

厚生労働省では、平成21年度介護報酬改定に伴う関係省令の一部改正等に関する意見募集について、平成21年1月22日から平成21年2月20日まで御意見を募集したところ、324人から501件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた主な意見とそれらに対する当省の考え方について、以下のとおり取りまとめましたので、御報告いたします。なお、取りまとめの都合上、いただいた御意見等は、適宜整理集約して掲載しております。

なお、介護報酬算定に関する技術的な解釈については、すでに発出した解釈通知において示しているため、個別のご質問に関してお答えはしていません。

区分	厚生労働省の考え方
<p>・今回の改定は初のプラス改定であるが、この程度のプラス改定では現行の介護現場で日々起きている問題を打開することはできない。また、改定に伴い、介護保険利用者が今まで以上に利用の制限に陥ったり、サービス利用を断念しなければならない事態に陥ることが考えられる。介護従事者が今まで以上に安定して介護保険利用者の介護が行え、また、介護保険利用者も今まで以上に安心で安定した生活が継続できるよう、重ねて介護報酬の再改定及び介護保険制度の改善を行うことを要望する。</p> <p>・今回の介護報酬のプラス改定の多くは加算によるものであるが、介護従事者の処遇改善を図るのであれば、基本報酬の上乗せにより対応すべきではないか。また、加算の取得ができる事業所、取得できない事業所によりサービス提供の単価が異なってしまう利用者の理解を得られないのではないか。また、このため加算を算定しない事業所がでることも考えられるため、別の評価方法を検討すべきではないか。</p> <p>・報酬面の改善だけで介護就労環境が魅力あるものになるとは考えづらく、働いている人にきちんと還元できる仕組み等、様々な多角的な取組も重要ではないか。</p> <p>・さらに、今回のプラス改定の増額分の原資については、保険料に求めないこととすること。</p> <p>・解釈通知等はなるべく早い時期に発出すべきではないか。</p> <p>・もっと報酬区分を簡素化することも重要。例えば、身体介護と生活援助は差をつけず、居宅介護ということで一本化し、30分2,500円で統一するというだけでも、間接コストの削減にもつながり、何より人間の生活を分断されず、介護を受ける当事者も、ヘルパーも現場がもっと人間らしく暮らせる制度に進化できる。</p> <p>・今回の改定を大きく特徴付けた一つが、医療系サービス団体がアップした介護報酬3%のうちのかなりの部分をまず、もって行ってしまったこと。医療機器をつけながらも在宅に戻される人も増えている現在、またさらに増えると予測されているときだけに、在宅サービスの充実が望まれる。</p>	<p>○ 介護については、介護従事者の離職率が高い、募集しても人材が集まらない等、人材確保が困難な状況にあるため、処遇の改善や人材確保に資する施策を進める必要があります。</p> <p>○ こうした状況を踏まえ、本年4月にプラス3.0%の介護報酬改定を行い、手厚い人員配置を行う事業者や有資格者を多く配置する事業者などに対する新たな加算を創設することにより、介護従事者の処遇改善を図ることとしています。</p> <p>○ また、介護従事者の給与は事業者と介護従事者との間で決められるものであり、政府としても、介護従事者の処遇改善に向けた総合的な対策を講じる考えです。</p> <p>具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護従事者の雇用管理改善に取り組む事業主等に対する総合的な支援の実施</li> <li>・ 事業者に参加となる経営指標や経費配分のモデル(経営モデル)の作成・提示</li> <li>・ 介護報酬改定後の介護従事者の給与水準についての検証</li> </ul> <p>などの様々な取組を進めていくこととしています。</p> <p>○ こうした多角的な取組やフォローアップを通じて、介護報酬の改定が介護従事者の処遇の改善に確実に結びつくような工夫を行ってまいります。</p> <p>○ また、今後とも、介護報酬については、国民が負担する介護保険料等の水準にも留意しつつ、社会保障審議会介護給付費分科会において十分な御議論をいただき、適切な報酬の設定に努めてまいります。</p> <p>○ なお、保険料負担については、介護報酬改定による保険料の急激な上昇を抑制するため、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 改定による平成21年度の上昇分の全額と</li> <li>・ 改定による平成22年度の上昇分の半額</li> </ul> <p>に相当する額について国費により措置し、被保険者の負担を軽減することとしています。</p>

介護報酬改定へ

<p>主 般 に つ い て</p>	<p>区分支給限度額いっぱいまでサービスを受けている人にとっては、報酬引き上げがサービスの量の引き下げになってしまうことから、報酬引き上げ分の区分支給限度額の引き上げを行うこと。 利用率は60%というデータが出されていたが、平均値を元にするのはデータ分析する上で実状を反映しないと思う。</p>	<p>○ 区分支給限度額の具体的水準は、要支援者等の平均的な生活実態を踏まえ作成された標準的なサービスの組み合わせに基づき、それに要する平均的な費用額を基準として算定されているところです。</p>
	<p>・利用者は制度改正の変更に対して理解するのが大変なので、今まで以上に十分な説明が必要。自治体、地域包括、ケアマネジャーによる広告知をお願いしたい。 ・現在、市町村単位で解釈が違う、いわゆるローカルルールが多発している。しかも、担当者によって独自に決められるケースもでていいる。さらには介護保険法を飛び越え独自のペナルティを加えているなど、市町村(もしくは担当者)の権限が極端に行使されている現状がある。国の統一した制度としての位置づけ、さらには市町村権限の乱用を防ぐような施策を取り込んでほしい。 ・送迎も重要な機能訓練の場であると同時に、介護を要するため、送迎サービス利用時から介護サービスとして起算すべきではないか。せめて、施設到着時間から起算し、施設出発時間までを提供時間として良いとの解釈にすべき。また、都道府県によって、6時間以上とは、「6時間5分以上」、「6時間15分以上」、および「7時間以上」など、時間帯の解釈が大きく異なることについても、平準化を図ってほしい。 ・解釈通知においては、月平均で利用定員が超過しなければ良いことになっているはずだが、都道府県によっては、一日でも超過したら減算となる等の厳しい指導を行っている。適切な人員配置があった上での月平均で利用定員以内であれば良い旨を全国共通にしてほしい。</p>	<p>○ 今後とも、各自治体や関係団体等に対し、介護報酬算定の趣旨や要件等について、十分な周知を図っていきたいと考えております。</p>
	<p>・行ったサービスの質に対する評価を確立すべきではないか。 ・報酬体系の基本に成功報酬型を導入する道筋をつけるべき。通所系、施設サービスにおいて、介護度の軽減・維持を一定期間取り組んだ事業所については、ボーナス加点をつけるなどできないか。 ・介護予防の事業所評価加算については、運動機・口腔・栄養による予防効果に限定されているが、介護保険制定当初より、通所介護においてはレクリエーションによる機能維持・回復が求められてきているアクテビティ加算も選択肢に入れる事を求める。</p>	<p>○ 平成18年の介護報酬改定において、軽度者の状態に即した自立支援と目標指向型のサービス提供を推進する観点から、要支援者に対する通所系サービスの事業所について、試行的取組として、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、その事業所に加算する「事業所評価加算」を創設しました。 ○ 平成21年の介護報酬改定においては、この「事業所評価加算」の算定状況や要介護状態の改善への取組の今後の在り方について議論したうえで、「事業所評価加算」の要件の算定方法について見直したところです。</p>
<p>中 山 間 地 域</p>	<p>・中山間地域に住まわれているかたも他の地域と同様の介護サービスをうける権利があるため、こうした地域のサービス基盤を整備するためにも、適切な加算が必要である。 ・小規模事業所は人件費割合が高くなるざるを得ず、経営が厳しいことから、「中山間地」以外も評価し、地域の小さな介護パワーを守ることを。</p>	<p>○ いわゆる中山間地域にある小規模事業所については、規模の拡大や経営の効率化を図ることが困難であり、人件費等の割合が高くなるざるを得ず、経営が厳しい状況にあることを踏まえ、いわゆる中山間地域等のうち、現行の特別地域加算対象地域以外の半島振興法指定地域等についても、当該地域に所在する小規模の事業所が行う訪問介護等の一定のサービスについて評価を行うこととしたものです。</p>

