外の視点

① 訪問リハビリテーションの開設要件(その1)

- 訪問リハビリテーションの開設主体として、「病院、診療所、老人保健施設であって」とあるが、訪問看護ステーションについては、同様の開設要件はない。
- 訪問看護ステーションからリハビリテーション専門職が訪問をしている現状があることを踏まえれば、訪問リハビリテーション事業所についても、訪問看護事業所と同様の要件にすべきではないかと考える（「病院又は診療所以外の指定」と「みなし指定」で

区別してはどうか)。

○あるいは、現状の開設要件である「病院、診療所、老人保健施設」に、「訪問看護ステーション」を加えてはどうか。

5. 通所介護に関するご意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 通所介護について、利用者の必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るという機能を踏まえ、サービスの提供実態等の現状、改革工程表、仕事と介護の両立、通所リハビリテーションとの役割分担等の観点も含め、そのサービスのあり方をどのように考えるか。

- 通所介護は自立支援や自立支援介護を推進しているサービスである。地域の要介護者の自立支援や自立支援介護を提供する上では通所介護は重要な地域福祉拠点となり得る。
- 仕事と介護の両立を進めるために「通所介護」に安易に過剰な長時間サービス（保育との比較）の位置づけをすることは避けて頂きたい。そもそも、認可保育は「両親及び同居家族等による保育の欠如」が利用に必要な要件である。介護は、「家族介護の欠如」を必要な要件としていない。
- また、介護労働者にも仕事と介護、子育ての両立は起きることであり、その労働者を雇用する法人は、家族介護等に対して配慮する必要がある。
- 仕事をしやすくするために介護サービスを使いやすくするというのは介護労働者が十二分にいてこそ成り立つものである。
- 夜間帯（夕方以降）の介護サービスは、デイサービスとショートステイを同一日で併用するや、ショートステイの定員要件を緩和し日中一時利用を進めることで十分対応できることも考えられるのではないかな。
- 通所リハビリテーションの社会参加支援加算の支援先としてデイサービスが多いことからわかるように、一方で通所介護が重度者、認知症者、自立支援の対応をする上では、今後は3時間未満の短時間も報酬算定として想定し、通所リハ→通所介護→地域支援へ移行させていく必要があるのではないかな。
- 通所介護サービスの機能を①心身の機能維持、向上②認知症対応型③レスパイト型と分類・役割を明確にして評価してみてもどうか。
- 通所リハとの役割分担については、通所リハは「機能回復」、通所介護は「生活機能の維持、向上」としてはどうか。

② 特に、利用者の心身の機能の維持が求められるサービスであることを踏まえ、通所介護における機能訓練のあり方についてどのように考えるか。

- 個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱの目的と役割を明らかにし分担する。例えば、Ⅰは「心身の機能維持」、Ⅱは「活動の維持・向上」、Ⅲ（新設）は「参加の実現」。
- さらに、リハビリテーション専門職の配置を体制加算もしくは実施加算要件で設けるなど手厚くしてはどうか。また、通所介護の機能として自立支援及び自立支援介護を基

本としてはどうか。

- （小規模の通所介護事業所の）自立支援介護の推進策として、リハ専門職の直接雇用・配置が困難な現状に鑑み、介護職とリハ専門職（外付けの機能として）との連携を評価してはどうか。

（２）上記以外の視点

① 個別機能訓練加算の実施要件、人員要件について

- 加算算定のためには居宅での生活状況を 3 か月ごとに行い状況把握する必要がある。
居宅での生活状況を把握することは必要であるが、実施側の業務負担も多いため、維持期の利用者においては 3 ヶ月ではなく、計画期間を 6 ヶ月程度とし、計画期間中の居宅訪問頻度を加減してはどうか。
- 個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱを併算定する場合、機能訓練指導員がそれぞれ必要であるが、「Ⅰ」は直接実施ではないため、「Ⅱ」の配置時間を明らかにし「Ⅰ」の指導管理ができる時間を設けることで機能訓練指導員の兼務を可能とする人員配置の緩和をしてはどうか。

② 個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱにおける居宅への訪問について

- 通所介護の基本は通所施設での介護の実施であり、自宅への訪問については人員配置上も負担の大きい業務である。また、個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱでは計画期間中の訪問が加算要件とされているが、入院等やむを得ず訪問できない場合等がある。
- そのため、これらの訪問業務を個別機能訓練加算と切り離し、新たに「訪問指導加算」とし、自宅での担当者会議、アセスメントのための訪問、モニタリング訪問を実施した際の加算を創設することとしてはどうか。

③ 看護職員の配置要件について

- 「密接かつ適切な連携を図る」とは、具体的にどのような条件を整えればいいのか、各指定権者で異なる見解も示されており、省令として明らかにして頂きたい。

④ 入浴介助加算要件について

- 現在、入浴介助加算の算定は「浴槽での入浴」もしくは「シャワー浴」であれば算定可とされている。今後、重度者や医療ニーズの高い方への対応をしていく上で、特殊浴槽による対応や特殊介護機器の使用による入浴介助が増えてくるため「特殊浴槽介助加算」を創設してはどうか。
- また、ナノミストバス等、最新の入浴介護機器による「身体への負担の少ない」新たな入浴方法が出てきているが、指定権者によっては入浴介助の算定対象とみなさないとするところもある。取り扱いを明らかにする必要があると考える。

⑤ 認知症加算、中重度ケア体制加算、医療対応等について

- 認知症加算について、認知症介護実践者研修の受講者枠が狭く研修の機会を増やしていただきたい。
- 医療ニーズへの対応、特定行為業務を実施している場合の評価（加算）を創設してはどうか。
- 認知症加算、中重度ケア体制加算は、前年度の利用者実績が必要となるが、常勤換算 2 名以上を配置している事業所は前年度の実績を問わず、体制を評価する「加配体制加算」を創設してはどうか。

⑥ 緊急時受入加算（新設）

- 通所介護において利用者が利用予定日ではない日に、「医師」もしくは「ケアマネジャー」の判断により緊急とされた際に通所介護において受け入れを行った場合を評価する「緊急時受入加算」の創設をしてはどうか。

⑦ 通所介護費の基本報酬に含まれている送迎の扱いについて

- 基本報酬に送迎サービスが含まれている一方で、送迎に要する時間がサービス提供時間に含まれないというのはどういう考え方からか。
- 送迎が介護サービスではないのであれば、基本報酬に含まれるのはいかがなものか。
- 送迎が介護サービスであるのであれば、サービス提供時間に含まれないのはいかなるものか。

⑧ 社会福祉士を 1 名以上配置している場合の加算（新設）

- 生活相談員の任用要件（介護福祉士や介護支援専門員等）が緩和されつつある中、地域との連携はますます重要になり多様なニーズに対応するソーシャルワークの必要性は高まっていく。そのため、管理者もしくは生活相談員の人員配置に社会福祉士を置いた場合は体制を評価してはどうか。

⑨ 地域連携加算（新設）

- 運営基準に「地域との連携」が平成 27 年度より追記されたが、追記に際して基本報酬の加給や加算がなされていない。地域との連携を進めていくにあたって生活相談員として社会福祉士等を配置して「地域との連携」を行っている場合は評価してはどうか。

⑩ 中重度ケア体制加算、認知症加算

- 前年度の利用者実績にもとづく要件を段階的にしてはどうか。例えば、中重度ケア体制加算の場合、要介護 3 以上を 30%以上から 10%以上、20%以上、30%以上と 3 段階で設定など。

- 事業所は設備の見直しや職員体制を段階的に整えていくことができる。
- 要介護 3 以上の割合に関して、改善することにより加算の算定ができなくなる場合があり、改善へのインセンティブの考え方に逆行しているため見直しが必要ではないか。

⑪ 栄養改善加算の利用者要件、人員要件の見直し

- 利用者要件であるイからホのいずれかであるかどうかをケアマネジメントにおける必須の情報提供として頂きたい。
- また、管理栄養士 1 名以上とあるが、栄養士による評価も役割を担えと考える。

⑫ 口腔機能向上加算の利用者要件

- 利用者要件であるイからハのいずれかであるかどうかをケアマネジメントにおける必須の情報提供として頂きたい。

⑬ 利用者への間接的援助業務について（新設）

- 介護給付費の見直しが進んでいく中で、通所介護運営に関する書類の管理はより複雑になって行っており、労働環境を悪化させつ原因の一つともなっている。今後書類関係にも視点を置き、サービスの質の向上、労働環境の改善を踏まえて見直しを進めて行ってほしい。ICT を導入したところで指導監査時の記録確認事項が細かければ帳票の多さはあまり変わらない。指導監査時の根拠書類の提示と確認する記載事項の緩和が必要である。
- また、利用者管理、連絡調整、計画作成やサービス担当者会議への参加、利用者への間接的援助等の運営管理について、利用がなくとも援助や業務は発生しており、利用時間による報酬算定とは別に評価（加算）頂きたい。

⑭ 送迎時の介助の対応について

- デイサービス事業所で、送迎時の介助加算要件を満たす介助を行うと送迎に関する時間や体制確保が困難であり、訪問介護による送り出し準備をお願いした方が、利用者にとって落ち着いてケアを受けることができる。見直しが必要ではないか。

