

令和3年度介護報酬改定に向けて （これまでの主なご意見）

これまでの主なご意見 目次

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

(分野横断的なテーマ)

1. 感染症や災害への対応力強化	2
2. 地域包括ケアシステムの推進	5
3. 自立支援・重度化防止の推進	9
4. 介護人材の確保・介護現場の革新	14
5. 制度の安定性・持続可能性の確保	18

(各サービス)

1. 訪問介護・訪問入浴介護	19
2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	21
3. 夜間対応型訪問介護	22
4. 訪問看護	23
5. 訪問リハビリテーション	24
6. 居宅療養管理指導	25
7. 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護	26
8. 療養通所介護	29
9. 通所リハビリテーション	30
10. 短期入所生活介護	33
12. 短期入所療養介護	34
12. 小規模多機能型居宅介護	35
13. 看護小規模多機能型居宅介護	36
14. 福祉用具・住宅改修	37
15. 居宅介護支援・介護予防支援	38
16. 特定施設入居者生活介護	40
17. 認知症対応型共同生活介護	41
18. 介護老人福祉施設	43
19. 介護老人保健施設	45
20. 介護医療院・介護療養型医療施設	46

これまでの分科会における主なご意見(感染症や災害への対応力強化)①

<新型コロナウイルス感染症や災害を踏まえた今後の対応>

(今後の評価の在り方)

- 新型コロナウイルス感染症等の予防、まん延防止を視野に入れた地域包括ケアシステムの推進に向け、介護施設及び事業所が取組を充実させ、質を高めていく観点から、その対応については基本報酬で評価すべき。事業継続計画（BCP）の体制整備についても評価すべき。
- 新型コロナウイルス感染症の対応を通じ、共助の推進ではなく、公的な支援を中心とした制度設計が必要と再認識されたのではないか。日頃から足腰を強くしていくことが重要であり、しっかり財源を確保していくべき。専門職を含めて感染症対策の徹底が必要。
- 新型コロナウイルス感染症に関し、様々な感染防止対策を講じた上でサービス提供にあたっている事業所に対しては、例えば基本報酬に一定の割合を加算するなど特例的な対応を提案したい。また、一時的なものでなく、恒久的な仕組みとしてもらいたい。
- 訪問介護の場合、新型コロナウイルス感染症のリスクをヘルパー自体が背負う形になっているのではないか。ヘルパー特有の事業継続に関する影響に十分留意する必要があるのではないか。

(基準上の対応)

- 感染症対策に係る基準の規定が例として示されているが、標準的に予防やまん延防止の対応ができるよう仕組みが必要ではないか。施設では感染症対策の委員会の開催が3ヶ月に1回以上求められているが、それを強化することも考えられるのではないか。
- 感染症対策については、研修内容の充実も必要。実地研修等を含めるべきではないか。
- 訪問系の感染症対策に係る基準においては、施設系と異なり委員会の開催や研修の実施が求められていないので、今後、可能な範囲で検討していくべきではないか。
- 感染症対策や災害への対応など、外部環境や外的要因に対するリスクマネジメントの対応力向上が今後必須となってくる。これらは日頃からの準備、対応、訓練等が功を奏するものであるところ、こうした点についても議論すべきではないか。
- 情報共有やリスクの予想、BCPの作成や見直し、研修や訓練等について、利用者や家族も一緒に行うことで、地域の中で対応力を高めていくことが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(感染症や災害への対応力強化)②

(報酬の臨時的な取扱い)

- 新型コロナウイルス感染症や災害対策における臨時的な取扱いについて、検証した上で、恒常的な対応が必要な事項とそれ以外の事項と整理し、対応すべき。
- 施設における感染症対策について、日頃からの感染防止対策に関する取組が重要であり、看護職を活用しながら、体制整備や研修等に事業所や施設が取り組むことができるよう、報酬体系の整理が必要ではないか。
- 臨時的な取扱いとして、看護職等による同行訪問が認められているが、感染症対策としてだけでなく、今後は重度化防止や医療ニーズのある方への適切な身体介護の在り方に関する知識、スキルの強化のため、看護師、栄養士、歯科衛生士などの専門職が同行して支援できる恒常的な体制づくりが必要ではないか。
- 通所系サービスの事業所職員が、居宅を訪問しサービス提供するという臨時的な取扱いについて、恒常的な実施を検討する場合は、そのサービスの要件等について、明確化すべきではないか。また、訪問介護の実施に当たって初任者研修の受講が求められていることなどサービスの質の観点からも慎重に検討するべきではないか。
- 新型コロナウイルス感染症に関連して講じている介護報酬の臨時的な取扱いのうち、通所系サービス事業所の職員が、利用者の居宅を訪問し、サービス提供する形態については恒常的に行えるようにすることを検討してはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症対策の関係で、加算要件等における研修や会議のオンライン化等が認められているが、研修は引き続きICTの活用ができるようすることや、加算要件等となる会議等でもオンラインを認めることを前提に、見直しを行うべき。
- 感染予防の観点からも、今後も、ICTを活用し、非対面で対応できる業務はICT化を進めるべき。多職種連携・情報共有の場面や、サービス担当者会議等の場面においても、ICTの活用を進めるべきではないか。
- 新型コロナウイルス感染症に係る介護報酬の取扱いで、実際のサービス提供時間より上位の時間区分で請求できる取扱いが示されたが、通所事業所の存続のため、国が公費を投入し対応すべき。

<新型コロナウイルス感染症に関する補正予算対応等>

- 令和2年度第2次補正予算における慰労金については、金額が十分かという課題はあるものの、とにかく迅速に行っていただきたい。また、自治体の事務負担軽減にも配慮し、できるだけ簡素な制度としてもらいたい。
- 新型コロナウイルス感染症への対応として、民間事業者への金融支援策の手続き簡素化や、防護具の配置について、対応をしてもらいたい。
- 新型コロナウイルス感染症の対応として、休業補償を誰がどのような財源で行うべきか、保険制度で賄うべきものなのか、公費、補助金等々で行うものなのかよく議論した上で対応していくべき。

これまでの分科会における主なご意見(感染症や災害への対応力強化)③

- これまで介護分野でもクラスターの発生があり、業界団体や自治体が調整して、人材確保のためのスキームを構築しており、国も応援体制等について補正予算で対応したが、連携が更に図られるよう主導して欲しい。
- 新型コロナウイルス感染症対応における情報収集においては、既に災害時に情報を集める仕組みを厚労省で準備されているのではないかと。新たに情報収集するというよりはそのようなものも有効に活用すべき。
- 感染した場合は医療機関への入院が原則であるが、施設で例外的に対応することとなった場合、施設への負担は大きい。かかり増し経費の助成などは今年度限りであり、介護報酬での評価も検討すべきではないか。
- 認知症がある者が濃厚接触者となった場合に、地域での受け入れ先が見つからないという問題が生じており、地域単位でのサービス体制の強化について検討が必要ではないか。

<災害時における対応>

- 基準以上の訓練や研修を実施したり、地域の連携体制を構築するなど、災害対策をより一層充実させるための取組に対する評価を行うべき。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)①

<基本的な考え方>

- 尊厳の保持と自立支援という介護保険の原点に立ち、利用者視点の議論が必要。加算についても、加算算定を目的とするのではなく、本人の自立や尊厳の保持にどのように繋がっているかという視点で検討が必要ではないか。
- 制度設計の視点から、基本報酬部分ではどのようなサービス提供を行っているのか、各種加算については効果検証によるきめ細かい施策の対応が必要ではないか。
- 生産年齢人口が減少する中で、財政面、人材面の両面を担保して、制度の安定性・持続可能性を確保することが地域包括ケアシステムを推進する上でも極めて重要ではないか。議論するに当たっては、評価すべき点と適正化すべき点の両方を見ながらメリハリのある対応を行うことが重要。
- これまで議論されてきた、地域包括ケアシステム等や、ICF（国際生活機能分類）の考え方に則った在宅生活の限界点を高めるための議論に加え、新たな課題である社会参加などをキーワードとして、これまでの審議の経緯も踏まえながら、さらに議論を深化させていけるような論点整理をお願いしたい。
- 老老介護や8050問題、ヤングケアラーなどの問題を乗り越えるためには、役所側の縦割りの解消が必要ではないか。
- 受けたい介護を目指し、多床室におけるポータブルトイレの使用はなくしていくべきであり、また、日中の過ごし方次第で、寝たきりやフレイルなども改善も期待できる。尊厳の保持と自立支援に向けた取組を報酬で評価すべき。

<サービスの整備>

- 介護サービスの整備を進めるにあたっては、2025年や2040年以降の介護需要も見据えつつ、地域医療構想による医療提供体制の改革と一体的な議論が必要。
- 在宅サービスについて、訪問、通所、ショートステイの3本柱をバランスよく、組み合わせて活用することが重要。施設サービスと在宅サービスは密接かつ不可分な関係であり、適時適切に活用する視点を高めていくことが必要。
- 限られた人材や財源の中で、十分な介護サービスを提供するためには、特に地方等で分散しているサービスを集約し、利用者のニーズを十分に踏まえた上で重点的な体制整備を行うなど、具体的な検討が必要な段階に入ってきているのではないか。
- 「地方等で分散しているサービスを集約し」とあるが、「都市や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるように」ということに反するものであってはならない。
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「夜間対応型訪問介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」の4つのサービスをシンプルにすることを検討していくときではないか。

<看取りへの対応>

- 人生の最後まで、どう尊厳が保持され、本人の意思がいかに尊重されるかということが非常に重要。人生の最終段階における意思決定を行う上で、4つの倫理原則に基づく意思決定支援の在り方を重視していくことが必要ではないか。現場で実行可能で、本人の意思を尊重できるよう、具体的かつ丁寧なガイドラインが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)②

- 入所者の7割は要介護4以上であり、重度者への対応は重要であるが、本人が希望しても、夜間に看護師がおらず看取りを行えないケースもあることから、看護師を加配した場合の評価を強化すべきではないか。
- 介護老人福祉施設において、看取りの対応のためには、施設内の看護体制の強化を進めるべきであり、重度者受入れ安定化、看取りの体制整備、外部の医療職との連携強化のためにも、夜間などへの看護職の加配への評価を検討すべき。
- 小規模多機能型居宅介護においては、看取りに係る研修があるが、本人の意思決定支援が重要であり、このような倫理面も含めた研修を各種サービスで充実していくべきではないか。
- 特定施設入居者生活介護において、医療と連携し看取りが積極的に行われ、その実績が一定以上ある事業所については、退所者の看取り率、ACPの取組状況等についての評価が必要ではないか。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく、意思決定支援を進めるためには、この内容を理解している人材が必要であり、一定の研修を受けた者の配置を評価してはどうか。あわせて、研修の仕組みも検討していくことが必要ではないか。さらに、中重度者のケアや看取りに対応できる看護職員の配置を進めるため、看護体制加算のような人員基準以上に看護職員を配置する事業所を評価する加算を設けることを検討すべき。
- 訪問介護において、看取り期には、介護の専門性が必要とされ、かつ、一定期間柔軟な対応が求められることから、柔軟な仕組みと評価が必要ではないか。
- 短期入所生活介護において、看取り期など利用者の状態が変化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。