関係	<p>新設された「中山間地特別加算」「中山間地域等居住者サービス加算」及び、従前からの「特別地域加算」の対象地域について、地域名(行政区分及び地域名)を厚生労働省の責任で明示すること。</p>	<p>○ 「中山間地特別加算」「中山間地域等居住者サービス加算」及び、従前からの「特別地域加算」の対象地域については、他省の所管事項にあたる部分になるため、厚生労働省の責任で明示することは困難です。</p>
サービス提供体制強化加算について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護従事者のキャリアに着目した評価について、なぜ介護福祉士に限定するのか。社会福祉士や看護師、社会福祉主事任用等の資格も評価すべきではないか。</li> <li>・かつての看護7:1配置で起こった様な、壮絶な介護福祉士争奪戦が始まると予想される。</li> <li>・要件や算定できる類型について、全サービスで共通に設定すべきではないか。また、雇っている従業者の総数の割合ではなく、人員配置基準についての割合とすべきではないか。</li> <li>・サービス提供体制強化加算の職員数の算出方法は、常勤換算によるものとし、基準設定については、配置基準に定められた職員数とすること。また、職員の勤続年数の算定に当たっては、一つの事業所のみ勤続年数とせず、対象職種については職種の変更にも配慮したものとすること。</li> <li>・人材不足を軽減する観点から、「他業種より職業訓練を受けて転職した新規労働者に限っては割合算出より除外する」という補足を加えるべき</li> </ul>	<p>○ サービス提供体制強化加算の介護福祉士の割合を評価する類型については、介護職員の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士(訪問入浴介護及び夜間対応型訪問介護については介護福祉士と介護職員基礎研修修了者)の資格を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うこととしました。</p> <p>○ サービス提供体制強化加算の職員数の算出方法については、いただいたご意見を踏まえ、解釈通知においてお示しました。</p>
夜勤の職員配置への加算について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間職員配置加算については、緊急時の連絡体制や応援態勢を整えることで算定できることとしてはどうか。</li> <li>・夜勤業務が適正に運用されるようにしていただきたい。</li> </ul>	<p>○ 夜勤の職員配置への加算については、夜勤業務という負担の大きな業務に対して的確に人員を確保することへの評価を行うために、実際に基準を超えて人員を配置していることを要件といたしました。</p>

<p>地域区分について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大都市を有する都道府県におけるその他地域では他のその他地域よりも人件費が高いなどの実情を反映するために地域区分の制度を見直すべきではないか。</li> <li>・通所介護などのサービスで人件費率が現行より下がっているが、引き上げるべきではないか。</li> <li>・地域区分単価設定のためにサービス毎の人件費割合を算定する場合には、人件費を介護報酬で除した割合を算定すべき。</li> </ul>	<p>○ 介護従事者の給与は地域差が大きく、例えば、大都市部の事業所ほど給与費が高く経営を圧迫する傾向にあるため、平成21年度介護報酬改定では、サービス毎の人件費割合を見直すとともに、地域区分毎の報酬単価の上乗せ割合を見直すこととしました。</p> <p>○ 具体的には、介護事業の経営実態調査結果を踏まえ、地域毎の人件費割合や人件費水準といった客観的なデータに基づき、地域毎、サービス毎の介護報酬の1単位当たりの単価を見直し、地域やサービスの実情を介護報酬に反映させたところです。</p> <p>○ なお、昨年12月に社会保障審議会介護給付費分科会が取りまとめた「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告」においては、今後の課題として「地域区分の在り方について検討することとする」としており、次期3年後の介護報酬改定に向けて、地域区分の在り方については、引き続き検討を行ってまいります。</p>
<p>訪問介護について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2級ヘルパー養成講座が受講しづらくなっているため、現在働いている3級ヘルパーが、経験年数5年以上あれば引き続き働けるようにすべき。</li> <li>・サービスを身体介護と生活援助に区分することを止めるべき。</li> <li>・身体介護に引き続いて生活援助を行ったときの生活援助の算定が90分までという制限を無くすべき。</li> <li>・介護予防訪問介護に特定事業所加算がないのはなぜか。</li> <li>・生活援助1(30分未満)が認められるべき。</li> <li>・認知症加算が訪問介護でも認められるべき。また、特定疾の方のケアや困難ケースのケアにおいても相当負担があることから、認められるべきではないか。</li> <li>・身体介護1、生活援助2のみ報酬が上がった。短時間サービス誘導だが、認知症対策が他のサービスに多いにもかかわらず、もっとも利用の多い訪問介護で、認知症に必要とされる長時間型への配慮がない。閉じこもりがちな独居利用者にとっても短時間サービスは好ましくない。</li> <li>サービス提供責任者配置の規定(非常勤の配置)について、期間限定の措置とし、人材確保のための方策を示すべき。</li> <li>緊急時訪問介護加算について、身体介護のみを算定できるとしているが、緊急的に生活援助が必要な事例も多くある。例えば、夜間に電球が切れたりブレーカーが落ちたりして自力で解決できない場合や、用意された食事をこぼしてしまい食事ができなくなってしまった時の買物や調理なども緊急を要する。</li> </ul>	<p>3級ヘルパーについては、原則として平成21年3月末で報酬上の評価を廃止しますが、現に業務に従事している方について、最終的な周知及び円滑な移行を図る観点から、事業者が該当する従事者に対して、2級課程等上位の資格を取得するよう通知するよう通知することを条件に、一年間に限定した経過措置を設けることとしました。</p> <p>訪問介護については、訪問介護員等の処遇改善の必要性を踏まえつつ、サービスの効果的な推進を図る観点から、短時間の訪問の訪問に対する評価を行うこととしました。</p> <p>また、特定事業所加算の要件見直しにおいて、認知症の要介護者に対するサービスを一定割合以上提供している事業所を評価の対象といたしました。</p> <p>サービス提供責任者については、事業所の効率的運営や非常勤従事者のキャリアアップを図る観点から、常勤要件を緩和いたしました。人員配置基準については施行後の状況を検証し、必要な対応を行うこととしております。</p> <p>サービス提供責任者については、特に労力のかかる初回時及び緊急時の対応を評価いたしました。</p>