⑮ サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱ

- サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱは併算定できないことになっているが、Ⅰは介護福祉士の配置による介護職員の体制を評価するものであり、Ⅱは直接従事者（生活相談員、看護師、機能訓練指導員も含めた）勤続年数の定着状況を評価するもので、それぞれ評価するものが異なる。
 - ※ ⅠとⅡを併算定できるようにしてはどうか。
 - ※ Ⅱは現在の 3 年以上の 30% よりも長い年数や高い割合を設け手厚くしてはどうか。

※ 認知症ケアの充実を図る上で、介護職員のうち「認知症介護に係る研修」修了者の配置を評価するために認知症介護体制加算を創設してはどうか。

※ 質を評価していくために認定介護福祉士を介護職員として配置を評価するために体制加算を創設してはどうか。

⑯ 基本的な報酬について

○介護保険が開始された平成 12 年から何らかの形で（加算の基本報酬への包括化等）サービスの基本報酬は下げられ続けています。

○しかし、最低賃金は約 3 割上がっています。消費税は 8%、各種社会保険料も負担増になり労働者の生活状況は処遇改善加算では追いつかないのが現状である。最低賃金の引き上げ額、消費税や社会保険料等の課税額に相当する基本報酬の引き上げは、介護保険事業等の人件費割合を設定する上では反映すべき事項である。

⑰ 処遇改善加算の対象者について

○障害福祉サービスは福祉従事者（生活支援員や指導員）であり、介護保険サービスは介護従事者（介護職員）に限定されているため、今後の共生型を進めていくためには介護保険の処遇改善加算の対象を拡大する必要がある。

⑱ 管理者要件の緩和【療養通所介護】

○医療的ケア児の受け入れを療養通所介護は対応できるが、管理者要件が看護師（訪問看護経験者）に限られているために普及が進んでいない。そのため、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、理学療法士等の経験のある国家資格者に要件緩和を検討頂きたい。

6. 通所リハビリテーションに関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション専門職の配置の促進、短時間サービスの提供の充実、8時間以上の長時間のサービス提供の位置づけについてどのように考えるか。

○通所リハビリテーションは医師のいる医療機関において提供される医療系サービスとしての位置づけである。そのため、医療機関からの退院直後に短期集中で機能改善を図り、在宅生活に復帰させることをサービスの役割としてはどうか。また、在宅復帰後の地域における生活支援は、地域に点在する通所介護事業所が担う形がよいと考える。こうした役割分担を行うことで、経済的にも機能的にも効率的ではないか。

○通所リハビリテーションは「日常の世話」をするサービスではないため（過度な入浴やレクリエーションは必要ない）、リハビリテーションに要する時間を上回る長時間サービスの位置づけについては、見直しを行う必要がある。

② 退院後の利用者や、状態の悪化している利用者等について、必要に応じて早期に通所リハビリテーションが導入できるようにしていくことが重要と考えられるが、どのような方策が考えられるか。

○退院直後から介護保険サービスを利用する場合、（個別機能訓練を算定する通所介護を利用する場合を除き）通所リハビリテーションにおける算定日数を定めるなど、短期集中的に支援を行うようにしてはどうか。

③ 現在、外来で医療保険のリハビリテーションを受けている患者が、円滑に介護保険の通所リハビリテーションへ移行できるようにするために必要な対応について、どのように考えるか。

○通所リハビリテーションの社会参加支援加算の移行先でもデイサービスが多いように、外来で医療保険のリハビリテーションを受けている患者は、介護保険の通所リハビリテーションへの中間的な（一時的な）移行ではなく、直接、通所介護等への社会参加支援につなげていくことも検討が必要ではないだろうか。

④ 通所リハビリテーションの実施にかかる医師の関与の更なる促進についてどのように考えるか。

○通所リハビリテーションは、運営基準において、「医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立支援に資するよう、妥当適切に行う。」との定めがあり、他のサービスと比較し、医師の関与はすでに十分ではないか。

○また、訪問看護と同様に、通所リハビリテーションは医師の指示に基づき提供するとし、

設置者以外のかかりつけ医師からも直接指示を受けサービス提供ができるようにしてはどうか。

⑤ 通所リハビリテーションの質を担保向上する観点から、通所リハビリテーションの実施における生活行為の向上、社会参加の促進等についてどのように考えるか。

○通所リハビリテーションは、「利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するようにする」サービスであり、今後も「心身機能の維持回復」に特化した役割を担い、生活行為や社会参加などは利用者の生活圏域にある自立支援や支援介護を実践する通所介護の役割にしてはどうか。

⑥ 医療と介護の連携を円滑にする観点から、医療保険・介護保険におけるリハビリテーションにかかる計画書等のあり方についてどう考えるか。また、有効性の高いリハビリテーションの実施に資するため、計画書等のデータを収集、分析し、分析結果を事業所へフィードバックするシステムについて、どのように考えるか。

○医療保険と介護保険でリハビリテーション計画書などの在り方の違いはないと考える。一方、保険給付の切り替えは、状態像の変化を背景にもっており計画書等の様式は同じであってもアセスメントによる課題分析や目標の再設定は必要と考える。

(2) 上記以外の視点

① リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し

○ケアマネジメントのプロセスと重複しており、他サービス事業者の参加に向けた調整が困難である。情報提供加算や指導加算の形で「担当学会議の場での支援をする」としていただいた方が、他サービスとの連携やケアマネジメント上、有効であると考ええる。

② 管理者代行が可能な対象資格の拡充

○「指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。」とあるが、ここにリハビリテーション専門職である言語聴覚士を加えてはどうか。

○また、より踏み込み、「必要な管理の代行をさせることができる」との文言を削除し、「指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者とする」としてはどうか。

7. 短期入所生活介護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 短期入所生活介護は、介護老人福祉施設等の併設事業所が多いこと等を踏まえ、そのサービスの在り方について、どのように考えるか。

- 介護老人福祉施設の空床利用型や併設型の整備が先行していたため、現状、数が多いのは致し方ない面がある。
- 夜間時間帯等に家族介護が困難なケースが今後増えてくると予想されることから、短期入所生活介護を夕方から深夜まで利用できるようにしたり、通所介護事業所の利用後に短期入所施設へ送迎し、夜間宿泊後、明朝は通所介護事業所へ行くなどといったサービスの弾力的な提供を可能にする必要があるのではないか。
- また、短期入所生活介護（併設型、単独型）と小規模多機能型居宅介護が連携し、短期入所が小規模多機能型居宅介護の泊り機能を提供するといった「連携型」のサービス提供を可能としてはどうか。
- 現状、短期入所生活介護を1ヶ月以上にわたって利用するような、ロング利用が少ないが、その必要性を鑑みた、その後のケアプランの適正化が望まれる。

(2) 上記以外の視点

① 緊急受入増加に伴う報酬評価

- 高齢者世帯の増加に伴い、高齢介護者の急病等に伴う、緊急の受入れ要請が年々増加している。特に日中ではなく、人員が手薄になる夕方以降に受入れ要請が入ることが多く、急な残業等で対応している現状がある。
- 現行の緊急短期入所受入加算では、受入れを行えば行うほど経営が赤字になってしまいうことから、報酬の上乗せを検討いただきたい。

② 看護体制加算の算定要件の緩和

- 看護体制加算Ⅰについて、看護職員の確保が困難な現状を踏まえ、常勤の看護職員については、同一敷地内の他サービス（例えば、通所介護の看護職員の専従要件も緩和し）との兼務を認める等の基準緩和が望まれる。
- また、同加算Ⅱについて、看護職員を24時間体制で確保することは現行報酬では困難であることから要件の緩和を検討いただきたい。

③ 退所時情報提供の報酬上の評価

- 退所後に病院や施設へ入院・入所する場合において、事前に看護職員等が入院・入所先の看護師と調整し、文書で必要な情報を提供した場合において、情報提供・連携にかかる負荷を報酬上評価していただきたい。

④ 個別機能訓練加算の算定要件の緩和

- 短期入所生活介護において、個別機能訓練加算の算定基準（4）にある「機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後三月ごとに一回以上～」という要件は、現状の短期入所生活介護の利用の仕方を踏まえれば、満たすことが大変難しい。
- 個別機能訓練については、計画と実施に限定する。もしくは、体制加算を手厚くすることで機能低下を防ぐようにしてはどうか。

⑤ 常勤・専従の機能訓練指導員を1名以上配置している場合の報酬上の評価

- 常勤・専従の機能訓練指導員を配置した場合において、報酬を手厚く評価して頂きたい。
- また、1ヶ月を通じた常勤・専従であれば、専従でない日がある場合でも加算を算定できるように事業所の体制として評価してはどうか。
- 加えて、当該専従の機能訓練指導員が、個別機能訓練加算の機能訓練指導員を兼ねることができるようにしてはどうか。

⑥ サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱの同時算定が可能となるような制度変更

- サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱは併算定できないことになっているが、Ⅰは介護福祉士の配置による介護職員の体制を評価するものであり、Ⅱは直接従事者（生活相談員、看護師、機能訓練指導員も含めた）の定着状況を評価するものあることから、それぞれ評価しているポイントが異なっている。
- 一層のサービスの質の向上を図るために、両加算を併算定できるようにしてはどうか。また、加算Ⅱについては、現在の勤続3年以上の職員比率30%という基準よりも、長い年数や高い割合を設けた上で、加算額を手厚く設定してはどうか。