<各サービス等における対応>

- 在宅での生活を継続するためには、在宅医療の提供が不可欠であり、継続的な訪問診療、訪問看護に加え、訪問介護を必要に応じて導入するとともに、生活機能の維持・向上を図るリハビリテーションを進めていくことが重要。
- 在宅限界を高めるためにはリハビリが重要であり、老健施設がリハビリの機能を高め、在宅限界を高める役割を担うことが重要。また、認知症へのリハビリの実施や、認知症の家族の方のレスパイト的な対応も進めていくことが必要。
- 中重度の医療ニーズや看取り期への対応や認知症の方への支援等における、訪問看護、看多機の重要性は高い。看取りへの対応は看多機の強みであり、人材確保や土地等の確保に制約がある地域でも展開しやすいよう、人員基準やサテライトの設置基準等の見直しが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムを推進するにあたっては、在宅サービスを利用し続けられるような報酬を考えていく必要があるのではないか。
- 高齢者の状態変化にきめ細かく対応するためには、地域密着型サービスのような複合型で、かつ包括報酬で支払われるサービスの拡大について議論すべきではないか。
- 地域密着型サービスが、要介護度の維持や改善等により在宅限界を高めることに寄与していることを適切に評価する仕組みが必要。栄養関係の加算などの各種加算の取得を容易にし、事業者が安定的に運営でき、従業者も安心して働き続けることができるようにすべき。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)③

- 高齢者向け住まいは、多くの要介護者が利用しており、地域との交流を活発にするとともに、地域に開かれた住まいとして地域の中で透明性の高い運営が推奨される。また、ニーズに応じたターミナルケアや看取りの増加も想定されるため、例えば、特定施設入居者生活介護において、介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションの提供ができるよう見直し、人生の最終段階を支えていく体制を強化すべきではないか。
- 在宅か施設かだけではなく、高齢者向けの住まいを活用していくことも考えられるのではないか。
- 前回改定で共生型サービスを入れたが、障害者のニーズを踏まえた検討が必要ではないか。

<認知症への対応>

- 認知症の方が増えている中で、横断的な事項として「認知症」を検討すべきではないか。
- 住民の認知症への理解は不可欠であり、例えば介護事業所等における、住民主体や住民を巻き込んだ取組を積極的に促すことも考えられるのではないか。
- 認知症の対応力向上研修について、内容の充実を図るとともに、研修対象者について歯科診療所のスタッフにも広げるべきではないか。
- 認知症に特化しない形でサービス提供を行うことが理想であり、サービスの質を高めていくことが必要ではないか。
- 認知症ケアとして、ご本人へのケアに加え、認知症の方同士の出会いや、家族同士の出会い、家族への支援を組み合わせた形での支援が世界的にも効果があると言われており、検討の余地があるのではないか。
- 認知症対応型通所介護について、通所介護事業所よりも料金が高いということで利用者から敬遠されないように、その目的や役割が利用者に伝わる仕組みが必要ではないか。また、通所介護事業所で認知症の者を受け入れている場合も多いことから、地域の実情に応じた弾力のある対応を可能としていくことが良いのではないか。

<専門職の関与>

- 認知症ケアの充実や看取りに関し、専門性の高い看護職が取り組む事ができる報酬体系の整備が必要ではないか。
- 施設や在宅における療養生活の限界点を高めるための機能強化が必要であり、そのための多職種連携が重要。例えば組織を超えての専門職活用の仕組みの促進や、ICTを活用した多職種連携の促進が必要。
- 通所介護等も含め口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくことが必要ではないか。
- 受診の際に介護支援専門員が同伴し、かかりつけ医とその場で情報のやりとりをすることについて、医療介護連携の一つの形ということで、評価を検討すべきではないか。
- 利用者が退院した場合の受け皿となっていることから、小多機の介護支援専門員にも、居宅介護支援事業所の入院時情報提供加算と同趣旨の加算と仕組みをつくることで、小多機としての役割をより果たせるのではないか。
- 特定施設入居者生活介護の現行の報酬では基準以上の配置は困難であり、施設の看護職員と連携を取りながら、外部から介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションが提供できる仕組みを設けることで、ターミナルケア等の充実が図れるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)④

<地域の特性に応じたサービスの確保>

- 条件不利地域などに住む高齢者が置き去りにならないよう、いかなる地域においても、人材確保を含め、必要なサービスを継続的に受けることのできる施策展開が必要で、今回の改定でもしっかり議論すべき。
- 離島や中山間地域においても持続可能なサービス提供と新規参入、介護人材の確保ができるような仕組みの構築が必要ではないか。その際、利用者負担が増加しないよう国が支援すべき。
- 中山間地域を中心に人材確保ができず、ニーズどおりの訪問が困難な地域もあることから、人材不足が、報酬によるものか業務の特異性によるものか、しっかりと考えておく必要があるのではないか。
- 通所介護の送迎について、地域差を考えるべきであり、例えば豪雪地域での送迎は雪かきだけでも相当の負担が発生することから、自治体での支援等の実態も踏まえ検討すべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、冬期の積雪や長距離移動が必要な地域等では、事業所が採算がとれず十分なサービス提供ができないという課題があり、地域の実情や利用者の居住状況に応じた報酬単価とする等の見直しを行っていく必要があるのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」は、積極的に検討すべき。
- 登録や利用の定員を地域の実情に応じ柔軟に設定できるようにすることで、経営状況が改善する場合もあるのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」を行っても、介護サービスが不足しているという問題の根本的な解決にはつながらないのではないか。この措置を講ずるのであれば、適正なサービス提供の確保を前提とし、超過人数や期間は最小限にとどめ実施するべきではないか。
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しとして、認知症対応型通所介護における中山間地域等に居住する者へのサービス提供を評価する方向については問題ないのではないか。
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しは、都市部や中山間地域のいかにかわらず、そのサービスを受けることができるようにする観点と利用者のニーズや地域の事業者の実情をよく踏まえた上で対応を検討すべき。
- 生活機能向上連携加算について、離島や中山間地域などでは、リハビリテーション職などの専門職の不足しており、その人材育成・確保を進めない限り、加算算定の促進も難しいのではないか。
- 地方での受入環境を整備するため、人材確保については、一定期間、資格要件を緩和することや、一定の研修期間を設けて、そこをクリアしたら従事できるということも考えていく必要があるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)①

<自立支援・重度化防止の考え方>

- 介護度の改善を評価する仕組みは、制度の持続可能性の観点からも重要ではないか。
- 自立支援や重度化防止の取組は何を目指すものかについて、共通認識を持って議論を進められるようにする必要があるのではないか。
- 認知症対応についても、エビデンスに基づきプロセス評価を行い、PDCAサイクルに沿った対応を進めていくべき。
- 受りたい介護を目指し、多床室におけるポータブルトイレの使用はなくしていくべきであり、また、日中の過ごし方次第で、寝たきりやフレイルなども改善も期待できる。尊厳の保持と自立支援に向けた取組を報酬で評価すべき。【P5再掲】

<ケアマネジメント>

- 自立支援・重度化防止の観点から、ケアマネジメントが重要となるが、中立・公平性について検討が必要ではないか。

<アウトカム評価、プロセス評価>

- 介護の質を評価するにあたり、全体をストラクチャー、プロセス評価からアウトカム評価にシフトするなど、利用者にとって介護保険法の目的に資する結果につながっているのかどうかという評価にシフトしていくことが重要ではないか。
- アウトカム評価については、クリームスキミングによる利用者のサービス利用への影響を検証した上で検討する必要があるのではないか。
- アウトカム評価について、利用者本人だけでなく、社会的な価値や地域全体のWell-beingの向上に対する貢献という観点からの評価も考える必要があるのではないか。
- アウトカム評価を検討する中で、重度者については、誇りを持って、尊厳ある生活を維持できているかという観点も重要ではないか。
- 通所介護等において、自立支援・重度化予防を図り、質の高いサービス提供を促すため、メリハリのある評価体系となるよう検討すべき。
- 現在の報酬体系では、要介護度が改善した場合、報酬が減ってしまうとともに、アウトカムを評価する加算も単位数が少なく、必ずしも事業所のインセンティブにつながっているとは言えない状況。
- 自立支援・重度化防止の観点から、要介護度の改善につながる質の高いサービスの取組を評価し、事業所においてインセンティブが働くような介護保険制度の持続可能性を高める仕組みの構築が必要ではないか。これは、職員のモチベーション向上等にもつながるのではないか。実施に当たっては財政中立で行うべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)②

- 介護報酬上、要介護度が上がると区分支給限度額が上がり、サービスを多く使えるため、要介護度が上がることを望む方が見受けられる。今後、自立支援を進める観点から、要介護度が改善することに対するインセンティブを考える必要があるのではないか。
- リハビリテーションの目的は、食事や入浴、排せつ等を可能な限り自らできるようにすること。意思決定支援が更に重要になることも踏まえ介護サービスの質、アウトカムを検討していく必要があるのではないか。
- リハビリテーションの領域以外のサービスについてもアウトカム評価、プロセス評価を導入していき、サービスの質が可視化できるような指標の開発、それに伴う報酬体系というものが必要であり検討すべき。指標には、疾患の重症化防止や症状の緩和等の視点も重要。
- 看多機について、利用者の褥瘡の改善、排せつの自立、経口摂取の回復等に改善の効果がみられることから、介護施設のプロセス評価の仕組みを参考に評価を検討すべき。
- 利用者が機能訓練やリハビリを望まない場合に、事業所が機能訓練やリハビリ以外のやり方でQOLの向上へのアプローチを行った場合にもそれが評価されるような多様性が担保された仕組みが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)③

<評価指標、データ活用>

- サービスの質の評価指標に関する標準化について、共通の物差しが必要ではないか。
- サービスの質の可視化やその評価を積極的に進めていくべき。CHASEやBarthel Indexは、情報の確度を高め、多数の情報を収集する必要があるため、詳細な要件は求めず提供を評価すること等を検討するべき。
- CHASEで収集するデータについて、栄養と関連し、口腔の清潔や口腔機能の評価も重要であり、今後追加を検討して欲しい。
- 評価指標の在り方に関し、未病指標を活用し改善した事業所は報われるというシステムを検討すべきではないか。健康か病気かという二分論ではなく、グラデーションモデルへと変えるべき。
- 「社会参加」をもう少し具体的にすべき。外出や買い物等どのような内容が社会参加となるのかを、もっと細かく分析していく必要があるのではないか。
- 科学的な観点からの標準化や評価が重要であり、VISITの普及を図っていく必要があるのではないか。
- VISITの活用が重要であり、フィードバックを充実させていくことで、VISITの有効性を共有できるようにすることも重要ではないか。
- VISITについては、現場の負担が大きいため、現場に負担がなく、かつ、有効な情報の収集の仕組みとなることを目指すべきではないか。