	初回加算について、サービス提供責任者の業務に対して具体的な評価を設けられたことについては賛成だが、初回のみに限定するのではなく、訪問介護計画書の変更やモニタリングについても検討してほしい。	
訪問看護について	・医療機関からの訪問看護費を訪問看護ステーションからの訪問看護費と同等に引き上げるべき。	○ 医療機関と訪問看護ステーションからの訪問看護は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の提出において、診療録等への記載で代えることができるなどの相違があること等より、適正に評価しております。
	・特別管理加算を算定していない利用者についても、配薬準備等が必要な方もいるので、退院日の訪問看護を認めるべき。	○ 21年度介護報酬改定においては、病院等と利用者に関する情報共有等を行う医療連携加算、退院・退所加算が新規で算定できることとなったため、連携を図っていただきたいと思っております。
	・訪問看護ステーションからの理学療法士の訪問回数の制限をなくすべき。	○ 21年度介護報酬改定において訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る運用について見直しており、訪問回数の制限はなくしています。
	介護報酬の算定構造(案)を見ると訪問看護事業において新規に加算対象となる複数名訪問加算及び長時間訪問看護加算は早朝・夜間、深夜の割り増しの対象となっていないが、人件費にかかわる部分であり割り増しの対象とするべきではないか。	○ 早朝・夜間・深夜の訪問看護には既に加算の対象となっています。
訪問リハビリテーションについて	・短期入所サービスや施設サービス、グループホーム、病院・診療所、通所リハのサービスを受けている期間中の算定制限を撤廃し、必要に応じて訪問リハを行えるようにすべき。	○ 一定程度リハビリテーションのサービスが包括されているサービスについては、これらのサービスと訪問リハビリテーションサービスの併算定を認めていないものです。また、施設入所者に対しては、居宅サービスの提供はできないこととしている。なお、訪問リハビリテーションは、原則として、通院・通所が困難な利用者による利用に限っているところです。
	・訪問リハの指示書は通所リハ実施事業所の医師が処方することとすべき。	○ 訪問リハビリテーション事業所は医療機関であり、事業所に配置された医師が指示を出すことが適切です。 ○ なお、訪問リハビリテーションは、原則として、通院・通所が困難な利用者による利用に限っているところです。

居宅療養管理指導について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員が行う居宅療養管理指導については、「訪問診療や訪問看護を受けている者については算定できない」などという制限を撤廃すべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居宅療養管理指導で看護職員が行う療養上の相談・支援は、訪問診療や訪問看護においても実施するサービスに含まれていることから、算定できないこととしています。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居住系施設入居者等に対するサービス提供への一件あたりの単位の引き下げについては見直すべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居住系施設に入所している要介護者(要支援者)に対する居宅療養管理指導(薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等によるものに限る。)について、移動等に係る労力が在宅利用者への訪問に比して少ないことを踏まえ、その評価を適正化するものです。</li> </ul>
通所介護について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平均利用延人員が751人～900人／月の事業所の報酬を下げたのはなぜか。そもそもなぜ逓減制にするのか。</li> <li>・通所介護の行う送迎について正当に評価をすべきではないか。また、通所介護の入浴サービスについて、サービス提供体制に応じた評価を行うべきではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用延べ人数の算出方法については、解釈通知においてお示しいたしました。</li> <li>○ 送迎費用及び入浴サービスに対する評価については、前回の介護報酬改定(H18)において、それまでの送迎加算は基本単価に包括化して、入浴加算は一本化して評価しております。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別機能訓練加算Ⅱ①の常勤専従の機能訓練指導員の配置は困難であることが多いので、兼務も可能となるように算定要件を緩和すべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を行うために、個別機能訓練加算(Ⅱ)を設けることとしました。</li> </ul>
	<p>通所介護の個別機能訓練加算Ⅱの要件は、PT等をサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しない(専ら従事すること、及び「常勤」であることが上げられているが、「常勤換算」とすべきではないか。サービス提供時間帯(例えば6時間)に2名のPTを雇用している場合など、入念なサービス提供体制をとっているにもかかわらず、この加算が算定できなくなる。</p>	
<p>通所介護(1時間以上2時間未満)を新設してほしい。</p>	<p>通所介護については、規模別の事業所に対する評価のあり方について、収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び評価を見直すこととしました。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・鍼灸師を通所リハビリテーションを提供する者として位置付けるべきではないか。</li> <li>・リハビリテーションマネジメント加算の月8回という要件は厳しすぎるのではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 鍼灸師については、治療を目的とするサービスを提供するため、介護サービスにおける機能訓練員として位置付けることは困難であると考えています。</li> <li>○ リハビリテーションマネジメント加算について、御指摘の場合については、やむを得ない理由による場合は算定可能とすることとしています。</li> </ul>	

通所リハビリテーションについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者数の多寡により、異なる介護報酬を設定しているのはなぜか。</li> <li>・事業所規模別の報酬区分については、適切に設定すべきではないか。</li> </ul>	<p>○ 一定規模以上の事業所に対する評価のあり方については、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び評価を見直したものです。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所リハビリテーションの送迎加算及び食事提供加算を再び設けるべき。</li> </ul>	<p>○ 送迎費用等については、前回の介護報酬改定(H18)において、それまでの加算を基本単価に包括化しております。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士等体制加算は短時間(1～2時間)に限られ、他の時間への加算がないことから「理学療法士等手厚く配置している事業所の評価」に至らない。</li> <li>・理学療法士等の人員基準で病院と診療所で差があるのはなぜか。</li> </ul>	<p>○ 短時間リハは、短時間・個別の密度の高いリハを評価する目的から創設したものです。従って、短時間リハを提供する事業所において、理学療法士等を手厚く配置している場合を評価したものであり、短時間リハを提供する時間以外の人員配置状況を評価するものではありません。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法・作業療法の介護報酬を引き下げ、マネジメント評価を包括化するのではなく、現行通りの評価とし、ADL加算や常勤専従の理学療法士等を2名以上配置した場合の加算も存続させ、短期集中リハビリテーションと理学療法士等の同時算定も認めるべきである。</li> </ul>	<p>○ リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションのPDCAサイクルを評価したものであることや、これまでの算定状況等を踏まえて包括化したものです。また、医療保険で提供されているリハビリテーションの施設基準・人員配置基準等と整合性を図る観点から、ADL加算について見直しを行ったものです。(理学療法士等の加配に対する加算は従来通り算定可能)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中リハ加算で退院・退所後の報酬が上がっているのはいいが、退院3ヶ月後の利用者についても配慮すべき。</li> <li>・退院直後の利用者は体力が減退しており、1日40分以上のリハは拒否される可能性がある事業者側とすれば、このままでは利用をお断りするほかなく、せつかくの短期集中リハも宝の持ち腐れとなってしまうのではないか。</li> </ul>	<p>○ 退院(所)後3ヶ月以降の入所者に対しては、個別リハ加算を算定することが可能です。短期集中リハビリテーション加算は、早期のリハが身体機能の維持・回復に有効であることから加算として評価しているものです。また、短期集中リハビリテーション加算については、医療保険のリハビリテーションからのスムーズな移行を促す観点から、医療保険で提供されているリハビリテーションの提供量等を勘案の上創設したものであり、ケアプラン作成時に、利用者に短期集中リハの実施について説明を行い、利用者本人の体調や意欲等を考慮の上、算定の可否を検討いただきたいと考えています。</p>	
特定施設について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定施設については介護老人福祉施設と同等の人員基準を満たしているのに、基本サービス費が低いのはおかしいのではないか。</li> <li>・医療機関連携加算について、配置された看護職員が主治医に情報提供する場合は情報提供した内容は文書化し、保存できる環境にあることが必要ではないか。</li> <li>・個別機能訓練加算について、例えば看護師もしくは准看護師が機能訓練加算を行う場合は、看護業務の兼務も認められるように緩和すべき。</li> </ul>	<p>特定施設入居者生活介護については、手厚い人員配置に要する経費について、制度的に利用者負担を求められることができる仕組みとなっているとの費用負担の特性等を踏まえ、介護従事者の処遇改善を図る観点から、施設サービス等との均衡に配慮しつつ、基本サービス費の評価を行うこととしました。</p>