⑦ 認知症介護体制加算（新設）

- 認知症ケアの充実を図るため、介護職員のうち「認知症介護に係る研修」修了者の配置を報酬上評価してはどうか。

⑧ 医師の配置について

- 医師の配置については、施設への「勤務」ではなく、在宅診療所などとの医療連携を図ることで要件を満たすとしてはどうか。

⑨ 認定介護福祉士を1名以上配置している場合の加算（新設）

- サービスの質の向上に向けて、介護職員として認定介護福祉士を配置した場合に報酬上評価してはどうか。

⑩ その他（行政の独自指導の是正）

○厚労省設備基準ではユニット型を算定できるにもかかわらず、都道府県によっては、下記の例のように従来型の算定しか認めないような指導を行っている事例がある。設備基準等の見解を統一いただきたい。

【例 1】居室に関する設備基準

- ・厚労省基準：共同生活室に近接して一体的に設ける。
- ・都道府県基準：共同生活室に面して一体的に設ける。
（廊下に面して居室を設けるのは不可）

【例 2】浴室に関する設備基準

- ・厚労省基準：居室のある階ごとに設けることが望ましい。
- ・都道府県基準：浴室は各フロアに設置（1階だけでは不可）。

8. 特定施設入居者生活介護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

- ① 特定施設入居者生活介護は、幅広い状態の入居者を受け入れられる住まいサービスであり、要支援から中重度者の要介護者や、医療ニーズがある方、看取り対応が必要な方まで様々な状態の利用者を受け入れている実態を踏まえ、特定施設入居者生活介護における介護報酬上の評価のあり方についてどのように考えるか。

○中重度もしくは医療依存度が高い入居者について、中重度加算もしくは医療管理加算などの加算を設けても良いのではないか。

○看取り介護業務にかかる職員の業務負担（看取り介護業務そのものだけでなく、提携医療機関や家族との連絡調整、記録、研修等）について、現行の報酬（月額約7万円）では人件費をカバーできないため、さらなる報酬上の評価が望まれる。

○また、平均介護度、重度化に応じた介護または看護職員の配置増数などの条件を満たすことを前提として、中重度ケア体制を評価していただきたい。特に退去後、30日以上経ってから他界された場合は看取り加算の算定ができないため、終末期の中重度者への対応が現状十分ではない。中重度者は入退院を繰り返すことも多く、入院期間中は、報酬上の評価もないため、中重度ケア体制として報酬上で評価していただきたい。

- ② 特定施設入居者生活介護における短期利用（ショートステイ）について、有効なサービス利用を図るために、「短期利用の入居者の数は、特定施設入居者生活介護の入居定員の10%以下」としている要件のあり方について、どのように考えるか。

○ショートステイのサービス量が少ない地域においては、自治体の判断により10%を20%まで引き上げるなどの特別な措置があっても良いのではないか。

(2) 上記以外の視点

① 施設類型の再整理

○サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム（住宅型、介護付）など、利用者（消費者）からみた場合、サービスの違いが理解しづらいため、施設類型を整理あるいは集約する取組みが必要である。

② 入院時の対応体制

○有料老人ホームでは、入院期間中も（家族が頻繁に病院へ行けない場合などにおいて）職員が状態の把握やMSWとの調整を行っている。入院先の病院によっては、入院者が落ち着かない状態の時に対応を求められる。こうした入院期間中の入居者への対応、連携に対し、報酬上の評価を検討してほしい。

9. 福祉用具貸与・販売、住宅改修に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 適切な貸与価格を確保していくため、商品ごとに、貸与価格の上限設定（全国平均貸与価格＋1標準偏差）等を行うこととしているが、その運用に当たって、どのような点に留意していくべきと考えるか。

- 貸与価格の上限が設定する場合、少なくとも保険給付でカバーする価格設定に加え、自費を上乗せして利用できるような仕組みが必要である
- 適正な価格設定の参考とするため、平均価格等の価格データを活用可能（貸与事業者が使用する業務システムで取り込み可能）なフォーマットで提供して欲しい。また、現状、同一のTAISコードで複数のバリエーションが登録されている事例があり、商品ごとの全国平均貸与価格等が適正に算出されない事が想定される点を留意いただきたい。
- そもそも今回の改正は「外れ値」に対する施策と理解しているが、「価格優先（安売り）」で「説明しない」「知識がない」「納品しっぱなし（点検モニタリングもしない）」の事業者も少なくない。
- また、地域によっても価格差はあるため、貸与価格の上限設定（全国平均貸与価格＋1標準偏差）が本当に適切な貸与価格の設定につながるのか疑問である。平均価格より高い時点で、技術のある事業者まで「外れ値」扱いになってしまう懸念がある。価格だけでなく、技術面で「適切な事業所」か否かを評価する基準も必要ではないか。

② 利用者が適切に福祉用具を選択していくため、福祉用具専門相談員が機能等の異なる複数の商品を提示することや、福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付することとしているが、その運用に当たって、どのような点に留意していくべきと考えるか。

- 福祉用具の適正な貸与をおこなうには、生活機能、ADLやIADLの適切な分析が必要である。そこで、福祉用具貸与・販売事業所におけるリハビリテーション専門職の配置やリハビリテーション専門職との連携を進めてはどうか。
- 「機能等の異なる複数の商品を提示する」の具体的な運用事例を示す必要がある。
- 「機能等の異なる複数の商品を提示する」ということが、「価格の違う複数の商品の提示」と誤った解釈がなされ、利用者の状態により適した福祉用具が選択されない（安価な商品に偏ってしまう）という事態が生じることを回避するような仕組みが必要である。
- 福祉用具の選定は、医師による「処方」と同じ重さを持つと考えられる。福祉用具の選定ミスは二次障害や命に係わる事もあるため、「機能等の異なる複数の商品」を提示する際に、各商品の「メリット・デメリット」を適切に説明できるよう、福祉用具専門相談員の知識や技術の向上が求められる。
- なお、退院時に担当のリハビリテーション専門職から機種指定がありケースもあるが、そうした場合における運用上のルールについても設定をいただきたい。

(2) 上記以外の視点

① 住宅改修の承認期間の短縮

○在宅生活で住宅改修が必要と判断されてから、申請書類の承認まで時間が掛かり（最長 2 週間程度）、在宅での安全性の確保に支障が生じている。そのため、承認期間の短縮を検討いただきたい。

② 住宅改修の見積り取得ルールの緩和

○複数の住宅改修業者の見積り取得が求められているが、時間を要し、利用者の安全確保に問題が生じるケースもある。当該ルールについて緩和を検討いただきたい。

③ モニタリング訪問等にかかるコストに対応した報酬構造の検討

○福祉用具貸与の貸与価格について、商品ごとに上限値を設定することが検討されているが、議論においては、機器のメンテナンスや保守に要する手間、コストなどが考慮されていない。

○上限値の設定に関する議論だけでなく、メンテナンスや保守、モニタリング訪問に対するコストをカバーするような報酬構造となるよう検討をいただきたい。

④ 福祉用具専門相談員の上位資格やリハビリテーション専門職の配置や同専門職との連携による福祉用具相談加算の創設

○福祉用具の価格を議論するだけでなく、福祉用具選定における質の評価のため、福祉用具専門相談員の上位資格者やリハビリテーション専門職など、一定の有資格者の配置や同専門職との連携による相談支援やモニタリングに対して福祉用具相談加算を新設してはどうか。

⑤ 5桁-6桁（半角英数字）コードの取得利用料の慎重な検討

○TAIS コードとは異なる、5桁-6桁（半角英数字）コードに統一することが決定したが、そのコード取得利用料等を有料にすると、そのコストをメーカーは商品価格に上乗せせざるをえなくなり、結果、利用者の不利益につながってしまう。そのため、コード取得利用料等の設定については、慎重な検討をお願いしたい。

⑥ 「体位変換器」の介護保険での取扱いに関する全国統一ルールの策定

○褥瘡予防などに効果的なウレタンパッド（三角）が一部の自治体で介護保険適用とならないケースがある。容易に体位変換をするために必要な福祉用具であり、全国統一の適用基準を設定していただきたい。

⑦ 「介護保険における福祉用具の選定の判断基準」の更新・改定と運用の徹底

○福祉用具貸与事業所が商品選定を行う際のガイドラインとして設定された同基準につ

いて、2007年に改定された後、更新がなされていない。

○近年、適切な福祉用具の利用により QOL の改善を目指す動きが活発となる中、内容の改定及び運用の徹底を図るべきである。

⑧ 福祉用具貸与事業所における基本業務の遂行にかかる姿勢の是正

○福祉用具貸与事業所はその基本方針として「利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等」を行うとされているが、仕入先にこうした役割を代行させる事業者が見受けられる。

○結果、福祉用具の活用により「日常生活の便宜を図ること」「機能訓練に資すること」「介護者の負担軽減」といった、福祉用具貸与事業所の本来機能が十分に提供されず、質の低下につながる可能性がある。改めて福祉用具貸与事業所の基本業務の徹底を指導していただきたい。