<専門職間の連携等>

- 利用者のADLの維持や生活機能向上に関しては、事業所・施設とリハビリテーション専門職、介護支援専門員の連携、特に事前関与が効果的であることから、事前に関与できる方策の推進が重要。
- 高齢者はポリファーマシーが発生しやすいとの指摘もあり、ケアマネジャーと薬剤師の情報連携の仕組みを検討すべき。
- 通所介護や通所リハビリテーションや看多機等において、看護職員と歯科医療専門職との連携強化・情報共有のため、口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくべき。
- 通所リハビリテーションにおいて、口腔と栄養に関するサービスを一体的に提供することでより効果を上げることができることから、歯科医療専門職種と管理栄養士との具体的な連携と協働のための口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをしてはどうか。
- 看護小規模多機能型居宅介護において、提供したケアの約6割が、服薬指導・管理となっており、職種間や多職種の連携、その強化についても議論するべき。

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)④

<リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養>

- リハビリテーションは、継続してどう提供していくかという考えも重要。また、機能に偏らず、活動と参加もバランス良く行うことを進めてきたが、今後、これをいかに高めていくかという視点から、活動と参加のリハビリの切り分けや、評価を高める等の対応を検討すべき。
- 生活期のリハビリテーションは、必要に応じ継続的に提供すべきものあり、卒業すると専門職によるリハビリが受けられないという弊害があるのではないか。
- 重度の要介護者においては、全ての者が改善するわけではなく、生活機能の維持も重要なアウトカムであるため、全ての者に修了や卒業を求めるべきではないのではないか。
- 医療保険のリハビリテーションの一つとして、歯科関連職種が取り組む摂食嚥下機能訓練が認められており、介護保険においても歯科関連職種をリハビリテーション職種の一つとして位置づけることを検討して欲しい。
- 低栄養の予防が自立支援につながるとのエビデンスもあり、在宅においても取組も進めていくべき。
- リハビリテーション、口腔、栄養の連携による効果的な取組について、口腔や栄養、運動の評価を多職種で協働し、様々な場面での取組を総合的に勘案してそれぞれの対応を考える仕組みづくりが重要。
- リハビリテーション、口腔、栄養のトライアングルの図が示されているが、いずれの分野においても薬との関係は切り離せるものではなく、薬剤師との連携の重要性についても共通の認識を持つべき。
- 小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護において、利用者の自立支援、重度化防止の観点も踏まえて、当該事業所と他事業所の兼務を認め、当該職員が行う口腔ケアや栄養ケアに対して充実した評価ができないか検討するべき。
- 通所介護等において、歯科医療専門職種の人材の有効な活用による質の高いサービスの提供のために、個別機能訓練計画書の作成に歯科医師が関与する仕組みづくりを行ってはどうか。

これまでの分科会における主なご意見(自立支援・重度化防止の推進)⑤

<個々の加算等>

- ADL維持等加算について、Barthel Indexを評価指標として使っていくことは、介護現場における使用率等からも適当なのかどうか。当該指標には認知症の評価が入っていないため、この点についても検討が必要ではないか。
- ADL維持等加算について、ケアマネジャーとの連携を図ることも非常に重要。算定のハードルが高いことから、算定要件・取得要件の緩和を検討すべきではないか。
- Barthel Indexを測る際、慣れた職員が行うことが重要であり、医療系施設から福祉系施設に職員を派遣し、対応するということも考えられるのではないか。
- 生活機能向上連携加算の算定割合が低いことから、広く地域のリハ職を活用する方向での誘導策を検討してはどうか。算定率の向上につなげていくため、例えば連携等に関してのガイドラインを示すことなども検討してはどうか。当該加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算は、制度的・構造的に問題があり、算定率が低いと考えるべきではないか。また、ICTの活用等も検討すべきではないか。
- 認知症ケアについて、BPSDの対応も非薬物療法を原則としており、本人の不安などを取り除くための、様々な角度からのアプローチによる、本人が安定した時間を保つケアの提供が重要。
- 口腔衛生管理体制加算に関し、口腔ケアの研修会の開催、摂食嚥下への支援等が求められているため、こうした連携について、更に高く評価する方向での検討や、歯科医院への通院や訪問歯科の評価も検討するべきではないか。
- 経口維持加算等の経口摂取の支援について、前向きな見直しや在り方の検討をすべきではないか。

<その他>

- 介護保険は新規参入者を減らし、かつ一度要介護になった方もできるだけ改善させることが必要であるところ、介護側だけでなく、医療側の視点も重要なのではないか。
- 高齢者の健康状態を把握するため、介護認定を受ける前の高齢者の状態を通いの場等で把握し、その情報と要介護認定を受けるときの状態をなるべく情報共有できるようにしておくべきではないか。
- 通いの場では多くの専門職が集まることとなっており、専門職の連携ということで、運動、口腔、栄養について、リハ職も含めた専門職の連携の取組を進めるための仕組みづくりが必要ではないか。
- 通いの場への支援について、今回の新型コロナで環境の変化が非常に大きい。多様な場の在り方と参加の在り方について、もう一度検討するべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)①

<考え方>

- 今後の後期高齢者の急増と生産年齢人口の急減に対応した見直しを行う必要があるのではないか。
- 介護人材の確保のため、介護現場の革新、感染症に配慮した改革、安全で働きやすい職場づくりが重要。
- 適切な人材確保や介護従事者全体の処遇改善、サービスの質の向上を図るための適切な報酬評価をする必要があるのではないか。
- 介護職員の人材確保・職場定着の実現のため、仕事へのやりがいや、職場全体の雰囲気の良い、ワークライフバランスに配慮した勤務体制等が重要であるとのデータもあることから、それに向けての後押しが必要。
- 人材確保については、介護職の魅力を高めるため、保険外のサービスを組み合わせる新しいビジネスをつくっていくという観点も重要ではないか。
- 基本的な事業戦略として、利用者に必要なサービスの質の確保、介護人材の確保、安定的な事業基盤の確保の在り方について、しっかりと議論していくタイミングではないか。
- 離島や中山間地域など、先行して高齢化や現役世代の減少が進んでいる地域では人手不足が特に深刻であり、このような地域でも安定的・持続的に介護保険サービスが提供できるような支援体制の整備を検討して欲しい。

<事業所間の連携>

- 介護人材の確保に関連して、柔軟に人材を活用できるようにする一方で、サービスの質と仕事の質を維持するための方策についても検討が必要ではないか。
- 人材確保の観点から、同一拠点において複数の事業所を展開している場合の職員の専従要件については、職務負荷に留意しつつ、見直しを検討すべき。
- 在宅でのサービス提供において、利用者や保険者を中心として、より効率よく取り組めるように事業所間の連携を推進してもらいたい。
- 単一のサービス、小規模事業所をたくさん整備していくよりも、これからは医療ニーズにも介護ニーズにも応えられるような、1つの事業所の多機能化を推し進めていく必要があるのではないか。
- 医療ニーズのある者への対応について、ショートステイを行う事業所のみでの人材確保が難しい場合もあることから、施設内部の人材に加え外部の人材も含めて、対応を可能とするような方策の検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)②

<専門職の連携>

- 人材確保が困難となる中で、専門職人材の活用についても検討が必要であり、専門性の高い人材は事業所や施設を超えて、相互連携し合うような報酬体系が必要ではないか。
- 今後ますます多様化する介護職のチームの中で、中核人材となる介護福祉士のマネジメント力が重要であり、そのような人材を育成するための仕組みが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムの推進と地域共生社会の実現という形で検討を整理していく必要があり、専門職連携を進めるに当たっては、事業所だけではなく、通いの場などの事業も通じた地域で人材を考える必要があるのではないか。

<処遇の改善>

- 介護人材の確保に関しては、特定処遇改善加算も新設され、思い切った改善が図られたと考えているが、処遇改善加算が介護職員の処遇等にきちんと反映されているか検証しながら、加算の在り方や見直しの検討、介護人材不足の解消につなげていく必要がある。
- 仕事の大変さに対して依然として全産業平均と比較し、年収に差があると言う実情や、介護職を辞めた理由で賃金が理由になっているというデータが複数あることを踏まえ、処遇改善の措置について考える必要があるのではないか。
- 処遇改善加算の計画書や実績報告書が一本化されたことにより、簡素化が図られている一方で、きちんと処遇改善に取り組まれているかの指導監督が困難となっている状況も生じているところ、例えば基本報酬に組み込むなど、制度設計の更なる改善を検討すべきではないか。
- 特定処遇改善加算が、全事業所で取得されるよう、手続の簡素化を進めるとともに、事業所における職員間の賃金配分について、柔軟な対応が可能となるよう検討が必要。また、特定処遇改善加算について、より多くの事業所において適切な配分がなされるような取組を進めるべきではないか。

<研修等の実施>

- 様々な団体が行う認知症の研修について、有資格者の必須研修としてはどうか。また、これらの研修について、一度精査し、他の研修と重複する部分は、他の研修受講をもって履修済みとするなどの整理を行い、学びやすい環境を整えることが重要ではないか。
- ハラスメント対策やチームマネジメントにおいても介護福祉士がリーダーシップを取れるよう、介護福祉士の役割や機能の明確化を図るとともに、その役割や責任を果たすための資質を高めるための養成、研修や教育の体系を構築することが重要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)③

<配置要件等>

- 同一拠点内において複数事業所を展開している場合、職員の専従要件については職務の負担に留意しつつ見直しを検討すべき。基準上の要件の見直しや加算要件の緩和、ローカルルールへの統一化等、地域において各職員の専門性をより発揮できるように、柔軟な取扱いが進むように検討して欲しい。
- 小規模多機能型居宅介護について、サテライトの人員基準の緩和のほか、通いの人数に対して3対1を求める配置要件や、同一敷地内の他事業との兼務要件の緩和等の見直しを検討してはどうか。ローカルルールへの対応を含め現場の実態に合わせた見直しを行い、少人数でも運営のできる体制を構築すべき。
- 通所介護等と総合事業等との一体的な実施については、業務に支障のない範囲など一定の条件の下で、外部ないしは併設の事業所のリハビリテーション専門職が、総合事業等に参画できるようにすることも検討してはどうか。
- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば兼務を認めるなど、柔軟な人材活用を認めるべきではないか。

<仕事と介護の両立>

- 介護を原因とした離職がない社会の実現のための施策が必要ではないか。

<ロボット、センサー、ICTの活用>

- 介護ロボット等の技術については、介護現場の生産性向上に向けて非常に重要であり、具体的な活用方法について導入事例も踏まえながら検討してはどうか。
- 介護ロボット等の導入、活用に向けたインセンティブを与えるような仕組みが必要ではないか。導入に当たっては、利用者の体調や感情の変化に気づきにくいとの声があることも踏まえ検討すべき。
- 介護現場の革新や業務負担の軽減という観点から、介護ロボットの活用を進めていくことは是非とも必要なことであるため、介護報酬での評価や人員基準の緩和をさらに進めていただきたい。
- ロボットやセンサーなどの様々なICTの効果的な活用を促す措置が必要であり、介護現場の革新を図っていく必要があるのではないか。
- ICT等の導入時のコスト負担について、利用者負担や保険料以外のインセンティブも考慮すべきではないか。また、ITリテラシー向上のための研修や契約事務の効率化などの支援が必要であり、地域単位でのサポート体制も必要ではないか。
- ICT導入支援、補助制度も整えられてはいるが、各場面でICT機器の導入を想定した基準省令や報酬・加算の算定要件の見直し、評価が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護人材の確保・介護現場の革新)④