居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所における特定事業所加算については、その要件の一つである、「要介護3～5である者の割合が5割以上であること」は、利用者の介護度改善の観点と矛盾するものであるので、再考をお願いしたい。また、特定事業所加算Ⅱについて、主任介護支援専門員の配置が要件としてあるが、都道府県の予算等により、養成の定員が限定されているため、加算の算定に制限がかかるのではないか。</li> <li>・認知症高齢者や独居高齢者への支援に対する評価については、これら両方の条件を満たすものではなく、どちらかのケースに該当した場合は加算がつけられると理解して良いか。また、具体的な基準を示していただきたい。</li> <li>・居宅介護支援についていわゆる通減制の取扱いが変更となったが、今回の改正により、減算を受けても数を多く受け持った方が利益が上がることとなる。担当件数を減らすことで一件当たりの密度を濃くするためには、一件当たりの単価を見直すべきではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特定事業所加算は、中重度者や支援困難な事例について積極的な対応を行っている事業所を評価するものであり、御指摘の点とは評価の対象となるところがそもそも異なるものです。</li> <li>○ 都道府県が実施主体となる主任介護支援専門員の養成研修については、全国会議等でもその重要性を御説明し、推進を促したところです。</li> <li>○ 認知症高齢者又は独居高齢者に対する加算は、それぞれ個別に算定することができます。具体的な基準については解釈通知でお示しております。</li> <li>○ 介護支援専門員1人当たりの担当件数については、現行の35件を維持することとしておりますが、一方で、現行のいわゆる通減制については、ケアマネジメントの質を確保するという観点からその仕組みは維持しつつも、介護支援事業所の経営の改善を図る必要性もあることから、減算が適用される範囲について見直しを行ったものです。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護度別の報酬設定を止めるべき</li> <li>・サービス担当者会議は提供されるサービスの評価を行う場であり、重要性が高いことから、その開催を報酬上評価するべきではないか。</li> <li>・介護予防支援については8件の受託制限を撤廃すべきではないか。</li> <li>・ケアプランナーについては、介護支援専門員の受験要件の一つである経験年数の要件について短縮すべきではないか。</li> <li>・特定事業所集中減算は廃止も含めて見直すべきではないか。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランは利用者本人のみならず、利用者の家族のことも配慮したものにすべき。</li> <li>・ケアプラン作成の際には自己作成を基本とし、介護支援専門員はその補助を行うこととすべき。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居高齢者加算について、①「認知症日常生活自立度Ⅲ以上」を「Ⅱ以上」とすること、②形式的な独居ではなく、ケアマネの手間に応じて実態的に判定できる要件とすること、③高齢者二人世帯も対象とした加算とすること。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の二人世帯で二人とも要介護の場合（老老介護・認認介護）、介護支援でのサポートは独居高齢者同様、もしくはそれ以上に、気配り目配りが必要なのでこの場合にも加算をつけてほしい。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居高齢者加算は予防給付対象者にも適応されるべき。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療連携加算を算定する場合には、居宅サービス計画に情報提供・授受日、情報提供・依頼先及び提供した情報若しくは受領した情報の記載が必要ではないか。</li> <li>・医療連携は入退院時に限らず行われているため、日常的な連携についても評価を行う内容に改めること。</li> <li>・医療連携加算、退院・退所加算については、診療報酬との整合性や、困り込みを生じさせるおそれがあるなどの理由から、要件を見直すべきではないか。</li> </ul>	

<p>支援について</p>	<p>・主任介護支援専門員の要件について、週5日フルタイム勤務で概ね月150時間の勤務で3年間の実務経験があれば主任介護支援専門員研修の受講資格が得れるよう認めてほしい。要介護ケース35件予防ケース8件を担当し、フルタイムで3年間実務にあたられば、主任介護支援専門員としての資質は担保されると考える。また、実務要件を、兼務者にも広げるべき。</p> <p>・特定事業所加算(Ⅰ)について  イ:主任介護支援専門員は「常勤・専従」を要件とすべき。  ホ:要介護3から5までの者の占める割合が50/100以上であることの要件は、削除すべき。  ト:「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること」とあるが、居宅介護支援は利用者・家族との契約に基づくものであるべきことから、「当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること」までは規定すべきではない。  チ:「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等…」とあるが、「地域包括支援センター等から」を外し、「事例検討会、研修会、情報交換会等」と枠を拡げ、「包括の参加証明書の交付をうけること」に変更して欲しい。  又:「40件未満であること」を削除して欲しい。</p> <p>・特定事業所加算(Ⅱ)について  イ:「イ」は加算(Ⅰ)と同様の改善をして欲しい。  へ:「…計画的に研修を実施…」は、加算(Ⅰ)と同様の算定要件として欲しい。  ト:加算(Ⅰ)と同様の改善をして欲しい。</p> <p>・医療連携加算について  ①:同一法人内及び関係法人内の医療連携加算は認めないで欲しい。  ②:「当該病院または診療所の職員」の職種を限定列挙すべき。</p> <p>・認知症加算について  ①:加算の判断を介護支援専門員に委ねて欲しい。</p> <p>・特定事業所加算(Ⅲ)の要件に、「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること」又は「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること」のいずれかを加えるべきである。</p> <p>・特定事業所加算をケアマネが3名未満の小規模事業所でも算定できるよう、要件を見直すべき。</p> <p>・特定事業所加算Ⅰ、Ⅱの場合の超過件数の適用の基準が不明で、利用者の逆選別に繋がりがねない。適用するなら事業所の判断に任せるべき。</p> <p>・特定事業所加算Ⅱにおける常勤専従の介護支援専門員2名の要件は緩和すべき(小規模事業所の経営改善につながらないため)</p> <p>・退院退所加算では、「居宅サービス計画を作成し…」となっているが、退院時に居宅サービス計画を変更する程の変化がない場合であっても、加算を認めるべきではない</p> <p>・現状では月に何回も訪問が必要な方とそうではない方の単位が同じであることから、困難ケース等に対する評価をして欲しい。また、新規で対応してもサービスに繋がらなければ報酬が算定されないのので、業務に係る手間を評価して欲しい。</p>
---------------	--

居宅介護支援については、全体としては、ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を維持しつつ、件数が40件以上となる場合に全ての件数に適用される現在の逓減制について、経営改善を図る観点から、超過部分にのみ適用される仕組みに見直すとともに、特定事業所加算の見直しや医療連携加算、認知症加算、独居高齢者加算等の創設をしたものです。