10. 居宅介護支援に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進する観点から、居宅介護支援事業所の管理者のあり方についてどのように考えるか。

- 管理者は事業所の運営管理が主たる業務であるため、管理者養成研修が必要と考える。
また、主任ケアマネジャーを管理者要件にという声があるようだが、現状の研修内容が管理者を養成するものとなっていない。チームを束ねるためのマネジメントスキルに関するレクチャーはほとんどない。
- 主任ケアマネジャーを管理者要件とするのであれば、すくなくとも研修時間の半分はマネジメントや他サービスの基準理解、専門職をコーディネートするスキルの習得に充てる必要がある。

② 公正中立なケアマネジメントを確保する観点から、特定事業所集中減算のあり方や利用者やその家族に対する説明同意プロセス等についてどう考えるか。

- 「集中減算」の廃止を要望する。
- 「質の高い」判断要件の明確化する必要がある
- 利用者の選択や自立支援に資する質の高い事業所を提案した結果、集中することが現状あり得る。利用者の選択を阻害する現状がある。
- 「質が高い」ことに該当する要件が煩雑すぎる(例:地域ケア会議の意見をもらうため、毎月サービスに変更なくとも利用者の選択した理由書とケアプラン等の書類を地域ケア会議に提出する等)。
- 不当な抱え込みを防止する目的であれば、集中しているか否かに関係なく、ケアプランに位置づける際に利用者がサービス事業所を選択できること、納得して利用する旨の証明があれば、十分ではないか。
- 数が集中していることをもって減算で公正中立を担保するのではなく、重要なのは、利用者が「事業者は選べる」ことを理解していること、納得して「選定した」事実が大切である。初回ケアプランの同意とともに、「選べること」の説明を受け納得して選んだ旨のサインを得ることで担保できるのではないか
- 訪問介護の特定事業所が、「サービスの質が高い」ことの正当な理由にならないのは、おかしい。公正中立的な立場で業務を遂行すれば、本来、担当利用者には自立支援に資する質の高い事業所を提案するはずである。そのため特定の事業所に集中することがあって然るべきであり、減算の在り方に疑問である。
- また、特定の事業所に不当に偏ってはならない点で「不当である」「不当ではない」とはなにかを具体的にする必要があるのでないか。併せて、「サービスの質が高い」と判断する指標を具体的にする必要があるのでないか。その上で、サービスの質が低いにもかかわらず、短絡的に自法人へ利用者を誘導するような事業者に対しては、減算等

の措置を行うべきではないか。

○なお、仮に平成 30 年度以降も特定事業所集中減算を残すのであれば、通所介護、訪問介護と比べて圧倒的に数が少ない短期入所生活介護、訪問入浴などのサービスについては、対象から除外いただきたい。

③ 退院後に円滑に必要な居宅サービスを受けられるようにするために、入院時を含めた医療機関と居宅介護支援事業所との更なる連携に向けた取組みについてどう考えるか。

○退院・退所加算は、入院期間中 3 回まで算定できるが、3 回を算定することができるのは、その内 1 回について診療報酬「退院時共同指導料 2 の注 3」の対象となる会議に参加し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付する必要がある。これは実務上、取得ハードルが高く、3 回算定している事業所はほとんどないため要件緩和を検討いただきたい。

○利用者の入院が長期化し、最終的に死亡あるいは施設入所となった場合、そこに至るまでの支援はケアマネジャーとして続けているが、入院中は医療保険適用なので、居宅介護支援の報酬はなく、また、退院できずに終結となるので退院加算の取得もできない。こうした現状に対し、入院時の支援に対する報酬上の評価を検討いただきたい。

○入退院時における介護・医療連携の重要性を示されているが、多科受診している利用者については、医師同士の連携も重要となる。特に、退院後に関わる医師が複数いる場合、全員がカンファレンスに参加することが必要であり、医師等の参加を推進するためにも参加した場合の加算を検討してはどうか。

○退院時の対応を強化するため、40 歳以上かつ特定疾患のある方が医療機関を退院する場合に、居宅介護支援事業所のケアマネジャーによる面談を行うことを医療機関側に義務付けてはどうか。

○退院前カンファレンスに 2~3 ヶ月前から関わっていても、実績管理が発生した月と同月でないと加算算定ができない。同様に、退院前から住環境評価を行ったり、カンファレンスに複数回参加しても、退院に至らなければ報酬につながらない状況がある。こうした、現行の報酬体系では評価されないものの、必要な業務について何らかの報酬上の評価を検討いただきたい。

④ 末期の悪性腫瘍の患者に係るケアマネジメントについてどう考えるか。

○末期の悪性腫瘍の患者の場合、頻回に訪問やサービス調整の必要があり、大きな作業負荷が発生している。こうした負荷に対応する形で、他サービスのような「看取り加算」を新設してはどうか。

○看取り期であるがゆえに、訪問看護も医療保険での提供に切り替わり、実績管理が発生しないケースが多い。また、介護認定を受ける期間と疾患の進行スピードが合わず、福祉用具なども自費で提供されているケースが多い。

○さらに、退院前にカンファレンスに参加しても実績管理が発生せず、ケアマネジャーも含めて多くの介護事業所が「ただ働き」になっている状況が散見される。看取り期であってもケアマネジャーの伴走は不可欠であり、直接サービスに結びついていないケースにおいても、何らかの形で報酬上評価を頂きたい。

(2) 上記以外の視点

① 医療保険と介護保険の単位数差の是正

○入退院に係る加算が、対応を共同で行っているにも関わらず、下記のように介護と医療との間で大きな差がある。介護と医療との間の加算算定にかかる格差を是正いただきたい。

※ (介護) 入院時情報提供加算：300 単位。1 月に 1 回

※ 退院退所加算：300 単位。入院期間中 3 回まで (3 回算定には要件あり)

※ 初回加算(300 単位)と同時取得不可

※ 病院) 退院支援加算：190 点～2,000 点

※ 薬局) 退院時共同指導料：600 点

② 障害福祉サービスとの併用利用者への支援に対する加算の新設

○医療依存度が高い重度の方については、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用が避けられない。そのため、協働で作成した計画書に基づきチームが連携して支援を行うことが理想である。

○しかしながら、相談支援事業所と居宅介護支援事業所の両立運営はハードルが高く、また一人の利用者に対し、相談支援専門員とケアマネジャーの両輪ではなかなか連携は難しい。両サービスを併用している利用者支援については、いずれか一方が担当し、支援に見合った新たな加算を設けるなどの措置ができないか。

③ 障害福祉サービスの相談支援事業との指定基準の整合性確保

○居宅介護支援事業所と相談支援事業所との指定基準の整合を図り、一体的に事業運営ができるような制度設計を進めていただきたい。

④ 予防マネジメントについて

○地域包括支援センターにおける社会福祉士、精神保健福祉士の配置を積極的に進め、介護支援専門員は介護予防マネジメントに専念できるようにしてはどうか。

⑤ 特定事業所Ⅰの重度者割合の判定期間について

○要介護 3～4 の中重度者割合 40%以上が要件となっている。

○割合を満たすか否かの判定期間を毎月ではなく 6 ヶ月スパンで判定することを要望し

ます（前 6 ヶ月の実績平均により次の 6 ヶ月の算定を可否とする。）

11. 共生型サービス（通所系）に関する意見

（１）給付費分科会で提示された論点

- ① 介護保険障害福祉の相互に共通するサービスを行う場合には、Ⅰ 指定障害福祉事業所が、介護保険サービスの基準を満たす場合（※現在も事実上の共生型サービスとして運営可能）、Ⅱ 指定障害福祉事業所が、介護保険サービスの基準を満たせない場合がある。

このうちⅡについて、

（１）障害者が 65 歳以上になっても、従来から障害福祉で受けてきたサービスを継続して受けやすくする、（２）地域の実情に合わせて（特に中山間地域など）、限られた福祉人材をうまく活用する、という共生型サービスの創設の趣旨や、（３）介護保険と障害福祉の両制度の基準や高齢者と障害児者の支援内容の違いを踏まえ、サービスの質の確保に十分留意をして検討する必要があるのではないか。

- 介護保険サービスおよび障害福祉サービスの「訪問介護」と「居宅介護」、「通所介護」と「生活介護」、「居宅介護支援」と「相談支援」といった類似のサービスについては、サービス名称、基準及び報酬名目の整合を可能な限りとして頂きたい。
- 人員配置基準、平均障害区分による配置数ではなく、定員に応じた人員基準とし、重度対応は「中重度ケア体制加算」のような加算で対応頂きたい。
- 設備基準、それぞれ専用の設備ではなく、共有を可とするようにして頂きたい。
- また、質の確保に向けて、有資格者や講習修了者の配置など人員配置による体制加算要件の共通化が必要ではないか。