- 介護ロボットやICTの活用により基準や加算要件の緩和をする場合、サービスの質の低下がないようにすることや安全性の担保を検証しながら、適正なサービス提供やサービスの質の確保が図られる仕組みや条件設定などを検討すべきではないか。
- ICTの活用や文書負担軽減などの働いている人への支援は重要である一方で、単純に人を減らしてしまうと職員の負担増になる恐れがあり、職員数の減に繋がることのないよう、慎重に検討すべきではないか。
- 緊急的な対応など見守り機器により業務そのものなくなるわけではない中で、導入のインセンティブとして単純に配置基準を減らせばむしろ負担増により離職につながる懸念がある。見守り機器が万能ではないことも考慮すべき。基準緩和自体を目的とするのではなく人材を増やしていく観点で検討して欲しい。
- ICTの活用は、サービスの質の向上や職場環境改善の重要なツールとして考えられることから、事例の横展開を図り、具体的な活用方法を実際の活用例等も踏まえ検討すべき。ICT導入については、介護サービス生産性向上ガイドラインを基本とした体制を整備し、目標設定とPDCAを確立させた計画性のある導入が必要。
- 新型コロナウイルス感染症対策の関係で、加算要件等における研修や会議のオンライン化等が認められているが、研修は引き続きICTの活用ができるようすることや、加算要件等となる会議等でもオンラインを認めることを前提に、見直しを行うべき。
- 感染予防の観点からも、今後も、ICTを活用し、非対面で対応できる業務はICT化を進めるべき。多職種の連携・情報共有の場面や、サービス担当者会議等の場面においても、ICTの活用を進めるべきではないか。
- ICTを活用し多職種で情報共有するに当たっては、個人情報への厳格な対処が求められており、情報の保管場所等、その部分は十分に担保しながら、より使い勝手のよい機器やソフトの活用を検討してはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症でリモートワークが進んだが、過去からリモートワークを進めている会社では、雑談を省いてはいけないということが指摘されており、このような現場の声も踏まえて検討していくことが必要。
- 介護職員は、行ったケアで利用者が元気になることや笑顔になることなどが、最大の醍醐味。ICTやロボット、業務効率化を進めるべきであるが、それだけでは人材確保につながらないということも踏まえ検討すべき。
- 介護現場革新の事例の横展開について、介護助手やロボット、ICTに関し、モデルとなった自治体の取組結果も出ているが、より精査してエビデンスを検証し、効果的・効率的な横展開を図って欲しい。
- 腰痛防止を図るためには、ロボットを導入する前に、まずは介護技術の向上が重要ではないか。

<文書量の削減>

- 事務負担の軽減の点からも、総合事業も含め国が標準的な様式等を作成することで、文書の簡素化・標準化・ICT化を押し進めていくということも必要ではないか。

<その他>

- 特に訪問介護や総合事業などでは、人材確保の観点から、有償ボランティアなど地域住民の活躍が必要だが、有償ボランティアの活動に、介護保険料を活用できる仕組みが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(制度の安定性・持続可能性の確保)

<制度の安定性・持続可能性の確保の考え方>

- 制度の安定性、持続可能性の確保を図るためには、介護報酬の面でも現役世代の負担が増大することがないようにメリハリをつけた評価が必要。
- 介護サービスの適正化、重点化を図る前提として、サービスの質に影響が出ていないかを確認する必要がある。
- 第8期事業計画期間中に団塊の世代が後期高齢者となる中、現役世代の負担が更に膨らむことに強い危機感がある。制度の安定性や持続可能性を議論する際に、サービスの適正化や重点化について、現状を踏まえた具体的な課題の設定が必要ではないか。
- 制度の持続可能性を議論するに当たっては、負担増や給付削減により、利用者の生活の維持が立ち行かないことがないように、審議等を行うべき。
- 報酬全体の在り方として、自治体の意見も踏まえ、保険料水準に留意しながら、地域やサービスの実情に即した報酬単価とすることが必要。
- 限られた資源の中で、重点化・適正化という観点を重視するべき。例えば、居宅介護支援も含めた集合住宅等へのサービス提供の在り方や、生活援助中心型のサービスの在り方、また、軽度の方へのサービス提供を適正化していくことも論点になるのではないか。利用者の意見と同時に、負担者の納得というものを得る努力が必要。
- 平成30年度の改定で、保険給付の公平性を確保する観点から、集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算に係る区分支給限度基準額の制度見直しが行われたが、訪問介護以外にも減算ルールのあるサービスがある中で、訪問介護のような不公平なことが起きていないのか、改めて見直しの必要性を検討するべき。

<報酬体系の簡素化>

- 複雑な報酬体系となっており、サービス利用者にとっても、事業者や保険者にとっても分かりにくいいため簡素化し、明快な報酬体系を構築することが必要ではないか。
- 誰にでも分かるような介護報酬とするため、例えば、期間経過し普遍化された加算は基本サービス費に取り入れるなど、介護報酬の簡素化について検討が必要ではないか。
- 加算は業務量が増加するため、基本報酬で評価するべきではないか。
- 加算が複雑で事務処理も煩雑なため、人材不足や事業の効率化の視点からも見直しを図るべき。算定率が低い加算はその必要性も含め見直しをするとともに、算定率が高いものは基本報酬に組み込むことや、要件を満たさない場合は、減算することや要件緩和を行うことを検討すべき。
- 算定率の低い加算について、要件緩和の議論がでていますが、加算はあるべき姿に誘導するといった面もあるので、趣旨を損なわないような検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(訪問介護・訪問入浴介護)①

<人材確保>

- 中山間地域を中心に人材確保ができず、ニーズどおりの訪問が困難な地域もあることから、人材不足が、報酬によるものか業務の特異性によるものか、しっかりと考えておく必要があるのではないか。【P8再掲】
- 若い世代でも訪問介護員として安心して働ける職場となるよう、環境整備を進めていくことが大切ではないか。
- 訪問介護員という呼称が、魅力的なのかどうかについて、検討する必要があるのではないか。
- サービス提供責任者の大きな負担に十分見合った処遇が必要ではないか。

<生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプラン届出>

- 生活援助の給付費が身体介護の給付費に振り替えられているという実態があるかどうかも含めて検証が必要ではないか。
- ケアプランのうちの約3割が再考を促され、1割強が変更されたことを踏まえると、届出制度は当面維持し、内容を評価していくことが必要ではないか。
- 一律に訪問回数の基準を要介護度別に当てはめるという取扱いは、再検討していく必要があるのではないか。
- 重度化予防、自立支援の観点からも、利用回数の制限を撤廃するべきではないか。

<生活機能向上連携加算>

- 自立支援、重度化防止の重要性を踏まえると、通所介護事業所に勤務しているリハビリ専門職が同行した場合も、算定ができるように緩和してはどうか。
- 算定に伴う書類の手間を減らせているか、また、この加算の効果や意義をしっかりと伝えられるか、連携が可能な環境整備を行っているか等の複数のアプローチによる検討を効果的に行う必要があるのではないか。
- 事業所が加算を算定するゆとりが持てるよう見直しを図ることで、算定率を上げてはどうか。

<通院等乗降介助>

- 病院間の移送や入所サービス事業所から直接病院等に行った場合が対象外になっていることについては、利用者の生活及び利便性、医療介護の連携の観点から、解消すべきではないか。
- 既に訪問介護員等が不足する中で、今の訪問介護員等で通院等乗降介助の対象拡大に対応できるか心配するところ。

これまでの分科会における主なご意見(訪問介護・訪問入浴介護)②

<新たな評価>

- 看取り期には、介護の専門性が必要とされ、かつ、一定期間柔軟な対応が求められることから、柔軟な仕組みと評価が必要ではないか。【P6再掲】
- ターミナルケアや看取りに訪問介護員が関わるということが不可欠となることから、適切に評価すべきではないか。一方、負担軽減につなげる観点からは、真に必要なもののみ加算で評価し、他は基本報酬の中で評価すべき。その際、現在はサービス提供時間に含まれない訪問介護員の移動時間を、基本報酬で評価することも検討すべき。
- 在宅限界を高める観点から、認知症専門ケア加算やターミナルケア加算、喀痰吸引の実施等に対する加算の創設を検討してはどうか。
- 訪問介護員の処遇改善のために、特定事業所加算を区分支給限度基準額に含まれないようにという要望については、保険財政の影響がどのくらいになるのかを明らかにするべきではないか。

<その他>

- 前回改定で行われた、老計10号に関する見直しについて、利用者や御家族、ケアマネ等に対し、保険者を通じて、考え方や意義を伝えなければ、実効性を確保できないのではないか。
- 限られた財源の中で、中重度の方に給付を重点化していく観点から、要介護1・2の軽度者の方への生活援助について、総合事業の実施状況も見ながら、段階的に地域全体で支えていく方向に移行させていくべきではないか。

<訪問入浴介護>

- 清拭または部分浴を行った場合に30%減算されるが、巡回型のサービスにおいて3人でサービス提供を行っている場合も適用され、経営的に非常に厳しいため、減算率の軽減について検討してはどうか。

これまでの分科会における主なご意見(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

- 冬期の積雪や長距離移動が必要な地域等では、事業所が採算がとれず十分なサービス提供ができないという課題があり、地域の実情や利用者の居住状況に応じた報酬単価とする等の見直しを行っていく必要があるのではないか。【P8再掲】
- 公募制で整備が進められているため、一部の地域においては複数手が挙がりながら、一つの法人のみが選定されるという状況もあり、今後こうした点について検討していくことが必要ではないか。
- オペレーション要件の緩和について、緩和前後で提供するサービスの質に変わりがないとの結果がでていますが、事業者からの回答で、かつ、回答数も少なく納得しがたい。
- 収支差について、黒字幅が大きいところから赤字幅が大きいところまで多様化しているが、その原因が、地域特性なのか又は運営方法による影響なのか更なる検討が必要ではないか。
- 同一建物減算について、敷地内か否かという観点にとらわれる必要はなく、移動時間等で整理することも考えられるのではないかと。
- 同一建物減算については、移動に要する時間や経費等の差に着目し設けられているが、今後は、サービスの質に着目し、その提供に伴うプロセスとアウトカムの視点で捉えるべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(夜間対応型訪問介護)