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売に	<p>・福祉用具については、製品ごとの貸与価格の分布状況を把握・分析・公表して、競争を通じた価格の適正化が推進されるべきではないか。</p>	<p>○ 福祉用具貸与については、競争を通じた価格の適正化を推進するため、製品毎の貸与価格の分布状況等の把握・分析・公表や、介護給付費通知における同一製品の貸与価格幅の通知を可能とするなど、都道府県、市町村の取組を支援してまいります。</p>
	<p>・福祉用具の活用方法についての研修等の充実を期待する。</p>	
	<p>・福祉用具が保険給付の適用となるか否かは自治体だと思いが、給付を減らしたいならば訪問して状況を見るべき。</p>	
	<p>福祉用具の貸与の適正化については、様々な要素を勘案しながら取り組んでいくべき。</p>	福祉用具サービスの向上、貸与種目と販売種目の整理等保険給付の在り方については、状態像に応じたサービス提供の状況、メンテナンスに係る実態把握、有効性等について早急に調査研究を行い、「福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会」において、引き続き議論・検討を行い、早急に必要に対応を行ってまいります。
	<p>・1割相当額のレンタルは排除すべき。</p>	
	<p>福祉用具における保険給付の在り方に関する検討会で、福祉用具のメンテナンス等により保たれている安全性が低下しないよう、注意して議論検討してほしい。</p>	
	<p>・自動排泄処理装置が追加されたが、購入枠を大きく上回ることから、購入枠とは別枠で検討すべき。</p>	
	<p>特殊尿器について「尿又は便が自動的に吸引されるもの」とあるが、自動採尿器と「尿又は便が自動的に吸引されるもの」とは金額にはかなり設定差があり、介護保険の購入対象として考えた場合、あまりに自己負担率が大きくなり、自立支援に繋がるものと考えづらい。移動用リフトのリフト本体が貸与の対象であるように本体部分のみ貸与品目としてはどうか。</p>	
<p>ポータブルトイレを福祉用具レンタルに追加できないか。</p>		
<p>起き上がり補助装置の導入について、導入の制限(条件)があれば参考事例として通知してほしい。</p>	<p>平成21年度介護報酬改定と併せて新たに給付対象の範囲に含められる「起き上がり補助装置」、「離床センサー」、「階段移動用リフト」、「自動排泄処理装置」、「入浴用介助ベルト」、「引き戸等の新設」の具体的取扱等については、通知において、お示しする予定です。</p>	
<p>・「入浴用介助ベルト」「特殊尿器」は対象種目にすべき。</p>	<p>お尋ねの「入浴用介助ベルト」は、「厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る特定福祉用具の種目及び厚生労働大臣が定める特定介護予防福祉用具販売に係る特定介護予防福祉用具の種目」(平成11年3月31日厚生省告示第94号。以下「販売告示」という。)及び「介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて」(平成12年1月31日老企第34号。以下「解釈通知」という。)において、平成21年4月1日より給付対象とされます。 また、「特殊尿器」は、販売告示及び解釈通知において、既に給付対象とされております。</p>	
<p>「入浴介助用ベルト」については、入浴用と限定するのではなく、浴室以外での利用まで幅広く認めると、介護者の負担軽減と腰痛防止に繋がるのではないか。</p>	<p>お尋ねの「入浴用以外の介助ベルト」については、「介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて」(平成12年1月31日老企第34号)に基づき、利用効果の増進に資するものに限り、特殊寝台付属品等として、給付対象とされていると認識しております。</p>	

<p>こ し た</p>	<p>・軽度者の例外給付が必要があるにも関わらず却下されている事例が少なくない。主治医の意見聴取も難しいので、主治医が利用者の状況を把握していない場合はセラピストや看護師等での意見を基にすることの方がよいのではない。</p>	<p>医師の医学的所見については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の判定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）等において、主治医意見書によるもののほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見でも差し支えないこととしております。</p>
	<p>・前回の改定で福祉用具の使用状況の確認を6ヶ月毎から適時に緩和されたが、それでいいのか検証すべき（福祉用具だけでも6ヶ月毎の強制でよい）</p>	<p>「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第37号）第199条等において、福祉用具専門相談員は、利用者等からの要請等に応じて、貸与した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理等を行うこととされている。また、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条等において、介護支援専門員等は、居宅サービス計画等の実施状況の把握を行い、実施状況の把握に当たっては、少なくとも1月に1回等利用者宅を訪問することや、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととしている。これらのことから、福祉用具専門相談員をはじめ、利用者に係る関係者が当該利用者に対する（介護予防）福祉用具貸与の必要性について疑義が生ずるような場合には、介護支援専門員等と連携を図ることにより、サービス担当者会議を開催して、当該利用者が（介護予防）福祉用具貸与を受ける必要性について検証することが可能である。また、サービス担当者会議については、要介護認定の変更・更新時に開催されるものであり、これらの機会に（介護予防）福祉用具貸与の必要性を検討することも可能であることから、長期間にわたって（介護予防）福祉用具貸与の必要性が検証されないということは想定し難く、サービスの質の低下にはつながりにくいものと考えております。</p>
<p>住 宅 改 修 に つ い て</p>	<p>住宅改修引戸の新設について、今回の拡充は非常にありがたいが、現状家屋の改修工事だけでは救えない事例も地方には多いので、トイレ浴室の新設工事の追加も検討してほしい。</p> <p>住宅改修での施工と利用者での希望を考えた時に、手すり、段差解消が中心となり、改正後での引き戸等の新設をどうしてもしなくてはならない場合に、建築コストを考えると住宅改修費の支給限度基準額では予算内での工事が行えない様に思う。在宅介護を考える時、また自宅での独居生活を行う事を思えば建築に関わる部分は別の予算を頂いて出来るような形を採ってほしい。</p>	<p>住宅改修費の支給対象となる住宅改修は、被保険者の資産形成につながらないよう、また住宅改修について制約を受ける賃貸住宅等に居住する高齢者との均衡等も考慮して、手すりの取付け、床段差の解消等比較的小規模なものとしたところであり、これらに通常要する費用を勘案して、「居宅介護住宅改修費支給限度基準額及び介護予防住宅改修費支給限度基準額」（平成12年2月10日厚生省告示第35号）において、居宅介護住宅改修費支給限度基準額及び介護予防住宅改修費支給限度基準額を20万円としております。</p>