② 相談支援専門員とケアマネジャーの連携に向けた取組についてどう考えるか。

- 相談支援専門員とケアマネジャーはそれぞれ異なる研修カリキュラムのため、今後に向けて共通基盤の課程を設ける必要がある。
- 特に、医療依存度が高い重度な方については、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用もあり、一本化された居宅サービス計画書に基づきチームケアを進めていく必要がある。そのためには居宅介護支援事業所のケアマネジャーが相談支援事業所の相談専門員と兼務し、一人の利用者にあたることができるとよい。帳票類については、介護保険、障害福祉サービスいずれかの居宅サービス計画でよいとして頂きたい。また、その際は、ケアプラン料、利用支援費の併算定を可能として頂きたい。
- 居宅介護支援事業所が、相談支援事業所の指定を受ける場合、ケアマネジャーと相談支援専門員を兼務する者は、担当件数について介護保険と相談支援をそれぞれ別に数えて頂きたい。
- 相談支援事業所が居宅介護支援事業所の指定を取る場合（もしくは逆）は、設備基準を共有可として頂きたい。

(2) 上記以外の視点

① 処遇改善加算の対象の障害福祉サービス従事者への拡大

○障害福祉サービスは福祉従事者（生活支援員や指導員）であり、介護保険サービスは介護従事者（介護職員）に限定されているため、介護保険の処遇改善加算の対象を拡大する必要がある。

② 給付管理について

○介護保険同様、国保連で一本化して頂きたい。

③ 【就労継続支援 A 型】基本報酬について

○就労継続支援 A 型は基本サービスを「施設外就労」としてはどうか。また、施設外就労の受入施設（企業）においては障害者雇用率に積算することはできないか。それにより、企業の障害者就労の理解が進み、直接雇用につながっていくと考えられる。さらに、工賃の向上につながるのではないか。

④ 【就労移行支援、就労継続支援 A 型、B 型】福祉専門職員配置等加算

○障害者就労の支援は今後重要になる一方、専門職配置が低く評価されている。手厚くしてはどうか。

⑤ 【就労移行支援、就労継続支援 A 型、B 型】医療専門職員配置等加算（新設）

○障害の種類、程度も多様となり特に精神、発達障害については増加傾向にある。医療職の介入や支援を手厚くしていく必要があるが、そのために医療専門職配置を行った際には評価頂きたい。

⑥ 【保育所等訪問支援】訪問支援先の拡大

○保育所等訪問支援の保育所等の等を明確にして頂きたい。放課後等児童健全事業（いわゆる学童）については自治体で認める、認めないがある。等の部分を例えば、保育園、幼稚園、放課後等児童健全事業所（いわゆる学童）、小学校、中学校、高校、特別支援学校は基本対象先として明らかに示してはどうか。

⑦ 【生活介護】人員基準について

○利用者の平均障害区分に応じた人員配置基準となっているが、共生型サービスの創設に向けては介護保険（通所介護）の人員配置基準との整合性が必要となる。介護保険と同様に前年度の利用実績と当年度の加配に基づいて加算する形式としてはどうか。

⑧ 【自立訓練（機能訓練）】リハビリテーション加算（20 単位）について

- 専門職を配置してのリハビリテーションを実施した際に算定できる報酬が、配置する専門職の人件費に比べ、低いため手厚くして頂きたい。例えば、児童発達支援、放課後等デイサービスの特別支援加算と比べても低い。

⑨ 【児童発達支援、放課後等デイサービス】特別支援加算（25 単位）について

- 機能訓練指導員として専門職を配置して特別支援を実施した際に算定できる報酬が、配置する専門職の人件費に比べ、低いため手厚くして頂きたい。

⑩ 指定について

- 2 種類以上の指定を受けるというのは事業所側も指定状況を管理するのは大変複雑である。介護保険、障害福祉のいずれかの指定を受けた場合、いずれかの指定権者への体制届で「高齢者介護」「障害者」「障害児」の受け入れを体制届として提出することとしてはどうか。また、指導監査も、介護保険・障害福祉それぞれから訪問されても負担のため、行政の指導監査も統合し窓口を一本化して頂きたい。
- 各加算の要件などは整合が取れ、混乱しない「加算項目名」「加算要件」「報酬単価」として頂きたい。
- サービスによって同一もしくは類似の加算であっても表記や要件、単価が大きく異なっている。
- 共生型サービス含め、人員、設備、運営、報酬においてある程度共通化を図って頂きたい。

12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 定期巡回随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護について、請求事業所数や利用者数の現状を踏まえると、更なる普及が課題であると考えられるが、サービス供給量を増やす観点や機能強化効率化を図る観点から、人員基準や資格要件等の在り方についてどう考えるか。

○特に事業者から、日中のオペレーターについて兼務を求める要望があるが、経営の効率化を図る観点から、オペレーター等の役割や実態を詳細に調査した上で、ICT の活用等も含めた人員基準や資格要件のあり方について検討してはどうか。

○現状、オペレーターは国家資格者のみで 24 時間 1 人以上という配置要件は、人材確保が難しく、働き手の精神的負担も大きい。サービス提供責任者の任用要件を満たす人材や社会福祉士、訪問介護の実務経験 2 年以上の職員などもオペレーターの任用資格に含めてはどうか。

○また、オペレーターの資格要件について、当該事業所において現行の資格要件の有資格者を 1 名以上配置し、その有資格者が常時判断指示できる体制にある場合（業務に支障の範囲で併設事業の兼務を認める）、有資格者以外（実務者、初任者等）の職員でも対応できる形としてはどうか。

○昼間の時間帯のオペレーターと随時対応の訪問介護員は兼務を認めて欲しい。兼務でも十分対応が可能なため。

○昼間帯における人員基準について、利用者の少ない段階（10 名以下）で業務に支障が無い場合に夜間/深夜帯同様に 1 名の職員で 3 種の兼務（オペレーター、定期訪問、随時訪問）を認めてはどうか。

○市町村は、平均的に中学校区あたり 1 箇所の定期巡回型拠点を設置することを推進しているが、ニーズの高い地域においては複数の拠点を認めるようにしてはどうか。

○「訪問介護」や「訪問看護」との基準や報酬、サービス面での区別を整理する必要があるのではないか。

○複数の事業所におけるオペレーターの集約について、現状では、深夜帯についてのみ市区町村の認める範囲で認められているが、日中においてもオペレーターを集約できるよう規制を緩和していただきたい。その際、オペレーター集約のための ICT 投資に対する加算制度を要望する。

○同一建物減算の減算幅は現状を維持して頂きたい。仮に減算幅が改定されるのであれば、減算の根拠となる移動コストについて、データに基づき考え方が整理されるべき。

② 定期巡回随時対応型訪問介護看護は、そのサービス提供の多くが、集合住宅に居住する利用者に対して行われているが、地域全体へ必要なサービスが行き届くようにするためにはどのような方策が考えられるか。

- 定期巡回は事務所から一定の範囲内を巡回することで必要な支援が行き届くようになる。また、高齢者が安心して生活する居住地（集合住宅など）に居住することは選択肢の一つであり、定期巡回を提供する事業所が強制するものではない。地域から依頼があれば「サービス提供拒否の禁止」から事業所は特別な理由がない限り、依頼を受ける。
- 現状の報酬では人口密度が高い地域（都心や集合住宅等）でしか収益が出ず、人口密度が低い地域（非効率）の報酬を上げないと採算がとれない。
- 地域には必要なサービスだが、事業所数が少なく現状はサ高住や地域の中でもサービス提供範囲が限定されているなど、地域全体をカバーしきれていない。報酬単価の引上げや人員配置の要件緩和等をして、参入の促進を図るべきである。
- また、地域で効率よく巡回できるような仕組みの構築を検討いただきたい。
- 地域全体へ広がらないのは既存の「訪問介護」「訪問看護」との利用区別がつけにくい点にあるのではないか。

（２）上記以外の視点

① 定期巡回【連携型】における訪問看護事業所の報酬の見直し

- 訪問看護を外部の訪問看護ステーションから受ける場合、外部の訪問看護ステーションが算定できる報酬額が低く、連携先の確保が困難である。連携先の確保に向けて、訪問看護側の報酬の見直しをお願いしたい。

② 医療介護連携推進会議の開催頻度の見直し

- 同会議について、現場に出る時間帯に開催しなければならず、出席者も形式上参加するケースが多くあまり有効性がない。現状の３か月に１回程度から半年に１回程度に緩和したほうが効果的と考える。

③ 区分支給限度額を超えた場合でも他サービスを利用可能とする仕組み

- 区分支給限度額の範囲内でサービスを収めようとすると、通所介護が利用できない。そのため、通常の訪問介護によるサービス提供となるケースもある。
- 支給限度を超えた場合でも、一定量サービスを使えるようにすることが求められる。

④ 基本単位の引き上げ、通所系サービス利用減算などの見直しが急務である

- 現状は、定期巡回における事業所あたりの最低限の必要人員および家賃等の経費を合算した運営コストを基本単位の報酬で賄えていない。
- その上で、通所系減算などが開設から損益分岐点までの人件費がかさみ事業採算性を

悪化させている。報酬単位の見直し、減算体制の見直しが急務である。

13. グループホーム・認知症デイ その他認知症施策に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

【認知症対応型共同生活】

① 利用者の状態に応じた医療ニーズへの対応（医療機関との連携、口腔機能の管理等）、福祉用具の提供など、認知症対応型共同生活介護のサービスの在り方について、どのように考えるか。