- 例えば定期巡回・随時対応型訪問介護看護に組み込むなど、他のサービスとの集約化も考えられるのではないか。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に収れんしていく方向で進めるべき。
- 仮に定期巡回・随時対応型訪問介護看護との統合を進める場合、夜間対応型訪問介護のメリットやニーズをしっかりと調査・確認した上で、行うべき。
- 早期に定期巡回・随時対応型訪問介護看護へ移行できるような方策があると、利用者も安心でき、事業者も経営が安定する可能性があるのではないか。相談員等の兼務やオペレーターの集約化等を行うことで、移行が進むのであれば、検討すべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(訪問看護)

<退院当日の訪問の取扱い>

- 退院当日の訪問について、特別訪問看護指示書によって、医療保険からの訪問看護が可能となっているが、急な病状の変化への対応や退院準備が十分でない段階で退院日を迎えてしまう単身高齢者などの療養環境を整えるため、介護保険で対応できる者の範囲を拡大し、退院当日の訪問看護の算定を可能にしてはどうか。
- 医療保険か介護保険かに関わらず、退院当日の訪問看護に対して、適切に対応できるようにすべきではないか。

<看護体制強化加算>

- 特別管理加算やターミナルケア加算等の加算の算定状況が算定要件とされているが、利用者の死亡や医療保険の訪問看護の利用、状態の改善などにより、算定できていない場合もあるため、ターミナルケアの件数を医療保険分も合算できるようにすることや特別管理加算の算定者割合を引き下げる等の要件緩和を行ってはどうか。
- 算定要件として、利用者総数の3割以上が特別管理加算を算定していることという要件があるが、現状を反映しているかなど実態を踏まえた緩和を検討すべきではないか。

<リハビリテーション専門職による訪問>

- 理学療法士等の訪問が多い事業所は、看取りの実績が少ない、軽度者の割合が高いという結果もあるため、サービスの提供実態を踏まえて、看護職とそれ以外の職員の比率を人員基準の中に追加する等の対応を検討する必要があるのではないか。
- 医療ニーズを有する高齢者の更なる増加が見込まれる中で、理学療法士等による訪問割合が増加する傾向が続くと、訪問看護の役割を十分に果たせるか懸念があるため、詳細な分析を進め、必要に応じて、看護職員の割合や看護職員による訪問割合に応じ、メリハリある報酬体系にするといった対応も考えてはどうか。
- リハビリ専門職による訪問看護に特化した訪問看護ステーションの増加は問題であり、看護職員の割合の設定を求めべきではないか。
- 訪問看護事業所のリハビリ専門職が行うサービスは、看護の視点で提供するサービスという位置づけであり、実態が訪問リハビリテーションと同じようなサービスであれば、訪問リハビリテーションとして提供されるべきではないか。

<人材確保>

- 質の高いサービスを安定的に提供するためには、人材確保に向けた仕組みの構築が不可欠ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(訪問リハビリテーション)

<生活期のリハビリテーションの考え方>

- 生活期のリハビリテーションは、必要に応じ継続的に提供すべきものあり、卒業すると専門職によるリハビリが受けられないという弊害があるのではないか。【P12再掲】
- 重度の要介護者においては、全ての者が改善するわけではなく、生活機能の維持も重要なアウトカムであるため、全ての者に修了や卒業を求めるべきではないのではないか。【P12再掲】

<アウトカム評価の推進>

- サービスの質の評価において、ADLの改善などのアウトカム評価を重視すべき。VISITの活用が重要であり、フィードバックを充実させていくことで、VISITの有効性を共有できるようにすることも重要ではないか。【P11再掲】
- VISITについては、現場の負担が大きいため、現場に負担がなく、かつ、有効な情報の収集の仕組みとなることを目指すべきではないか。【P11再掲】
- アウトカムの評価指標として未病指標の活用も検討してはどうか。

<総合事業との役割分担>

- 総合事業の短期集中予防サービスがリハビリテーションと重なる部分があるのかどうかを検証した上で、要支援者への訪問リハビリテーションの総合事業への移行等といった整理も必要ではないか。
- 訪問型の短期集中予防サービスを実施している自治体が約22%にとどまる中において、訪問リハビリテーションと総合事業との役割分担よりも、まずは総合事業の短期集中予防サービスの実施を支援していくことが重要ではないか。

<他職種との連携>

- 口腔と栄養に関するサービスが一体的に提供できるような仕組みづくりをするべきではないか。

<診療未実施減算>

- 適用されている者が一定程度いることから、何らかの対応を検討をしてはどうか。
- 適切な研修の修了等が要件として求められているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、研修の実施が困難な状況もあるため、来年3月末までの経過措置を延長すべきではないか。

<加算での評価の在り方>

- リハビリテーションマネジメント加算については、機能が改善した利用者の割合など、算定要件にアウトカム評価を含めることも検討すべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション実施加算について、退院、退所後3か月という期間に加え、感染症などへの罹患後、フレイルの増悪時等においても算定できるよう検討すべきではないか。
- 認知症の短期集中リハビリテーションに関する加算が設けられていないため、ニーズを踏まえ検討するべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(居宅療養管理指導)

<医師>

- 社会的処方については、その考え方がしっかりと理解され、浸透しなければ、展開は難しいため、社会的処方の事例を示したうえで十分な議論を行う必要があるのではないか。
- 医師によるケアマネジャーに対する情報提供について、診療情報提供書の中に生活上の課題を記載する等の工夫を検討することで、かかりつけ医等が、住民主体の通いの場や地域包括支援センターにつないでいくことに寄与し得るのではないか。
- かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能があり、社会的機能に着目し、地域の関係機関についての情報提供をしていくことは取組として想定されるのではないか。

<歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士>

- 歯科について、認定等を受けた初期の段階を含め、口腔の衛生や口腔機能の評価が十分ではないため、診療情報提供書や主治医意見書の中に、より具体的な口腔状態のスクリーニング項目等を入れるなど情報共有の仕組みづくりを考えてはどうか。
- 歯科衛生士等の居宅療養管理指導様式について、内容の見直しは必要であり、簡便性を維持しつつ、口腔機能管理と口腔衛生管理をバランスよく提供できるような様式の整備が必要ではないか。
- 介護報酬において、歯科医療職のオンラインによる対応の評価に向けた議論を行ってはどうか。
- 住民主体の通いの場や地域包括支援センター等、多くの場で多職種の協働が必要とされており、生活の質を高めるため、歯科医療職が積極的に関わられるような仕組みづくりを検討してはどうか。また、健康な時からの口腔関連項目を意識した中での観察ができる仕組みづくりが必要ではないか。
- 歯科医師や歯科衛生士が、管理栄養士と同行、連携しやすい制度や仕組みづくりをしてはどうか。

<薬剤師>

- 薬剤師が関与することで、残薬が発見されたというデータが示されているが、更に効果的なサービスを提供する観点からは、多職種が連携した取組への評価を行う必要があるのではないか。
- 服薬指導は、対面が原則ではあるが、利用者の多様なニーズに対応するという観点からは、介護報酬上も、テレビ電話の活用などによるオンライン服薬指導が実施可能な環境整備を行うことも必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)①

<総論>

- 自立支援・重度化予防を図り、質の高いサービス提供を促すため、メリハリのある評価体系となるよう検討するべき。
【P9再掲】
- 利用者の身体的な機能改善の評価に加えて、社会とのつながりの継続や、介護者の負担軽減、介護離職防止のためのレスパイト機能も適切に評価するべきではないか。
- 利用者のサービスの質の向上や介護人材確保の面でうまくいっている事業所の取組を丁寧に分析しながら議論をしていく必要があるのではないか。

<専門職の関与>

- 採用が困難な状況もあることから、ICTやオンラインを活用することを条件に、看護師の配置要件を緩和してはどうか。
- 歯科医療専門職種の有効活用による質の高いサービスの提供のため、個別機能訓練計画書の作成に歯科医師が関与する仕組みづくりを行ってはどうか。【P12再掲】
- 口腔に関する質の高いサービス提供を行う観点から、看護職員と歯科医療専門職との連携強化・情報共有のため、口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをするべき。
- 在宅分野における医療と介護サービスの事業所単位での情報連携も検討が必要であり、件数は少ないかもしれないが、通所介護における診療や看取りの評価を検討する必要があるのではないか。

<中山間地域等における対応>

- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しとして、認知症対応型通所介護における中山間地域等に居住する者へのサービス提供を評価する方向については問題ないのではないか。【P8再掲】
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しは、都市部や中山間地域のいかににかかわらず、そのサービスを受けることができるようにする観点と利用者のニーズや地域の事業者の実情をよく踏まえた上で検討するべき。
【P8再掲】
- 離島や中山間地域においても持続可能なサービス提供と新規参入、介護人材の確保ができるような仕組みの構築が必要ではないか。【P8再掲】
- 通所介護の送迎についての地域差を考えるべきであり、例えば豪雪地域での送迎は雪かきだけでも相当の負担が発生することから、自治体での支援等の実態も踏まえ対応を検討すべき。【P8再掲】

これまでの分科会における主なご意見(通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)②

<他のサービスや他の事業との連携>

- 通所リハビリテーションの修了者の通所介護での受け入れを促進する観点から、通所リハビリテーションの事業所に対する評価や、通所リハビリテーション事業所と通所介護との情報連携等が円滑に進むようにするべきではないか。
- 総合事業等の一体的な実施については、業務に支障のない範囲など一定の条件の下で、外部又は併設の事業所のリハビリテーション専門職が、総合事業等に参画できるようにすることを検討してはどうか。
- 通所介護と保険外活動の一体的な実施については、利用者の多様なニーズへの対応と介護事業所の経営を安定させる観点から重要ではないか。また、この促進のためにも、安全性などを考慮した上で、人員配置の合理的な見直しを行うべきではないか。
- 介護保険サービスを利用中に一部有償活動を行うことについて、介護保険の利用者であることとの整合性をとる必要がある、ルールを定めていく必要があるのではないかと。

<認知症の者への対応>

- 認知症対応型通所介護について、通所介護事業所よりも料金が高いということで利用者から敬遠されないように、その目的や役割が利用者に伝わるような仕組みが必要ではないか。また、通所介護事業所で認知症の者を受け入れているところも多いことから、地域の実情に応じた弾力のある対応を可能としていくことが良いのではないかと。【P7再掲】
- 通所介護事業所の認知症関連の加算の算定率が低いのではないかと。通所介護事業所だけでなく他のサービスでも認知症に特化しない形でサービス提供を行うことが理想であり、サービスの質を高めていくことが必要ではないかと。【P7再掲】

<ADL維持等加算>

- 認知症への視点が抜けているという問題があるとともに、算定率も低く、加算の仕組みを根本的に考える必要があるのではないかと。
- アウトカムを評価するものとして促進するべきであるが、算定に係る労力に対し、評価が低いため、単位数を引き上げていくことについて検討が必要ではないかと。
- 算定要件や単位数の見直しが必要ではないかと。新たにCHASEの項目としてBarthel Indexが含まれているが、データの収集そのものにも一定の業務負担がかかることを踏まえ、この加算において、データ提出に対する評価と、実施した結果に対する評価の両面から評価することとしてはどうか。
- 算定要件について、新規利用者15%以下などの事業者側にとって非常に高いハードルとなっている要件は緩和すべき。