小規模多機能型居宅介護について	<p>小規模多機能型居宅介護については、以下の点について制度の整備をすべきではないか。</p> <p>1. 利用者の囲い込みについて(小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員がケアプランの作成等をするため)</p> <p>2. 不適切なサービス提供について(小規模多機能型居宅介護では訪問、通所、泊まりが提供されるため、他のサービスの利用が提供が想定されず、事業所の介護支援専門員がケアプランを作成することから適正な利用状態の把握が困難であるため)</p> <p>3. 住民の自主的活動も含める法の趣旨が遵守について(小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員であっても、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」を遵守すべきことから、介護給付等対象サービス以外のサービスが検討されたかの検証が行われることが望ましいため)</p>	<p>○ 小規模多機能型居宅介護に係る適切なサービス提供については、利用者・地域住民の代表者・市町村職員等によって構成される運営推進会議において、その質を確保することとしております。</p>
	<p>・ケアマネ業務に対する評価を行うべき。</p>	<p>○ 事業所のケアマネージャーによる小規模多機能型居宅介護計画の作成については、包括報酬の中で評価しているところです。</p>
	<p>認知症加算は、要介護2以上を想定しているようだが、要介護1で認知症生活自立度Ⅱ、Ⅲが存在する。要介護度と認知症生活自立度のダブルスタンダードがもたらす矛盾だが、どのように対処するのか。</p>	<p>○ 小規模多機能型居宅介護においては、主に中重度者の利用を想定しており、要介護1の利用者については加算の対象としなかったところです。</p>
	<p>小規模多機能型居宅介護について、平均週4回以下の利用に対する所定単位数の70/100算定は、当該サービス創出の根本となる考え方(多様かつ柔軟なサービス利用)にそぐわない定めであり、利用者意向、若しくは適切なアセスメント・ケアプランに基づくサービス回数が平均週4回を満たさない場合においては、100/100算定とするようにされたい。</p>	<p>○ 小規模多機能型居宅介護においては、その指定基準において、事業所は適切なサービスを提供しなければならないこととされており、解釈通知において適切なサービスとは、概ね週4回以上の提供とされています。また、今回の減算規定は、事業所全体として平均週4回を下回るようなケースについて減算対象としており、個別の適切なケアプランを阻害するものではないと考えています。</p>
	<p>・登録定員が16人を超えると業務が滞るのが実態なので、通いサービスの定員の見直しとそれによる報酬設定の見直しを要望する。</p>	<p>○ 小規模多機能型居宅介護においては、利用者の状況、職員の配置等を勘案しつつ、適切なケアマネジメントにより、適切なサービス提供を行っていただきたいと考えています。</p>
	<p>・事業開始時支援加算は、登録済みの利用者の負担によって事業所の経営の安定化を図る本加算の趣旨は間違っているのではないかと。居宅介護支援費や介護予防支援費と同じように利用者負担が発生しないようにすること。</p>	<p>○ 本加算は、小規模多機能型居宅介護においては、①事業開始後一定期間は利用者が集まりにくく、経営が安定しにくいこと、②一定の利用者が集まれば安定的な事業経営が可能となり、既存の利用者も含め、安定的なサービス提供を受けられること、を踏まえて創設したものです。なお、ご指摘のような趣旨も踏まえ、本加算については、支給限度額管理の対象外としていただいております。</p>
	<p>・夜間対応型訪問介護の24時間通報対応加算について、「日中においてオペレーションセンターサービスを行うために必要な人員を確保していること」については、資格者が直ちに応答できる体制を確保していることを条件に、オペレーターが併設する事業所と兼務できるようにすべき。</p> <p>・夜間対応型訪問介護のオペレーション設置基準について、オペレーションセンターは各事業書1箇所ではなく、2箇所以上設置できることを明確化すべき。</p>	<p>○ 併設事業所における勤務を行うことにより、オペレーターとしての対応に支障が生じることが想定されることから、兼務を認めることは妥当ではないと考えています。</p> <p>○ 2箇所以上設置できることについては、現在の基準においても誤解を生じるような記載とはなっていないものと考えています。</p>

夜間対応型訪問介護	<p>・夜間対応型訪問介護において24時間通報対応加算が設けられる予定だが、介護の相談業務に関する経験年数をもつヘルパー2級も認めるべきではないか。</p>	<p>○ オペレーターについては、介護給付費分科会における議論の中でも、サービス提供の是非を決定する重要な役職であるため、これになることのできる資格については、一定の質が確保できるものとなるよう限定的に拡大するべきであるとの議論がなされたところであり、勤続年数をもって資格要件に変えることとするは妥当ではないと考えています。</p>
	<p>・夜間対応型訪問介護事業所に併設する訪問介護事業所が、日中における緊急対応のための訪問介護に契約と計画管理を行う必要がある場合には、夜間対応型訪問介護の契約及び計画管理の中で一体的に対することをもって見なすとすべき。</p>	<p>○ 契約形態については多様であることから、一律にみなしを行うことは不適切であると考えていますが、夜間対応型訪問介護の契約の際に日中の訪問介護の契約を一体的に行うことは可能であると考えています。</p>
	<p>・夜間対応型訪問介護事業所におけるオペレーションセンターサービスを介した訪問介護の緊急対応について、オペレーターが行った行った判断は、介護支援専門員が行った事前の訪問判断とみなされる取扱とされたい。</p>	<p>○ 日中においては、サービス提供主体はあくまでも日中の訪問介護事業者であるため、その提供に当たっては介護支援専門員の判断が不可欠であると考えています。</p>
	<p>・日中のオペレーションセンターサービスの利用者のオペレーターへの通報は、介護支援専門員への通報とみなされる取扱とすべき。</p>	<p>○ 日中にオペレーションセンターに通報した場合、それ以降はオペレーターから日中の訪問介護事業者に連絡し、そこから介護支援専門員に連絡を取り、必要性の判断を求める必要があるため、みなしを行うことは適当ではないものと考えています。</p>
短期入所について	<p>短期入所でも、短期集中リハ加算が算定できるように改正されたが、1日1単位20分では内容にそぐわない。1日3時間(1単位20分・1日9単位まで)のリハが実施できるような制度が必要。</p>	<p>○ 短期入所中の集中的なリハビリテーションは、その効果が高いことを踏まえ、介護老人保健施設における短期入所療養介護について個別のリハビリテーションの提供を評価したところです。 ○ 今後とも、事業所の経営や従業者の実態等を把握しながら、適切な報酬の設定に努めてまいります。</p>
	<p>・ショートサービスに看取りに対する評価を導入すべきではないか。</p>	<p>○ 短期入所サービスに看取りに対する加算を導入するかについては、事業所の経営や従業者の実態等を把握しながら、適切な報酬の設定に努めてまいります。</p>
	<p>看護体制加算の算定に関して、「夜勤職員配置加算」と同様に、本体施設と一体に評価することにしているかが。</p>	<p>○ 看護体制加算については、夜勤職員配置加算と異なり、介護老人福祉施設と短期入所生活介護で看護職員の配置基準自体が異なることなどから、本体施設とは別に評価することとしたものです。</p>
	<p>・日常生活継続支援加算については、新規の事業所では重度化要件や認知症自立度Ⅲ以上の方の割合を満たすことができないため、介護福祉士の要件又は重度化・認知症要件を満たすこととすべきではないか。 ・特別養護老人ホームにおいて、PT、OT、STを常勤で配置することで手厚い配置として機能訓練加算に上乘せする加算を設けるべき。</p>	<p>○ 日常生活継続支援加算については、入所者の重度化等が進んでいる施設において、介護福祉士を手厚く配置して質の高い介護を行うことを評価したものであり、これらの要件のいずれか一方のみを満たした場合には評価しないこととしています。 ○ 特別養護老人ホームにおける手厚い機能訓練に対する評価については、既に「個別機能訓練加算」において行っているところです。</p>