- 医療依存度が高くなり、グループホーム（GH）では医療対応が困難となり入院となるケースも多いが、認知症の行動障害の悪化を理由に、十分なりハビリや治療がなされずに退院し、事業所に戻るケースも多い。結果、病状が悪化し再入院となってしまう、認知症も ADL も悪化するという悪循環となっている。
- そこで重度化、看取り期などの対応において、介護保険または医療保険での訪問看護の利用の緩和拡大を認めていただきたい（訪問看護での PT や OT も含む）。
- GH 利用者の重度化を踏まえれば医療看護機関との連携による加算体制の充実について進めるべきと考える。特に、退院時カンファレンス等、グループホームへ復帰するための支援について加算を検討いただきたい。
- また、栄養管理口腔指導についても連携による加算体制の充実を図るべきである。口腔指導については協力医療機関として歯科医との協定を求めていることから、定期的な指導等連携は可能ではないか。
- GH 利用者の重度化が進む中、床ずれ防止用具、移乗リフトなど、常時使用するわけではないものの、状態の改善、悪化防止のために必要な福祉用具を備品として用意するためにも在宅と同様にレンタルが可能になるように見直しが必要である。
- 長期利用で重度化した際に施設の福祉用具が不足し、本人の身体に合わせたものの用意をお願いし、利用者の負担が増加している。福祉用具等を適切に選定し使用していく上で、在宅と同様にレンタルできることが、事業者、本人の負担を考える上で必要と考える。

【認知症対応型通所介護】

① 認知症対応型通所介護利用者の状態を踏まえたサービスの在り方について、地域密着型通所介護との役割分担等を含め、どのように考えるか。

- 「地域密着型通所介護」と「認知症対応型通所介護」の役割分担が介護給付費分科会で議論されている。各通所サービスの再編を検討する場合は、そもそも、「地域密着型通所介護」は定員を基準に移行しており、地域密着型サービスとしての役割を十分に持っているわけではなく、一方、「認知症対応型通所介護」は「認知症対応」に重きを置いて位置付けられており、今後の認知症施策の重要性からみても十分に配慮する必要がある。
- また、「認知症対応型通所介護」が今まで以上に、認知症高齢者の多様なニーズ（レス

パートや長時間利用等）に対応するサービスとして推進されていく必要がある。

② 認知症高齢者が今後も増加する見込みである中、認知症に関連する加算のあり方についてどのように考えるか。どのような仕組みが考えられるか。

- 「認知症対応型通所介護」については、人員基準以上の配置や設備基準以上の整備が必要になると考えられ、報酬については手厚くしていく必要がある。
- 限度額管理において回数が利用できる、もしくは、利用者負担額が低い等から「認知症対応型通所介護」以外のサービスを提案、プラン位置づけしている現状がある。認知症の方にとって専門的に環境を整えているはずの「認知症対応型通所介護」における適切な支援を受けられていない方がいる。例えば、要介護認定において認知症者の場合は「地域密着型認知症対応型通所介護」の利用を介護保険者証の特記事項に記載するなどしてはどうか。
- 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定のためには、「認知症介護指導者研修」の受講が必要であるが、同研修の受講には約 25 日間の事業所外研修参加が必要であり、その間の欠員分の人員を補充することが出来ず、加算取得は実質困難であるため、算定要件の緩和を検討いただきたい。
- 認知症高齢者支援に対する加算は各種整備されているが加算取得実施率が医療連携加算のみに偏在しているのは、①加算取得要件の法定講習受講者が少ないため。②加算取得要件の人員配置に係るコストと加算による収入のメリットが感じられないため、という 2 点があると考えられる。
- そこで加算取得に向けて講習会受講に向けた支援の拡充と加算項目の見直しによるメリハリのきいた加算額の設定を行う必要がある。

（２）上記以外の視点

【認知症対応型共同生活介護】

① 看取り介護加算

- 看取り介護業務にかかる職員の業務負担（看取り介護業務そのものだけでなく、提携医療機関や家族との連絡調整、記録、研修等）について、現行の報酬（月額約 7 万円）では実際にかかっている人件費をカバーできないため、さらなる報酬上の評価が望まれる。

② 中重度ケア体制

- 平均介護度、重度化に応じた介護または看護職員の配置増数などの条件を満たすことを前提として、中重度ケア体制を評価していただきたい。特に退去後、30 日以上経ってから他界された場合は看取り加算の算定ができないため、終末期の中重度者への対応が現状十分ではない。中重度者は入退院を繰り返すことも多く、入院期間中は、報酬

上の評価もないため、中重度ケア体制として報酬上で評価していただきたい。

③ 事業所対応での通院対応加算の創設

- 日中利用者 9 名に対して職員 3 名で介護しているところ、通院で 1 名が出てしまうと利用者 8 名を 2 名で対応する状況になる。独居高齢者、共働きの家族、介護者が高齢等の状況下で、提携医療機関以外の受診が必要になった場合に、事業所が通院の付添を行わざるを得ない状況が多々発生している。
- 新たに人員を確保し、ケアの質の低下を防ぐため、通院対応等への加算創設を検討いただきたい。

④ 独居高齢者受入に対する加算の創設

- 身寄りのない高齢者（生活保護受給者含）を多数受け入れているが、成年後見制度の申立は大変実現が難しい実情があり、また、社会福祉協議会等の福祉サービス利用援助事業は、判断能力の低下した認知症高齢者の場合、利用困難な実情がある。
- そのため、各種行政手続きの代行や、金銭管理等、病院の付添いなど、多大な業務を事業所が担っている実態がある。しかしながら GH の介護報酬は報酬改定のたびに減額され、事務員を雇用する余力がなく、管理者が本来後見人の担う業務を一手に引き受けざるをえない。
- そこで、こうした業務負荷への対応として、独居高齢者の受入れに対する加算等の創設を検討いただきたい。

⑤ 人員基準の緩和

- 現状、計画作成担当者が別ユニットの介護業務へ従事することは禁止とされているが、運営上、人員が不足する時期（盆暮正月等）が生じた場合などにおいて、現場の認知症ケアの質を維持するためにも兼務をすることを認めていただきたい。
- 管理者の要件である「管理者研修修了者」という基準についても、地域密着型サービスのみに当該基準が設けられており、訪問介護や通所介護にはない点に矛盾を感じる。修了者とするのではなく、任用要件に受講予定者も含めるなどの緩和を検討いただきたい。

⑥ 基本報酬

- 現状の基本報酬は、1 ユニットと 2 ユニット以上の 2 段階での設定だが、都市部、狭小地での 2 フロア 1 ユニットである場合、運営面から 1 フロア 1 ユニットである施設とは明らかに負担、リスクが異なっているため基本報酬を追加設定していただきたい。

⑦ 夜間支援体制加算について

○夜間支援体制加算を算定した場合の報酬は 10 万円弱となっているが、この単位数で 1 名増員を行うことは運営上厳しい。人員配置に対する加算を設定する際には、せめて人件費を賄える程度の単価設定としていただきたい。

⑧ 食材等の実費精算

○一部の保険者では、GH の食材費や水光熱費について実費精算を求められるが、特養や有料老人ホームには求めず、GH にだけ精算を求めるのは疑問がある。実費精算には多大な事務負担を要するが、事務員を雇用する人件費は現行の報酬からは捻出が難しい。

○また、一部の保険者では、職員の事務スペースや休憩室等の水光熱費については、利用者から受領している水光熱費を充当してはいけないとの指導もあるが、特養や有料老人ホームではそのような指導がなく、GH にだけ指導するのは疑問がある。

⑨ 入退院時の連携を報酬

○ケアマネジャーを配置して居宅介護支援をおこなっている。居宅介護支援事業所と同様に医療機関と入退院時における連携を実施しているので、同様の加算報酬の検討が必要。

⑩ グループホーム計画作成担当の要件について

○現状、介護支援専門員資格をもち、かつ認知症介護実践者研修を修了した職員の確保が大変、困難である（※介護支援専門員資格を持ち、グループホームでケアマネジャーをしたいという人が、極めて少ない。）。また、実践者研修の受講申込みをしても、すぐには受講できない。

○また、通所介護の相談員や訪問介護のサービス提供責任者が、サービス計画を作成しているが、グループホームの 3～4 倍の利用者を担当しており、グループホームのプランについても、介護支援専門員資格がなくとも十分に担えると思われる。併せて、認知症介護実践者研修の内容も充実してきており、介護支援専門員の資格まで必要か疑問がある。

○こうした状況を踏まえ、2 名の計画作成担当の内、1 名は介護支援専門員の資格を持っていることとなっているが、一定の実務経験がある介護福祉士でも可能とするように緩和できないか。

【認知症対応型通所介護】

① 利用時間 1－2、2－3 の利用区分（新設）

○現在、2-3 時間の利用については特別な理由がある場合にのみ居宅サービス計画に位置づけを行い、サービス提供できるが、認知症の利用者を支援する上では一概に長時間の

サービスにつなげていくことを目標にするのではなく、在宅生活に継続した支援が介入できる環境を保つことが必要であることから短時間の利用区分を創設して頂きたい。

② 緊急時受入加算（新設）

○通所介護において利用者が利用予定日ではない日に、「医師」もしくは「ケアマネジャー」の判断により緊急とされた際に通所介護において受け入れを行った場合を評価する「緊急時受入加算」の創設をしてはどうか。