これまでの分科会における主なご意見(通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)③

<生活機能向上連携加算>

- 算定率が低いことは問題であり、認知症への対応を含め算定の仕組みを根本的に考える必要があるのではないか。
- 算定率が低いが、外部のリハビリテーション事業所と連携するに当たり具体的に何が難しいかは、深掘りする必要があるのではないか。また、体制の確保や加算算定に取り組む余裕がない事業所でも取り組む意欲の湧くよう、要件の緩和と加算の単価の更なる充実が必要ではないか。
- 単に算定しやすくするのではなく、外部リハビリテーション事業者と連携しやすい仕組みの整備やガイドラインの作成などの改善策を検討し、連携が進むようにすべき。
- 外部リハビリテーション事業所との連携が難しいとの声もあるが、リハビリテーション事業所以外でPTやOT等を配置している事業所が増えてきていることも踏まえ、それらの専門職を活用することを検討してはどうか。
- 現実的に専門職の派遣が可能なのは、リハビリ専門職が多い病院が中心であり、老健やデイケアからの派遣は難しいのではないか。費用対効果の問題もあるのではないか。地域でリハビリテーションを支えるという考え方は理解できるが、有効に活用できるよう検討すべき。
- 通所リハビリテーション事業所との連携を進めるべき。将来的には、ADLの改善などアウトカム評価を進めるべき。
- 離島や中山間地域などでは、リハビリテーション職などの専門職が不足しており、その人材育成・確保を進めない限り、加算算定の促進も難しいのではないか。【P8再掲】
- 生活機能向上連携加算等について、利用者の状態の維持・改善を評価する指標として、簡単に評価が可能であり、認知機能の評価も可能な未病指標の活用を検討してはどうか。
- 訪問介護等の生活機能向上連携加算と同様にICT活用を認めるなどの対応を行ってはどうか。

これまでの分科会における主なご意見(療養通所介護)

- 中重度者の医療ニーズへ対応可能なサービスであり、また、在宅療養を続けるための社会資源にもなっていることから、柔軟で使いやすく、安定的にサービスが提供できる報酬体系を今後検討するべきではないか。
- 訪問看護の考え方を踏まえ制度創設されていると認識しているが、今後、看多機との整合性等について、検討が必要ではないか。
- ICTによる業務効率化が必要な分野であり、導入に向け、ITリテラシー向上のための研修や契約事務の効率化などの支援が必要であり、地域単位でのサポート体制も必要ではないか。【P16再掲】

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)①

<総論>

- リハビリテーションは医師の指示に基づきリハビリ専門職が行うものであり、中重度の者の割合が一定程度高くても良いのではないかと。軽度者の中には状態が改善し卒業できる利用者が一定程度いると考えられることから、一般介護予防や他のサービスとの相互連携を積極的に行うべきではないか。他のサービスとの連携を含めその評価を行うことで効果的なリハビリが提供されるようになっていくべき。
- 一定期間リハビリテーションをやって、その後通所介護につなげていくことが理想であり、通所リハビリテーションと通所介護の役割分担を考えるべき。
- 通所リハビリテーションの修了者の通所介護での受け入れを促進する観点から、通所リハビリテーションの事業所に対する評価や、通所リハビリテーション事業所と通所介護への情報連携等が円滑に進むようにするべきではないか。
【P27再掲】

<アウトカム評価等の推進>

- 中重度者の4割でBarthel Indexが改善しているというデータがあるが、身体機能の改善や維持は非常に重要。また、アウトカム評価を検討する中で、重度者については、誇りを持って、尊厳ある生活を維持できているかという観点も重要ではないか。【P9再掲】
- 科学的な観点からの標準化や評価が必要であり、VISITの普及を図っていく必要があるのではないかと。【P11再掲】
- リハビリテーションの質についての評価指標として未病指標の活用を検討してはどうか。

<リハビリテーション専門職等の専門職の活躍>

- 口腔と栄養に関するサービスを一体的に提供することでより効果を上げることができることから、歯科医療専門職種と管理栄養士との具体的な連携と協働のための口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをしてはどうか。
【P11再掲】
- 施設基準の定員と実稼働の人員に乖離があるため、リハ職等の専門職を地域の社会資源として更に活用することは非常に有効ではないか。
- 老健や通所リハビリテーションは特にリハビリテーション専門職が多く在籍していることから、地域の介護予防事業への参画など地域貢献を行うインセンティブとして、地域貢献加算のようなものをつくってはどうか。

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)②

<各種加算>

- リハビリテーションマネジメント加算を算定している者とそれ以外で、ADLが優位に改善しているとのデータも示されており、機能改善した利用者の割合の実績を評価するなど、アウトカム評価を算定要件に含めることを検討すべき。
- 医師の関与という観点で導入されたりハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者の方が、経過が良いという結果もあることから、今後も医師の関与するリハビリテーションを推進していくべき。
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算の単位数が低いことから、認知症短期集中リハビリテーション加算と同じ単位数にするなどの対応を検討すべきではないか。
- 生活行為向上リハビリテーション加算については、理念はよくても現場で使われておらず、仕組みに問題があると考えられることから、今後検討を進めるべきではないか。
- 生活期リハビリテーションは、機能の改善に加えて、生活機能の維持も重要なアウトカムであり、卒業を目的とした社会参加支援加算の在り方は見直すべきではないか。
- 生活期リハビリテーションは、卒業や修了という概念ではなく、リハビリを日常的に行いながら生活するというのが基本ではないか。社会参加支援加算は、卒業するとデイケア等のリハビリテーションが受けられないという弊害ではないか。卒業した利用者の結果の状況把握はできていないものの、例えば状態がよくなればデイケアの回数を減らして、一般介護予防や通所介護事業所等を併用して行うことも可能ではないか。
- 社会生活支援加算は、算定率も低く、自立支援に資するものになっていないのではないか。両者において経営的、運営的にもメリットがない状況の中で、デイケアから通所介護事業所への卒業や、通所介護事業所からデイケアへの逆紹介のような流れをどう実現するかが今後の課題。
- リハビリテーション提供体制加算について、PT・OT・STの配置に常時25対1の要件が設けられ、実際には5割増しの配置が必要となっているが、外部のカンファレンスへの出席や休憩時間等はカウントされない状況となるため、人員不足や今後の働き方改革のための対応の検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)③

<経営状況等>

- 人材の確保や経営の効率化の観点から、国は事業所の大規模化を進めている一方で、大規模減算を行っていることは大変問題であり、廃止すべきではないか。
- 規模が大きい、経営効率がいいというだけで、質の評価等を行わず減算される大規模減算については、他のサービス類型にないものであり、企業努力を尊重する観点からも廃止すべきではないか。
- 大規模事業所の方が効率性が高いと思うが、効率性や生産性を高めていくという観点から、今後も大規模事業所を減算するという対応を続けていくことが正しいことかは、論点として検討すべきではないか。
- 収支差率が前年比マイナス2.6%と全サービス中で最もマイナス幅が大きい。コロナの影響もある中、経営的に大変厳しいという数字が出ているところであり、考慮すべきではないか。
- デイケアは、新型コロナウイルス感染症の影響を強く受けたサービスであり、今後の第2波、第3波等を考えても、足腰を強くしていく必要があるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(短期入所生活介護)

- 質の高いサービスを提供するという観点から、他の介護サービス事業所や医療機関、家族等との連携について評価することを検討すべき。具体的には、診療報酬において、退院時の情報連携で社会福祉士の参画を得た取組が評価されていることも踏まえ、社会福祉士の役割に着目した評価を検討してはどうか。
- ショートステイで、30日を超えている例もあるが、本来の役割と理念に立ち返り、対応を検討すべき。自立支援に資する取組の実施や、医療との連携によるサポートを行うことで、中重度の方でもショートと在宅を行き来できるようにすべきではないか。
- 看取り期など利用者の状態が悪化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。【P6再掲】
- 離島や中山間地域においても事業所の持続可能なサービス提供、新規参入、介護人材の確保が可能となるような仕組みの構築が必要ではないか。【P8再掲】
- 生活機能向上連携加算について、訪問介護や小規模多機能等と同様に、ICTの活用を促進するべきではないか。
- 新型コロナ対応で、補正予算を活用し、在宅での生活が困難となった高齢者の緊急的な受入れを短期入所生活介護の事業者の協力を得て行っている例もあるが、感染症対応に伴う緊急時の受入れに関して、緊急短期入所受入加算を増額するなど、恒常的な対応を検討するべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(短期入所療養介護)

- 短期入所療養介護を行う老健の請求事業者数が増加していることや、個別リハビリテーション実施加算を半数以上が算定されていることは、老健が利用者の機能の維持・改善を図りながら在宅支援を進めていることによる結果ではないか。
- 老健の在宅療養支援機能、医療機能の強化として、短期入所療養介護で所定疾患施設療養費の算定を可能とすることも考えられるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(小規模多機能型居宅介護)

<体制、要件、人員・設備基準、研修等>

- 多様な形態でショートステイが確保できる体制の確保が必要であり、小多機の緊急時短期利用も含めて柔軟な対応を検討すべき。
- サテライトの人員基準の緩和のほか、通いの人数に対して3対1を求める配置要件や、同一敷地内の他事業との兼務要件の緩和等の見直しを検討してはどうか。ローカルルールへの対応を含め現場の実態に合わせた見直しを行い、少人数でも運営のできる体制を構築すべき。【P16再掲】

<各種加算>

- 生活機能向上連携加算について、算定率が低い理由を把握した上で、理念は良いものの算定されていない加算に関しては、整理していく方向で検討すべき。
- 算定率が低調な加算については、事業者側の意向等を調査し、経営が成り立つような仕組みを考えるべき。これにより、小多機の維持拡大を進めるべき。
- 利用者が退院した場合の受け皿となっていることから、小多機の介護支援専門員にも、居宅介護支援事業所の入院時情報提供加算と同趣旨の加算と仕組みをつくることで、小多機としての役割をより果たせるのではないか。【P7再掲】
- 子どもや地域住民との交流等の取組を行うことで、利用者が役割を得て要介護状態の改善につながった例もあり、こうした地域づくりの視点でサービスを提供し利用者の状態改善につなげた事業所を報酬で評価してはどうか。
- 利用者の自立支援、重度化防止の観点も踏まえて、既存職員や他事業所職員との兼務による口腔ケアや栄養ケアの充実に對して、充実した評価ができないか検討いただきたい。

<中山間地域等における対応>

- 「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」は、積極的に検討すべき。登録や利用の定員を地域の実情に応じ柔軟に設定できるようにすることで、経営状況が改善する場合もあるのではないか。【P8再掲】
- 「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」を行っても、介護サービスが不足しているという問題の根本的な解決にはつながらないのではないか。この措置を講ずるのであれば、適正なサービス提供の確保を前提とし、超過人数や期間は最小限にとどめ実施するべきではないか。【P8再掲】
- 中山間地域等では採算性の問題による参入不足もあるので、中山間地域等でも、事業者が参入できるようにすべき。その際、利用者負担が増加しないよう国が支援すべき。【P8再掲】