介護老人福祉施設について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤加算については、ユニット型施設については、通常型より単位数を上げるべきではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 夜勤職員配置加算については、ユニット型施設では、加配した夜勤職員の負担がより重くなると考えられることを勘案し、従来型施設より高い報酬設定としております。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活継続支援加算について、サービス提供体制強化加算と同時に算定できるようにすべき。</li> <li>・認知症日常生活自立度の判定は、生活相談員や施設介護支援専門員などが実施するのが望ましい。</li> <li>・特別養護老人ホームで人材育成プログラムや養成校と連携したインターンシップの取組などについて、報酬で評価すべき。</li> <li>・夜勤職員配置加算及び看護体制加算Ⅰ・Ⅱについて、定員等による報酬区分をとりやめ、地域密着型介護老人保健施設と同等の評価に一本化すること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日常生活継続支援加算は、質の高い職員を手厚く配置することを評価する点において、サービス提供体制強化加算と評価項目が重複しているため、同時に算定することは認めないこととしています。</li> <li>○ 認知症日常生活自立度の判定は、医学的知識の下で行われることが望ましく、医師による判断を基本とすべきであると考えております。</li> <li>○ 介護報酬における加算は原則として利用者に対するサービスの質の高さを評価するものであるところ、人材育成やインターンシップの取組がこのような評価にふさわしいか否かは検討が必要です。</li> <li>○ 夜勤職員配置加算及び看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)については、追加的に人員を配置する際の利用者1人当たりのコストの違いから、比較的小規模の施設については高い報酬設定としたものです。</li> </ul>
介護老人保健施設について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設利用中での医療保険の適用ができるようにするべきではないか。</li> <li>・リハビリテーションマネジメント加算や管理栄養士配置加算の本体報酬包括化は、サービスを行っていない施設が得をする改定となっているのではないか。</li> <li>・入所3ヶ月を超える方に対するリハビリテーションについて、評価がなされないのはおかしいのではないか。施設の実情に合わせた報酬設定とすべきではないか。</li> <li>・介護報酬を十分に活用するという観点から介護療養型医療施設の廃止は撤回すること。</li> <li>・療養病床の転換が円滑に進むような対応をすべきではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護老人保健施設の介護報酬は、事業所の経営の実態を踏まえた上で、これら薬剤料等も含めた事業所の介護サービスに要する平均的な費用の額を勘案して設定しており、老人保健施設で使用される薬剤料等は介護報酬で包括的に評価しているところです。</li> <li>○ 今後とも、事業所の経営や従業者の実態等を把握しながら、適切な報酬の設定に努めてまいります。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算は、老健全体でそれを実施している施設の割合から包括する際に25単位から20単位へ減らしたそうだが、一緒に減らすのはナンセンス。今後リハマネジメント実施が義務となった場合、同じ業務をしても5単位分の減額になる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護老人保健施設でのリハビリテーションマネージメントの実態を踏まえ、単位数を見直しの上、包括化したものです。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・試行的退所サービス費について、退所時指導加算の一部としてではなく、現行通りの評価とすること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ これまでの算定実績を踏まえ、退所時指導加算の一部(退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合)として算定することとしたものです。</li> </ul>
介護療養型	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護療養型医療施設サービス費は12単位の引き上げであるが、加算・特定診療費の廃止や引き下げで改定前より受け取る報酬が引き下げとなる場合が多い。介護療養型医療施設サービスに要する費用が十分確保できるよう、特定診療費についての廃止、要件変更や引き下げを行わないこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護療養型医療施設におけるリハビリテーションについては、医療保険との役割分担の明確化や整合性を図る観点から、理学療法(Ⅰ)及び作業療法について、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅲ)等と人員配置基準が同様であることを踏まえ、評価を見直した次第です。施設の経営や従業者の実態等を把握しながら、適切な報酬の設定に努めてまいります。</li> </ul>

医療施設について	医療保険適用及び介護保険適用の療養病床の混在について、平成21年3月31日まで混在を認めるとした取扱いを延長すること。	○ 病室単位で指定を受けることができる場合の指定の効力の期限については、平成24年3月31日までに延長したところです。
	夜間勤務等看護加算について、平均72時間の時間数制限を緩和ないしは撤廃すべきである。夜勤、遅番、早番、の時間帯、極端に人員を減らさず、手厚く対応しようとしている施設が、この加算を取得しにくいという矛盾を生じている。	○ 要介護度の高い利用者が入所している等を踏まえ、基準を上回る職員配置を行っている施設について評価を行ったところです。
施設サービス	介護保険施設について、外泊時の費用が「実態を踏まえ適正化する」として大幅に引き下げられているが、そもそも施設サービス費本体の点数が低く抑えられていることに問題があるのであり、外泊時の費用まで低い基準に合わせるべきではない。	○ 外泊時費用については、利用者が外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費を徴収することができることや必要となるコストの実態を踏まえ、その評価を適正化するものです。
	・介護支援専門員の配置と業務に対する報酬上の評価を行うこと。	○ 介護支援専門員の配置については施設基準で定められており、この見直しについては、今後実態等を把握し、適切な基準の設定に努めてまいります。
予防サービスについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防訪問介護や介護予防通所介護については、要支援認定区分ごとに、月あたりの報酬を設定しているが、利用者負担等を考慮すると、回数当たりの報酬設定とすべきではないか。</li> <li>・介護予防通所介護について、原則として、要支援1＝1回／週、要支援2＝2回／週まで等と明文化すべき。</li> <li>・通所介護ご利用者は1回当たりの料金、介護予防通所介護ご利用者は1ヶ月あたりの料金だが、この両極端に疑問。契約料や月額基本料を定め、加えて実際当日ご利用1回あたりいくら、と設定するのはどうか。利用者が増えるに依じていただける報酬体系にしてもらえれば。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護予防サービスは、状態の維持・改善可能性の高い方を対象に、できるだけ要介護状態等にならないよう、利用者の状態に応じた目標を定めて自立支援のために必要なサービスを提供するものと位置付けています。</li> <li>○ 介護予防サービスについては、 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 利用者の状態像から見て、ある程度の標準化が可能であり、また、</li> <li>② 目標を達成し、一定期間後にその達成具合を評価する目標志向型のサービス</li> </ul> </li> </ul> <p>で、必ずしも時間をかけることが目標の達成に結びつくとは限らず、かえって柔軟なサービス提供を妨げるおそれがあることから、「包括的な定額報酬」としたところであり、回数当たりの報酬設定とすることは適切ではないと考えています。</p>
リハビリテーション	・リハビリテーションについては、介護制度においても今後充実していくべきではないか。	○ リハビリテーションについては、医療保険と介護保険の機能分担の観点から、見直しを行ってきたところです。介護保険においては、維持期のリハビリテーションを効果的に提供できるよう、今後も適切に対応してまいります。