③ 若年性認知症施策

○若年性認知症者の受入や対応は自治体、事業所ともに進んでいない現状がある。一方、若年性認知症者の社会資源は少なく、適当なサービスが見つけれないといった問題もある。特に若い男性の若年性認知症者が利用しやすい環境として従来の「施設」ではなく「会社のような」サービスをモデル事業として推進してはどうか。例えば、就労移行支援や就労継続支援との認知症対応型通所介護の共生型サービスなど。

14. 小規模多機能・看護小規模多機能に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

① 小多機や看多機について、請求事業所数や利用者数の現状を踏まえると、更なる普及が課題であると考えられるが、サービス供給量を増やす観点や機能強化効率化を図る観点から、人員基準や利用定員等の在り方についてどう考えるか。

○看多機において訪問看護ステーションとの連携型も可能とする緩和が行われれば推進すると思われる。

○普及が進まないのは、(都市部においては)そもそも土地の問題と自治体における在宅ケア推進の本気度に原因があると考ええる。特養等の施設に比べれば狭小地でも可能であり、行政区が中心となってマッチングを積極的に展開することが重要であると考ええる。

○通いに対する人員配置基準を緩和(利用者5に対し職員1以上)するとともに、訪問の強化の観点から、併設している訪問介護事業所等との兼務体制を図る。また、普及状況を踏まえるとサテライト設置基準の緩和(例、既に小多機の運営実績のある法人が設置した場合は最初から認める。又は市町村が必要と認めた場合、最初から設置を認める等)が必要と考える。

○市町村の行政は中学校区に1箇所の定期巡回型の拠点を平均的に配置することを推進しているが、ニーズの高い地域においては複数の拠点を認めるように指導してはどうか。

② 小多機や看多機について、看護職員の雇用が難しいという声があるがどう考えるか。

○定期巡回のように外部の訪問看護ステーションとの連携型を推進してはどうか。

○また、18名以下の通いについては「看護職員」の配置を除外することで小規模多機能の事業所の普及が進むと考える。

○看護師の配置にかかる加算を増額し、人材確保につなげていくことが求められる。

○看護師の2%しか存在しない在宅系ナースにおいて、在宅を志向するナースが少ないのは構造的な問題であると考ええる。病棟出身者のなかには、当然に病棟からキャリアスタートすべきという認識がまだまだある。養成校においてもそのような考え方があ

○一方で、在宅は夜勤がなく楽である、といった誤った認識を持った人材が流出している可能性がある。特に紹介会社のアナウンスを見る限り、そういったことを助長している感がある。コミュニティナースのミッションやモデルを明確にした上で、養成レベルから経験させて魅力付けしていくことが必要であると考ええる。

③ 小規模多機能型居宅介護事業所に置かれる介護支援専門員以外の介護支援専門員が居宅サービス計画を作成した場合の取扱いについてどう考えるか。

○地域に根差した在宅サービスの小規模であるために、既存(外の)担当ケアマネジャー

が引き続き関与する仕組みについて議論が必要。外付けから内ケアマネに移行することで、それまで築いてきた地域との関係、在宅サービスであるはずの小規模が施設サービスの存在になってしまっているのではないかなど。看護の連携型同様、居宅介護支援も外部の居宅と連携する「連携型」の新設を含めて検討してはどうか。

○また、外部利用型を推進する場合、現行の居宅介護支援費相当の委託料の支払いをケアマネジャーに対して行うことを検討してみても如何か。

○基本的に現行の居宅介護支援相談員体制でよいのではないか。これまでも検討して一定の方向を確認している。

④ 小規模多機能型居宅介護と他のサービスとの併用についてどう考えるか。

○医療依存度の高い利用者が増加しているため、福祉用具や訪問の利用可能単位数を増やしていただきたい。福祉用具や訪問の利用可能単位数を増やす、または医療保険での訪問看護の適用を拡大することで、訪問サービスが充実し、結果、自宅での生活の限界点が高まると思われる。

○また、看護職員の雇用が困難なこと及び切れ目のないサービスの視点から、現在は利用者の居宅だけで認められている、訪問看護の利用を通いや泊まりの際にも認めていただきたい。

○外部との連携型が推進されれば、他のサービスとの併用については考える必要がないのではないか。また、他サービスの併用を考えるのであれば利用限度額との整合性が必要ではないか。

⑤ 看多機と小多機におけるサテライト型事業所に関する取り扱いが異なる点についてどのように考えるか。

○看護小規模多機能、小規模多機能を含め「サテライト」の考え方については、整合を図る必要があると考える。

○小多機と看多機の利用者像が若干異なることもあり、サテライトとして両方を連携運営することは、利用者にとって一定のメリットがあると考ええる。

⑥ 看多機のサービス（「通い」「泊まり」「訪問（介護）訪問（看護）」）の特性を踏まえて、医療ニーズが高く看取りまで対応する体制のあり方についてどのように考えるか。

○小規模多機能の規模（人員、運営体制）で考えると、医療ニーズ、看取りなどは、現場スタッフにかなりの負担を強いることになると考ええる。看取りまでのサービスについては、職員の負担の増大も考えられ、ありきではなく慎重な検討が望まれる。

○現状におけるサービスの普及状況を考慮すると、完全に医療志向とすることには若干違和感を抱く。事業運営の方向性については、事業者の裁量に委ねて欲しい

○さらに推進すべきと考え、そのためには医療/看護職の指示のもと（事前教育も含め）、

介護職の対応可能範囲の緩和も必要と考える。

⑦ 事業開始時支援加算は平成 29 年度末までの時限措置となっているが、サービスの普及状況や経営状況を踏まえてどのように考えるか。特に経営状況については、平成 29 年度介護事業経営実態調査の結果も踏まえて検討してはどうか。

○「泊り」機能など人員、設備ともに投資が初期から多く必要になるため、平成 29 年度介護事業所実態調査の結果も踏まえ、事業開始時支援加算の継続、恒久化をお願いしたい。

○サービスの普及のため、事業開始時加算の継続あるいは新たな類似の加算の創設は必須である。または、人員配置基準の緩和や併設事業所との兼務基準の緩和なども求められる。

(2) 上記以外の視点

① 短期利用に関するローカルルール

○他の居宅介護支援事業所から緊急ショートを受けられるようになったが、緊急利用に関して、契約書や計画書の必要有無の判断が保険者によって異なるため、標準化していただきたい。

(事例)

※ 契約書が不要：岸和田市

※ 計画書の作成は事業所に一任：西宮市

※ 契約書、重説、計画書全て必要：台東区

② 兼務可能な併設事業所の拡大について

○他のサービス事業所を併設（一体的運営）している場合に限り、居宅介護支援や訪問介護も兼務可として欲しい。

○個社としては、12 月より居宅訪介護と看多機を一体的に運営する予定である。居宅や介護も兼務が認められることで、必要に応じてサービス選択しても利用者にとって体制が変わらないメリットがあり、それは同時にスタッフにとっても継続的なケアにつながるメリットがある。

15. 口腔栄養管理に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

【口腔関係】

- ① 介護保険施設における適切な口腔衛生管理の普及、充実を図るため、歯科医師、歯科衛生士の活用や歯科医療との連携についてどのように考えるか。

○口腔に関しては連携も大切であるが加算算定の要件、特に対象となる利用者の情報収集が難しい状況がある。ケアマネジャーも十分に把握できておらず、情報提供の流れをつくる必要があると考える。

○例えば、認定審査の情報に歯科医師の意見を求めているかどうか。

【栄養関係】

- ② 施設における栄養管理体制についてどのように考えるか。例えば、入院率の低下や在宅復帰率の向上に資する栄養ケアマネジメントの推進、医療介護の施設間における栄養管理の連携の推進等を図るための方策として、どのような仕組みが考えられるか。

○栄養に関して、管理栄養士だけではなく栄養士や健康運動指導士等、栄養摂取状況をもとに指導する専門職の位置づけが重要ではないか。

○また、加算算定の要件、特に対象となる利用者の情報収集が難しい状況がある。ケアマネジャーも十分に把握できておらず、情報提供の流れをつくる必要があると考える。

○例えば、認定審査の情報に栄養摂取状況を調べるようにしてはどうか。

(2) 上記以外の視点

- ① 在宅における栄養管理の位置づけの明確化

○在宅における栄養管理については、そもそもどのように捉えられているのか。報酬において関連するものが見当たらない。在宅における管理栄養士の位置づけを明確にして欲しい。

16. 居宅療養管理指導に関する意見

(1) 給付費分科会で提示された論点

- ① 利用者の居住場所に応じた評価について、平成 28 年度診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料等の算定要件を見直し、居住場所や単一建物での診療人数等に応じたきめ細かな評価等が行われたことを踏まえ、報酬体系の簡素化にも配慮しつつ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、どのように考えるか。

○利用者が必要な支援を受けることのできる環境に居住したいと願うことは当然であり、同一の建物であるとか、複数回訪問だからといって訪問指導の内容（質）下がるわけではない。個々のサービス内容を評価する視点が求められる。

(2) 上記以外の視点

- ① 居宅療養管理指導の人員基準へのリハビリ専門職の配置要件の設定

○在宅療養の管理指導において、リハビリテーション専門職による生活不活発病予防の視点は大変重要である。同指導を行う事業所の人員について、リハビリテーション専門職を人員基準に加えてはどうか。