これまでの分科会における主なご意見(看護小規模多機能型居宅介護)

- きめ細やかなサービス提供ができるよう、看護師確保に向けた仕組みの構築を検討すべき。
- 在宅療養へのスムーズな移行やサービスの質の向上を図る観点から、口腔状態のスクリーニングや情報共有の仕組みづくりを行う等、歯科専門職種との連携強化等を検討すべき。
- 提供したケアの約6割が、服薬指導・管理となっており、職種間や多職種の連携、その強化についても議論するべき。
【P11再掲】
- 介護施設等における褥瘡マネジメントや排せつ自立支援、経口摂取支援等への評価と同様の評価について、看多機に係る調査結果でも実績がでていることから、行うべき。
- 看取り期への対応として、訪問入浴介護との併用を可能とし、事業者間が連携しやすい報酬体系にするべき。
- 空床利用による緊急ショートステイについて、柔軟な運用が可能となるよう見直すとともに、単価の引き上げを検討するべき。
- サテライト事業所を有する場合について、利用者等の実績を本体事業所とサテライトで合算できるように要件見直しをするべき。
- ICTの導入を進めることにより、書類面での事務の効率化を強力に進めるべき。
- 運営推進会議は、外部の目を入れながら住民とのネットワーク・連携を構築する、非常に重要な業務であるため、推進していく方策が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(福祉用具・住宅改修)

- 福祉用具に関する知識の確実な習得のため、介護支援専門員の更新研修におけるテキストや教材等の拡充をされるとよい。
- 福祉用具専門相談員に対する研修を増やし、利用者の安全性を高めるような有益な取組ができるようにしてはどうか。
- サービスの質や安全性を確保する観点からも、福祉用具専門相談員について担当件数を設けてはどうか。
- 福祉用具の選定にケアマネジャーの認識や主観が与える影響が大きいこともあることから、そうした影響も考慮しながら質の向上につなげていく必要があるのではないか。
- 利用者の状況に応じた、福祉用具の選択につながる手引きのようなものがあると、より適切な用具の選定が進み、自立支援にもつながる可能性があるため、今後検討してはどうか。
- 住宅改修と福祉用具の貸与が必要な方々に適切な時期に適切な支援が行えているかどうかの検証は、保険者によるケアプラン点検等によって行われるが、検証に当たってはPT・OT等の専門的な知見が求められるところ、リハ職の地域貢献加算をつくることで、専門職の知見を給付適正化にも活かせるのではないか。
- 介護度に応じ、レンタルの対象外のものも一定の条件下でレンタルが認められる仕組みになっているが、この条件の確認に時間がかかるため、迅速化できるよう検討できないか。

これまでの分科会における主なご意見(居宅介護支援・介護予防支援)①

<公正中立なケアマネジメントの確保等>

- ケアマネジャーは、介護サービスをマネージ・ナビゲートするという非常に重要な機能を担っており、公平、中立、適切な判断が全国で同じ基準で行われるよう、ケアプランの標準化を進めるべきではないか。
- 公正中立なケアマネジメントの実施を担保するため、前回の改定においても一定の対応が行われたが、引き続き公正中立なケアマネジメントに努めていくことが必要ではないか。
- 質の高いケアマネジャーの安定的な確保とケアマネジメントの質の向上という観点から、多くの件数を担当することは困難ではないか。担当件数と収入を両立させるためには報酬を見直した上で、質の確保が可能な担当件数を考える必要があるのではないか。
- 介護支援専門員の人材不足が課題となっており、質の維持・向上を前提に標準担当件数や、40件からの逡減制の件数等の見直しを検討してはどうか。

<多職種連携>

- 日頃からの各種専門職との連携について、他の専門職との連携も評価する報酬の設定について議論をしてはどうか。
- 医師や他の医療介護関係職種との情報共有が、日頃から活発に行われることが非常に重要であるが、今般の新型コロナウイルス感染予防下において、対面や参集が非常に困難となっているため、ICTの活用を前提とした仕組みとすることも検討が必要ではないか。
- サービス担当者会議等におけるICT導入を行うことで、時間の有効活用や効率性の向上につなげ事業所の収支の向上を目指すべきではないか。あわせて、ICT整備に関する助成も考慮すべきではないか。
- 通院同行は医療と介護の連携に有効なので、新たな評価を検討すべきではないか。

<インフォーマルサービスを含めた居宅サービス計画>

- インフォーマルサービスが組み込まれたケアプランを評価することを検討をしてはどうか。
- 介護支援専門員は、フォーマル、インフォーマルにかかわらず、サービス等が利用者にとって過不足ない適切なものを総合的に判断し対応しているため、今後は、サービスの利用実績にかかわらず、評価することを検討をしてはどうか。

<地域包括支援センターの機能や体制の強化、介護予防支援>

- 地域包括支援センターの機能や体制を強化するため、介護予防支援業務を外すことや、ケアマネ事業所に実施させるように検討するなど、地域包括支援センターの業務全体の見直しを図ることも必要ではないか。
- 介護予防支援業務の委託を進めるに当たっては、報酬上の評価、質を担保した上での業務内容の簡素化、委託先とのやりとりの簡素化等の対応が必要ではないか。
- 業務委託が推進されるよう、介護予防支援に係る業務の効率化を図るための支援策の導入や、報酬の増額を行う必要があるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(居宅介護支援・介護予防支援)②

- 介護予防マネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点については、それぞれの地域包括支援センターの考えを十分に把握し、それを踏まえて検討することが必要ではないか。
- 介護予防支援費の評価を高めて、委託しやすくすることについて検討してはどうか。
- 地域包括支援センターの重要性が増す一方で、町村部では、専門職の確保が大変困難な状況であり、自らの努力だけでは体制の強化は容易にできないというのが実情であることも踏まえつつ、ニーズに適切に対応できるような方策を検討するべきではないか。
- 重度化防止を図る観点から医療と介護の連携の強化は重要であり、介護予防支援においても、日常的な医学管理やリハビリテーションが必要な場合には、加算として評価することを検討してはどうか。

<安定的なサービス提供、処遇の改善>

- 複雑多様な業務を担うケアマネジャーの存在は重要であり、適切に評価されるべきではないか。
- ケアマネジャーには、医療と介護の連携や、地域における多様な介護資源の把握、活用等の役割が一層求められることから、ケアマネジャーの担い手不足解消をする観点からも介護報酬上の処遇改善が必要ではないか。
- 居宅介護支援の持続可能性を高め、ケアマネジャーの公正中立な立場を堅持するためにも、基本単位数の引き上げについて検討してはどうか。
- 収支が毎回マイナスという状況や、ケアマネジャーの養成数が近年少なくなっている状況を踏まえると、基本報酬の水準が適切かどうかを含めて検討をしていくべきではないか。
- 収支差率は改善傾向にあるが、依然としてマイナスである。介護支援専門員が経験と知識を積み重ね、質が向上することに比例して人件費が上がっていくことも、収支差率がマイナスとなる要因と考えられるため、基本報酬等見直しや、処遇改善が必要ではないか。
- 今後、業務負担軽減と併せて、各事業所で独立採算が可能となるような経営体制づくりを目指し、他の居宅サービス並みの改善を図ることで、介護支援専門員の能力の発揮や、利用者への安定したより良い支援を行える環境づくりにつなげられるのではないか。

<その他>

- 主治医意見書の医学的管理の必要性の欄に、必要な介護サービスに印をつける欄があるが、それがケアプランに反映されているか今後検討が必要ではないか。
- ケアプランについて、利用者サービスを継続させていくためにも、一定の利用者負担を求めていくことが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(特定施設入居者生活介護)

<体制、要件、人員・設備基準等>

- 養護老人ホームも特定施設の対象となるが、空床が目立つ施設があるなど、適切に活用されていない実態があるのではないか。また、総量規制の観点から、特定施設の申請を受けられないケースがあるため、より柔軟な対応が必要ではないか。
- 養護老人ホームや軽費老人ホームは、看護職員が基準上配置されているが、併設されている場合は兼務を認めるなど過剰な配置が生じないようにすべきではないか。
- 現行の報酬では基準以上の配置は困難であり、施設の看護職員と連携を取りながら、外部から介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションが提供できる仕組みを設けることで、ターミナルケア等の充実が図れるのではないか。【P7再掲】
- 所得の低い方でも入居できる生活支援施設での介護サービスの提供についても検討するべきではないか。
- 居宅サービスにも関わらず福祉用具が使えないため、福祉用具が柔軟に使えるように変更するべき。

<看取り等>

- 医療と連携し看取りが積極的に行われ、その実績が一定以上ある事業所については、退所者の看取り率、ACPの取組状況等についての評価が必要ではないか。【P6再掲】
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく、意思決定支援を進めるためには、この内容を理解している人材が必要であり、一定の研修を受けた者の配置を評価してはどうか。あわせて、研修の仕組みも検討していくことが必要ではないか。【P6再掲】
- 中重度者のケアや看取りに対応できる看護職員の配置を進めるため、看護体制加算のような人員基準以上に看護職員を配置する事業所を評価する加算を設けることを検討すべき。【P6再掲】

<ロボット・センサー・ICT>

- ICTの活用により基準や加算要件の緩和をする場合、適正なサービス提供やサービスの質の確保が図られる仕組みや条件設定などを検討すべき。【P17再掲】
- 介護現場の革新や業務負担の軽減という観点から、ロボットの活用を進めていくことが必要であり、介護報酬での評価や人員基準の緩和を更に進めていくべき。【P16再掲】
- 見守りセンサー等のテクノロジーを活用し、業務負担の軽減とサービスの質の向上を両立させている事業所について、加算として評価をすべきではないか。
- テクノロジーの活用事例が資料に盛り込まれているが、こうした事例の横展開を図るべき。

<各種加算>

- 入居継続支援加算について、喀痰吸引や経管栄養の入居者が15%という要件があるが、他の加算と比較しても要件設定が不適切であり、見直す必要があるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(認知症対応型共同生活介護)①

<体制、要件、人員・設備基準等>

- 緊急時短期利用の際に利用する居室について、看多機や小多機と同様にパーティションでプライバシーが確保されれば認めても良いのではないか。
- グループホームに看護職員を配置するという考え方もあるが、地域全体で柔軟に支えるという視点で、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションが利用できるようにしてはどうか。