<p>ヨ ン に つ い て</p>	<p>・言語聴覚療法はなぜ理学療法等と比較して高い評価となったのか。</p>	<p>○ 人員配置基準上、介護療養病床には、言語聴覚士の配置は求めていることから、理学療法・作業療法については、医療保険と整合性を図ったものです。</p>
<p>口 腔 ケ ア に つ い て</p>	<p>口腔ケアがインフルエンザや誤嚥による肺炎の減少に劇的効果を上げていることは周知の事実であり、施設や在宅で手軽に歯科衛生士の指導が受けられるために、運用上の更なる工夫が必要。 各施設に衛生士の配置を積極的に進める制度施策もぜひ検討すべき。</p>	<p>○ 口腔の健康を保つことは、要介護者等の自立した生活維持にとって重要なものであると認識しております。 ○ 平成21年度介護報酬改定においては、介護保険施設で歯科衛生士等が介護職員を行う入所者に対する日常的な口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価し、「口腔機能維持管理加算」(30単位/月)を新設したところです。 ○ 今後とも、要介護者に対する口腔ケアの提供状況にも留意しつつ、適切なサービスの提供に努めてまいります。</p>
	<p>・口腔機能維持管理加算を30単位/月でなく10単位/日は必要。 ・この度の改正で「口腔機能維持管理加算」等が加わったことは評価できるが、1月30単位で施設の介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導等を求めるのは評価が低すぎるのではないか。</p>	<p>○ 今後とも、施設入所者に対する口腔ケアの提供状況等を把握しながら、社会保障審議会介護給付費分科会において十分な御議論をいただき、適切な報酬の設定に努めてまいります。</p>
	<p>・経口移行加算の趣旨を居宅系サービスにも適用すべき。 ・栄養管理体制加算が基本サービスに包括化されたことにもない、引き続き、常勤の管理栄養士及び栄養士による利用者の年齢、心身の状況に応じた適切な栄養管理を行うための体制の必要性を明確に示すべき。</p>	<p>○ 経口移行加算の趣旨は、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行うものです。居宅系サービスには、通所事業所で行われる栄養改善サービスや管理栄養士による居宅療養管理指導があります。「栄養改善サービス」においては、嚥下困難な者は、食事摂取量が不良である場合が考えられますが、この場合は、当該サービスの対象となります。また「管理栄養士による居宅療養管理指導」においては、嚥下困難者のための流動食や経管栄養のための濃厚流動食がその対象となる特別食に定められています。</p>
	<p>短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設における栄養管理体制加算の包括について、管理栄養士及び栄養士の配置を評価した当該加算は、入所者等に対する適切な食事の提供にとって不可欠であり、廃止しないこと。</p>	<p>○ 基本サービス費への包括化は、栄養管理に係る体制加算を廃止するものではなく、基本サービス費へ現行の体制加算分(12単位)が移行するものであり、これは、当該加算の算定状況等を踏まえ、報酬体系の簡素化等の観点から行ったものであり、包括化を行っても利用者の栄養状態の管理の重要性は変わらないものであることから、各事業所においては、引き続き、これを適切に実施できる体制を維持することとしています。</p>

栄養ケアについて	低栄養改善のための栄養管理が、管理栄養士によって行われることを、もう少し明確に記載してほしい。	○ 施設へ入所(入院)されている個別の高齢者の栄養状態の改善を目的に行われる栄養ケア・マネジメントについては、管理栄養士が配置要件となっており、従来から、告示に「常勤の管理栄養士を1名以上配置していること」と明記されています。
	栄養改善加算については、低栄養者のみが対象となるのでは不十分。肥満、糖尿病患者、その他疾病を持つ高齢者に対する栄養管理上の取り組みも、栄養改善加算の対象となるようにすること。	○ 通所サービス事業所における栄養改善加算については、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者を対象として実施するものであり、ご意見の糖尿病や疾病に対する栄養管理は、主治医のもとに行われる必要があります。 ○ なお、「低栄養状態にある者又はそのおそれがある者」が、疾病を有していても当該サービスの対象となります。
	栄養士の配置は施設の規模ごとに定める必要がある。	○ 栄養士の配置については、施設基準で定めており、この見直しについては、今後、実態等を把握し、適切な基準の設定に努めてまいります。
	高齢者の栄養状態を改善することは、重度化の予防等につながることから、栄養改善サービスが必要とされる方に確実に提供される取組が重要ではないか。	○ 通所事業所で実施される「栄養改善サービス」は、今回の改定において、サービスを必要としている人に確実にサービスを提供するという観点から対象者の基準を明確化したところです。
歯科医療について	歯科医療については、医療保険と連携のできる介護報酬の改定をすべきではないか。	○ 要介護者等へのサービス提供において、歯科医療と介護の連携は重要なものであると認識しております。 ○ 今後とも、社会保障審議会介護給付費分科会において十分な御議論をいただき、適切な報酬の設定に努めてまいります。
認知症ケアについて	認知症ケアについては、その効果や係る費用等について、もっと適切に評価し、充実させていくべきではないか。	○ 認知症ケアについては、今後とも、社会保障審議会介護給付費分科会において十分な御議論をいただきながら、適切な報酬の設定に努めてまいります。

介護 保険 制度 全般 につ いて	各種加算算定においての行政提出書類等の事務処理は、現場の負担を考慮して最小限にしてもらいたい。	○ 事務負担の軽減の措置については、可能なものから順次検討・実施しているところであり、今後も引き続き検討していきたいと考えております。
	介護給付費分科会は、あくまで、関連業界団体の予算分捕りの場に過ぎないことがよく分かった。第一に、利用料を支払う利用者代表が入っていない。次に、利用されている介護保険サービスの約半分を占める在宅介護サービスの担い手であるホームヘルパーの代表が入っていない。また、本来、高齢者の代表をきちんと入れるべきなのに、70歳定年を決めているのは論理矛盾。(唯一の利用者代表だった沖藤委員は次期の委員を70歳を理由に委嘱されなかったと聞いた。)	○ 社会保障審議会介護給付費分科会においては、既に、利用者側の代表や在宅サービス事業者の代表など様々な立場にある方に委員として参加いただくとともに、必要に応じて、これらの方々以外の方からも意見を聴く機会を設けてきているところであり、これらのことにより、介護サービスの提供実態や今後の方向性を反映した議論が可能であると考えています。
	・国が保険料を吸い上げることはやめて、地方自治体に運用を任せるべき。	○ 介護保険制度については、市町村を保険者とし、国・都道府県等が重層的に支え合う仕組みとしており、また、介護保険料については、その介護保険制度に係る費用を賄うために徴収しているものです。
	・居宅介護支援事業や介護予防事業は、本来の目的から逸脱しているのので、介護保険の財源から外し、税金で事業を行うこと。	○ 介護保険法上、居宅介護支援事業については、指定居宅サービス等の適切な利用等を行うことができるよう計画を作成し、その計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう便宜の提供を行うこととして、また、介護予防事業については、介護保要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業として、各々介護保険制度内に位置付けられているものであり、介護保険の財源により事業を行うことは適切であると考えています。
そ の 他	・サービス担当者会議への出席について評価を行うべき。	○ 事業所の経営や従業者の実態等を把握しながら、適切な報酬の設定に努めてまいります。
	機能訓練指導員の有資格者の要件に、「健康運動指導士」「健康運動実践指導者」を追加すべきではないか。 機能訓練指導員の資格要件を拡大することにより、事業者側にとってより柔軟が対応が可能となり、また、真の機能訓練ができる機能訓練指導員が通所介護事業・介護予防通所介護事業で活躍できる事となり、介護予防の促進が図れる。	機能訓練指導員については、「日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると認められる者」(基準省令第2条第7項)でなければならないものとされています。 この要件を満たす者として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の6職種の資格を有する者に限定されているところですので、ご理解くださるようお願いいたします。