17. サービス付き高齢者向け住宅に関する意見

① 費用の適正化

- サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）の外付けサービスの適正化について、大阪府の調査を例示し論点としてとりあげられているが、過剰サービスであるか否かは、サ高住の問題ではなくケアマネジメントの問題であり、個別指導すべき問題ではないか。
- 地域の既存居住系サービスでは受け入れできない生活保護の方も、賃料を低減し受け入れしている機能も評価していただきたい。

② 契約書・重要事項説明書の様式

- 行政によって様々な様式の指定があり、事業者として盛り込みたい内容を記載できないケースがある。
- また、行政によって記載内容のばらつきが大きく、事業者として契約内容の管理に多大な労力を要する。契約書や重説の内容については、必須記載事項の指導はあっても様式そのものは事業者で決められるようにしていただきたい（条例で重説の様式を定めているケースがある）。

③ 施設類型の再整理

- サ高住、有料（住宅型、介護付）等、消費者からみた場合、理解しづらいため、一元化または利用する際のわかりやすい仕組みを構築すべき。特に、サ高住と住宅型及び介護付有料と特定施設のサ高住はわかりづらく、一見同じように見えるため、住まいと住まい方、医療・介護のこと、体制、ケアに関することなどの わかりやすい表現など一本化していただきたい。

II. 制度全体に関する意見

1. 人材確保・処遇改善に関する意見

① 処遇改善加算の継続

- 現状の施策では十分ではなく、定着率向上のために、さらなる高待遇をお願いしたい。
- また、処遇改善加算を上げても、本体報酬が下がると、事業所の収入は減ってしまうため、安定した事業経営が成り立つ基本報酬の設定をお願いしたい。

② 本体報酬組み入れ

- 適切な加算要件を満たし大半の事業者が取得できている実態から、処遇改善加算分を本体報酬に組み入れる事を検討していただきたい。

③ 人材確保に向けた助成・加算等の支援

- 今後、人材確保難がさらに加速するため、人材確保への助成等の支援を検討いただきたい。

(例)

- ・ 資格取得を支援する為の助成金
- ・ 日曜、祝日の単位数の見直し(日曜、祝日については非常勤ヘルパーが集まらない)

④ 単価設定・人件費率

- 人材が必要にもかかわらず、採用難で人件費が高くなっているケースが多々あるため、単価設定を決定する場合には、十分な調査の上で設定いただきたい。

2. ICT やロボットの活用・業務効率化に関する意見

【ICT 活用に関する意見】

① ICT 助成金の創設

○介護人材が不足している中でスタッフの業務負担軽減に繋がる ICT 導入は必須課題である。ICT 活用の推進のために助成金の検討をお願いしたい。

② 医療介護のデータ共有

○医療介護のデータ共有のために、アセスメント等を全国で統一し ICT 化してはどうか。地域によりフォーマットが異なると、ICT 化した際のカスタマイズや維持費に費用がかかるため、統一した様式が効率的と考える。

○また、体調の変化や受診状況を都度記録し家族に共有しているが、ICT の活用により転記せずに共有できれば、業務の効率化になる。

③ 介護保険で必要とする書類の標準化（指導の標準化）

○保険者により指導内容に差があり、求められる書類の記載内容に違いがあることが、ICT 化の障壁になっている。地域によりフォーマットが異なると、ICT 化した際のカスタマイズや維持費に費用がかかるため、保険者による指導の標準化をお願いしたい。

④ 書類の電子保管について

○現状は、紙での保管が求められているが、電子媒体での保管を認めていただきたい。

【業務効率化に関する意見】

⑤ 行政による第三者評価

○第三者評価について事業者での費用負担は厳しく、委託業者により費用差異も発生している。事業者負担ではなく、行政で情報発信まで一貫して行うことを検討いただきたい。

⑥ 実績報告の簡素化

○自治体によって実績報告書式に差異（個人名を求める自治体や詳細な給与項目を求める自治体など）があり、報告書類作成時の業務量が増加しているため、簡素化していただきたい。

⑦ 申請手続きの簡素化

○営業範囲が複数の自治体にまたがる事業所などは自治体ごとに変更届や処遇改善などの申請を提出しなければならず、業務量が膨大に膨れ上がっている。書式の統一や web 申請の導入などについて検討いただきたい。

3. ローカルルールに関する意見

① 看護師配置要件の見直し

- 通所介護の看護職員配置基準で、「提供時間帯を通じて通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図るものとする」とあるが、「施設内であれば密接かつ適切な連携」と言われたり、「施設外であっても連絡がとれ連携が取れば適切な連携」と言われたり様々である。
- 東京都はサービス提供時間を通じての配置を求めているが、他の都道府県ではそこまで求めている。ただでさえ看護師の確保が難しい中、時間の拘束時間が長いと、採用も厳しくなる。
- こうした人員配置基準におけるローカルルールは是正をいただきたい。

② 自治体ごとによる対象者のバラつき

- 通所系の総合事業において基本単価を著しく落とした上でその補てんとして入浴加算を新規設定している自治体があるが、介護予防サービスにおいて入浴に加算が無いのは、ほぼ自立で入浴出来るレベルのADLであることを想定している認識であり、自治体独自に加算が設定されることに違和感がある。
- 総合事業は市区町村が地域の実情に応じて基準を設定できるのは理解するが、上記のように入浴や送迎に加算をつける（当該サービスの必要性があると認識している）自治体もあれば、そのような介助を行わないことを前提とする緩和型サービスを選択している自治体もある。
- このような中で要介護1・2の総合事業への組み入れが出来るのか疑問が残るため、充分ご検討いただきたい。

③ 契約書・重要事項説明書の様式

- 行政によって様々な様式の指定があり、事業者として盛り込みたい内容を記載できないケースがある。
- また、行政によって記載内容のばらつきが大きく、事業者として契約内容の管理に多大な労力を要する。契約書や重説の内容については、必須記載事項の指導はあっても様式そのものは事業者で決められるようにしていただきたい（条例で重説の様式を定めているケースもある）。

④ 実績報告の簡素化（再掲）

- 自治体によって実績報告書式に差異（個人名を求める自治体や詳細な給与項目を求める自治体など）があり、報告書類作成時の業務量が増加しているため、簡素化していただきたい。

⑤ 短期利用に関するローカルルール

○他居宅からの緊急ショートを受けられるようにはなったが、緊急利用に関し、契約書や計画書の必要有無の判断が保険者によって異なるため、標準化していただきたい。

(事例) 契約書が不要：岸和田市

計画書の作成は事業所に一任：西宮市

契約書、重説、計画書全て必要：台東区

⑥ 総量規制の見直し

○介護付き有料は、利用ニーズが高く、経営的にも安定しているが、自治体の総量規制があり、許認可が下りない状況である。地域資源の精査により総量規制の見直しも地域によっては必要と考える。

⑦ 指導の適正化

○実地指導において、根拠不明確な指導が行われることがある為、今後、都道府県・市町村の指導強化と共に、指導内容に疑義が発生した場合の、事業者の相談窓口を国または都道府県に設置していただきたい。

(例) 基準、解釈通知、Q&A、条例、自主点検表、集団指導資料等に基づかない指導。

Q&A 記載事項の見落としが原因と思われる不適切な指導等。

(例) 定款の記載が「介護予防・日常生活支援総合事業」では承認されず、「第一号通所介護事業」等の定款変更を求められた。

4. 地域包括ケア・多職種協働に関する意見

【地域包括ケアに関する意見】

① 地域ケア会議への医師会・歯科医師会などの参画

○会議に参加が求められるメンバーが明確ではない。医師会・歯科医師会・調剤部門も会議のメンバーに積極的に参加するように推進を入るべきと考える。

【多職種協働に関する意見】

① 連携促進のための加算強化（医療側の介護との連携を促す加算の創設）

○医療側と介護側の双方において連携を督促・要求するような強化が必要と思われる。

② 医療と介護が連携しやすい診療報酬の策定

○平成 28 年診療報酬改定にて訪問診療の点数が従前の半分以下になったため、GH 等の施設において、積極的に訪問を行いたい医療機関が少なくなっている。本来の在宅へのシフトへの転換の障害になっている。

（参考）定員 18 名のグループホームに月 2 回訪問する場合の診療報酬の比較）

【改定前】 在宅時医学総管理料 4,200 点

【改定後】 施設入居時医学総管理料 1,100 点

5. 利用者への制度説明に関する意見

① 利用者への各種制度適用の連絡

- 高額介護サービス費と異なり、高額療養費・高額介護合算療養費制度については、利用者がこの制度の支給対象であるかどうかを、市区町村の国民健康保険・後期高齢者医療制度の担当部署に照会しないと確認できない仕組みとなっている。
- 3割負担導入時期にあわせ、高額介護サービス費と同様に、支給対象者には市区町村から申請書が郵送されるよう改善していただきたい。

② 利用者への説明ツール

- 処遇改善加算の内容及び料金の設定について、利用者への説明が大変難しいため、同加算に変更があった場合には、国で説明用の統一したパンフレットを公開していただきたい。

以上