<各種加算>

- 算定率が低い加算について、要件の見直しや緩和、廃止を検討すべきではないか。

<ICTの活用等による基準の緩和等>

- 従事者の負担軽減という観点だけではなく、これまで夜勤体制を強化してきた背景や経緯も踏まえつつ、認知症の人が特に多いということも勘案することや、サービスの質や安全性の担保の観点からの検討も必要ではないか。
- 慎重な議論が必要。昨今災害等も多い中で、利用者の安全確保の観点から、ICTに任せられることとそうでないことの議論を十分に行った上で、見直しを行うべきではないか。
- ICTの普及は進めるべきであるが、職員の負担軽減のために行うものであり、ケアの質の確保が前提。配置基準の引き下げありきの議論には反対であり、夜間の体制の在り方については丁寧な議論が必要ではないか。
- 全てのグループホームにスプリンクラーなどが完備されているのであれば、リスクマネジメントの懸念もあるかもしれないが、緩和も検討に値するのではないか。
- 介護従事者の高齢化により身体的負担のある夜勤等の人手不足が懸念されるため、介護従事者の負担軽減と併せて、夜間勤務職員の確保にも資するような処遇の改善を行い、継続的なサービス提供を支援することが重要ではないか。
- ICTの活用を積極的に進める観点からも、積極的に進めていくべきではないか。
- 他の介護サービスと比較して夜勤体制を手厚くする必要はないのではないか。
- 夜間における在宅待機宿直者は機能するか懸念がある。

これまでの分科会における主なご意見(認知症対応型共同生活介護)②

<サテライトの創設、ユニット数の弾力化>

- ユニット数や運営の弾力化やサテライト型の創設などを行う場合、介護サービスの質、効率的なサービス提供や利用者の安全確保の強化等もあわせて検討すべき。
- サテライトの創設は、「介護離職ゼロ」の実現に向けた在宅限界点の引き上げに必要と考えるが、規制緩和だけでなく、事業の実態を十分に把握した上で、サービスの質が維持できるような諸条件についても整理し行うべき。

<外部評価>

- 第三者の評価制度の導入を更に進めていくことが必要があり、評価の基準や手法、手数料等の費用について、明らかにした上で検討してはどうか。
- 外部評価については、評価事業者により手数料が異なる現状は、今後検討していく課題ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護老人福祉施設)①

<ユニットケア>

- 個室ユニット型施設の普及のためには、ケアの質を落とさないことを前提に、ユニット定員の増加をはじめ、基準の見直しや緩和について検討すべき。
- ユニットケアを普及するためには、手厚い人員配置や職員研修が必要となるが、有休が取得しにくい、昼間のサービス提供においてユニット間での支援ができない、研修に参加しにくいなどの課題がある。地方ではユニット型への入所希望が少ない状況もあり、人材確保や労働環境、経営環境改善の観点から、基本報酬の見直しが必要ではないか。
- ユニット定員の増加は、現在の人員配置のままでは、職員の負担増が懸念されるため、人員配置のあり方をあわせて検討すべきではないか。
- ユニットケアは、馴染みの関係を築きながら、個別性の高いケアを行うものであり、2ユニット単位での運用を認める場合、日中手薄になることや、職員の見るべき利用者が増えることから、職員の負担が増え、ユニットケアの維持が難しいのではないか。
- ユニットケアの基本は手厚い人員配置による個別ケアであり、人員不足は理解するが、2ユニット単位での運用は、質の確保が懸念されるため、専門職の常勤要件の緩和を先に行うべきではないか。
- 2ユニット単位での運用を認める場合、様々な質の担保のために、職員の研修機会を確保すべき。
- ユニットリーダーは、利用者の24時間の暮らしを支え、職員の労務管理に関わることや、施設内の各種会議への参加を行うため、原則、常勤職員であるべき。
- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば兼務を認めるなどすれば、人材の有効活用が可能となるのではないか。

<看取り等>

- 看取りにあたっては、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに従い、本人の意思を尊重したACPが作成され、医療・ケアチームにより実行されるべきであり、推進にあたっては、社会福祉士やソーシャルワーカー等の関与を明確化し、評価すべきではないか。
- 看取りにおいては、ご本人の意思を最大限尊重するケアが重要であり、ご本人の意思表示ができない場合にも人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等に則って取組を行うなど、加算の算定要件に追加すべきではないか。
- 看取りの対応のためには、施設内の看護体制の強化を進めるべきであり、重度者受入れ安定化、看取りの体制整備、外部の医療職との連携強化のためにも、夜間などへの看護職の加配への評価を検討すべき。【P6再掲】

これまでの分科会における主なご意見(介護福祉施設)②

<介護ロボット・ICTの活用や基準の緩和等>

- 生産性向上ガイドラインに依拠した体制として、業務改善のためのチームの構築、業務の必要性の検討、業務手順書の作成を行うなど、一連の体制とプロセスを基準上設け、計画的に推進を行い、基本報酬で評価すべき。
- 施設の規模も考慮し、機器導入の意味や効果を分析すべきではないか。
- 見守り機器の導入は、利用者にも効果があり、推進は重要。導入による人員配置基準の更なる緩和や導入費用の支援など検討してはどうか。
- 緊急的な対応など見守り機器により業務そのものがなくなるわけではない中で、導入のインセンティブとして単純に配置基準を減らせばむしろ負担増により離職につながる懸念がある。見守り機器が万能ではないことも考慮すべき。基準緩和自体を目的とするのではなく人材を増やしていく観点で検討して欲しい。【P17再掲】
- ICTを活用し多職種で情報共有するに当たっては、個人情報への厳格な対処が求められており、情報の保管場所等、その部分は十分に担保しながら、より使い勝手のよい機器やソフトの活用を検討してはどうか。【P17再掲】
- 腰痛防止を図るためには、ロボットを導入する前に、まずは介護技術の向上が重要ではないか。【P17再掲】
- 介護ロボットやICTの活用は業務負担の軽減や効率化を進めるために必要であり、サービスの質の確保に留意しつつ、人員の基準あるいは定員の緩和を検討すべき。
- 介護職員以外の人材確保も大変であり、同一敷地内であれば一定の上限を決めて兼務可能とすれば、人材の有効活用が可能でないか。
- 多床室とユニット型を併設する特養は、それぞれで配置基準を満たすことが求められているが、収支状況も踏まえると対応を検討する必要があるのではないか。

<その他>

- 在宅サービス事業者の参入が少なく、特養が必要な地域資源となっているところも少なくないことから、そうした地域の特養が継続的・安定的に運営できるような仕組みづくりが必要。
- 介護の質を担保するために人手を手厚く配置している施設に関して、その取組や努力を適切に評価すべきではないか。それが結果として働きやすい環境づくり、定着率の促進に寄与するのではないか。
- 特養入所者の要介護度の高まりにより、介護職員の負担増につながっているものの、処遇に反映されていないとの現場の声があるため、要介護度が高まっていることを考慮した検討が必要ではないか。
- 過疎地では、特養のベッドが空いてきているが、原則要介護3以上しか入所できないことで入所につながらないこともあるため、そのような地域では条件を緩和するなど、地域の現実に即した対応が必要ではないか。
- 低所得の人への対応を考えれば、原則として要介護3以上とする入所要件は、撤廃すべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護老人保健施設)

- 老健の基本理念を踏まえると、超強化型への重点化が必要ではないか。
- 在宅復帰の機能を一層強化するため、財政中立を原則に、メリハリをつけた評価を更に行うべきではないか。
- 他の居宅サービスと比べ訪問リハビリテーションの実施割合が少なく、促進すべきではないか。
- リハビリテーションにおける医師の関与の強化は今後も推進していくべき。
- 認知症の入所者については、集団でのリハビリテーションも効果があるのではないか。
- 地域貢献活動について、出前講座の実施や住民・入所者の合同イベント開催など、地域交流を活発にしていけばいいのではないか。
- 施設から在宅に戻ってからも、施設内で実施された口腔ケアを継続できる情報共有のスキーム作りが必要ではないか。
- 入所中も継続的にケアマネジャーと連携することで早期の対応や在宅復帰が促進される仕組みを更に進めることが必要ではないか。
- かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との合意形成に遠慮するという声も聞く一方、算定しなくとも減薬を行っているのが現実であるが、連携が進む工夫を検討すべきではないか。
- 所定疾患施設療養費について、肺炎や尿路感染症は算定要件の1週間では治療期間が収まらない事例が示されており、治療の状況、実態に即して算定要件を見直すべき。
- 所定疾患施設療養費について、带状疱疹は注射剤のみが算定要件となっているが、内服薬による治療が一般的であることも踏まえて検討すべき。
- 所定疾患施設療養費について、带状疱疹は例年発症件数が少なく、蜂窩織炎への変更など、実態に即した疾患の見直しを行ってはどうか。
- 所定疾患施設療養費（肺炎）の算定に当たり、「検査していない」ということはあり得ず、きちんとした対応が必要なのではないか。
- 所定疾患施設療養費は、診療録の内容をレセプトの摘要欄にも記載する必要があり、医師にとって負担となっているので、対応を検討するべきではないか。
- 認知症で車いすを利用している方が転倒した場合、一律に事故にあるとはいえないのではないか。ベルトによる固定も身体拘束にあたるため行えない。転倒、転落は老年症候群の1つであり、これらが本当に事故にあたるのか、検討するべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(介護医療院・介護療養型医療施設)

- 移行未定の施設がすみやかに移行できるよう、より強力な方策が必要ではないか。
- より家庭的な環境を望む家族から介護医療院に関する問合せが多くある。転換促進のため、移行定着支援加算の継続を検討してよいのではないか。
- 円滑な移行を今後とも進めていくために、何らかの工夫を加えた上で移行定着支援加算の延長を考えてよいのではないか。
- 介護療養型医療施設の設置期限が近づく中、課題整理を行うとともに、転換計画の作成や基金の活用など、更なる早期の転換に向けた支援が必要ではないか。一方で、介護報酬の考え方を踏まえると、移行定着支援加算で評価することは問題ではないか。また、移行促進の観点からも、介護療養型医療施設の基本報酬の引き下げや減算を検討すべきではないか。
- 早期に移行を促す必要があり、期限に間に合わないことがないように計画的に移行すべき。
- 令和5年度末の期限までに予定通りに移行することが基本であり、移行定着支援加算は、期間限定であるから移行が促進されるのではないか。
- 介護医療院への移行は進めていくべきであるが、介護報酬は、サービスに要した費用に対する給付が原則であり、移行定着支援加算は例外的なものという認識。
- 有床診療所から介護医療院への移行に当たって浴槽の基準がネックとなっているため、施設基準の緩和を検討していくべきではないか。
- 看取りを行うのは病院ではないはずであり、介護医療院は看取りの場所として最適と考えるため、こちらにシフトしていくべき。
- 地域の中で看取りができる施設を増やすことは重要ではないか。
- 特養には看護職がいるものの少ないので、介護職員の負担にもなっており、介護医療院を増やしていくべきではないか。一般病床で空床の施設もあることから、療養病床からの移行が少なければ、一般病床から介護医療院への転換も可能となるようにしてはどうか。
- 医療保険の療養病床から介護保険への移行による財政負担を危惧しており、小規模自治体では特に影響が大きい。財政安定化基金からの貸付による返済期間の猶予だけでなく、保険者への実質的な財政支援が必要ではないか。