

厚生労働省では、令和3年度介護報酬改定に伴う関係告示の一部改正等について、令和3年1月19日から令和3年2月17日まで御意見を募集したところ、97件の御意見を頂きました。

お寄せ頂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、頂いた御意見等は、適宜整理集約して掲載しております。

また、令和3年度介護報酬改定に伴う関係告示の一部改正等に直接関係しない御意見等につきましては、お答えすることは差し控えさせて頂きましたが、貴重な御意見として承らせて頂きました。

区分	御意見の内容	厚生労働省としての考え方
報酬全般	<p>介護事業者の厳しい経営状況や介護人材の不足等を踏まえ、介護報酬の大幅な引上げが必要。また、加算の新設・変更ではなく基本報酬の引上げで対応すべき。 人件費の勘案を含め基本報酬はどのように決めているのか。基本報酬及び加算の点数の内訳を示してほしい。</p>	<p>介護報酬は、人件費等も含めた各サービスの提供に要する平均的な費用の額を勘案して定めており、基本報酬で基本的なサービス提供に係る費用を評価し、加算で介護事業者のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて評価しています。 令和3年度改定の改定率は、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業所の経営を巡る状況等を踏まえ、+0.70%となったところです。これを踏まえ、原則全てのサービスの基本報酬を引き上げるとともに、全てのサービスについて、令和3年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せすることとしています。</p>
	<p>人件費比率を地域区分に反映しているが、直接処遇職員の人件費比率のみを適用するのはおかしいのではないか。</p>	<p>利用者にサービス提供を行う従業者の賃金は地域により差があり、その地域差を介護報酬に反映するため、サービスや地域毎に1単位の単価を設定しているところです。 この地域差を勘案する職員の範囲は、人員配置基準で1名以上又は常勤換算での配置を規定している職員（医師を除く。）としているところです。</p>
	<p>報酬の引上げにより利用者負担が増えると、費用負担が困難な高齢者の利用制限につながるので、負担増にならないようにすべき。</p>	<p>介護報酬の改定に当たっては、予算編成過程において、介護事業所の経営状況等、介護サービスが安定的に提供される必要性、国民負担や介護保険財政に与える影響等を勘案し、決定したものです。 引き続き介護が必要な方に必要なサービスが提供できるようにしていきます。</p>
	<p>行政への届出が必要な加算と不要な加算があるが、どのように区分けしているのか。負担軽減の観点から届出不要の加算を増やしてほしい。</p>	<p>届出については、加算を算定する上で人員や設備等の一定の要件を満たす必要があるものについて、事前に自治体の審査を行うため、要件として求めているところです。</p>
	<p>介護現場に混乱をもたらさないよう、告示等を速やかに発出し、十分な周知期間を設けるべき。算定要件が分からない加算も多く、早くQA等を出してほしい。</p>	<p>令和3年度介護報酬改定に伴う関係告示の一部改正等については、3月15日に公布しました。報酬に関する留意事項通知等も追って発出する予定です。</p>

サービス別基本報酬	<p>居宅療養管理指導について、歯科医師及び歯科衛生士の単位数が増えたことは評価できる。</p> <p>一方で、単一建物居住者に対する報酬格差をなくしてほしい。また、単一建物の考え方が医療保険の同一建物と異なり、また算定単位数が月末でないため変動が激しい月に現場で混乱が生じている。算定方法を医療保険等同様「同一建物」に統一してほしい。</p>	<p>居宅療養管理指導における同一敷地内建物等に対するサービス提供に係る減算については、地域の要介護高齢者を訪問する場合と比べ移動等のコストが軽減され、効率的なサービス提供が可能であることを踏まえたものであり、平成30年度改定においては、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じた評価を行うこととしたところである。</p> <p>今回改定においては、同評価体系は維持しつつ、サービス提供の状況等を勘案し、より実態を踏まえた評価とすることとしております。</p>
	<p>全国の約40%の事業所が赤字である小規模多機能型居宅介護について、安定した経営が可能な基本報酬、要介護1・2の方の受け入れを適切に行える報酬体系にしてほしい。</p>	<p>令和3年度介護報酬改定では、小規模多機能型居宅介護を含めて、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全てのサービスの基本報酬を引き上げるとともに、 ・全てのサービスについて、令和3年4月から9月末の間、基本報酬に0.1%上乘せすることとしています。 <p>なお、小規模多機能型居宅介護は実利用者数が多くなるほど、収支差率が高い傾向になっており、利用者の確保が重要と考えています。</p>
	<p>今でさえケアマネジャーはなり手不足で、閉鎖の事業所が相次いでいる地域も少なくないなか、居宅介護支援でも予防でも、そもそものケアマネにかかる業務負担を減らし、十分な報酬を設定しないと、ケアマネジャーの担い手がいなくなると思う。ケアマネ事業所単独で安定した運営ができる報酬になっていない。</p>	<p>令和3年度介護報酬改定では、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を含む各種会議についてテレビ電話等を活用しての実施や、ケアプラン等における利用者等への説明・同意について電磁的記録による対応を可能するとともに、 ・居宅介護支援の基本報酬の引き上げや、特定事業所加算の拡充等を行うこととしております。
特例的な評価	<p>時限的ではあるが、0.1%を上乘せできることは評価する。</p>	<p>賛成のご意見として承ります。</p>
	<p>基本報酬への0.1%の上乘せについて、具体的な計算方法を明らかにしてほしい。1単位未満の端数は四捨五入するのか。月の請求合計に対して0.1%を乗ずるのか。区分支給限度基準額の対象外か。</p> <p>また、上乘せ割合は大幅に引上げ、期限は設定しない又は少なくとも新型コロナウイルス感染症が収束するまで延長するべき。</p>	<p>令和3年4月から9月までの間、基本報酬に0.1%上乘せすることとしていますが、端数の処理方法を含む具体的な計算方法については、通知でお示しする予定です。また、当該上乘せ分は基本報酬として算定されるものであるため、区分支給限度基準額の対象となります。</p> <p>また、令和3年10月以降については、この措置を延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域における介護の実態等を踏まえ、必要な対応を検討してまいります。</p>
感染症	<p>今回の改定で、臨時的取扱い（第12報）が廃止され、また新設加算は区分支給限度基準額の算定に含めないことに賛成。</p>	<p>賛成のご意見として承ります。</p>

<p>災害への対応力強化</p>	<p>新型コロナウイルス感染症への対応については、利用者に費用を負担させず、国が負担するなど別の仕組みにより事業所の減収補填を行うべき。</p>	<p>事業所の安定的なサービス提供は利用者にとっても重要であるため、利用者負担をお願いしているものですが、感染症への対応は介護報酬や運営基準等による対応、予算による対応等を組み合わせ総合的に推進していきます。</p>
	<p>昨年はコロナ対策でそもそも利用者減となったが、減少の有無はそれとの比較でみるのか。</p>	<p>現下の新型コロナウイルス感染症の影響による前年度の平均延べ利用者数等から5%以上の利用者減に対する特例の適用にあたっては、年度当初から即時的に対応を行うこととしており、令和3年4月からの適用にあたっては、令和2年2月の利用者数と比較することも可能です。</p>
<p>認知症への対応力の推進</p>	<p>訪問系で認知症専門ケア加算が新設されることについて歓迎。ただ、人手不足や、コロナ禍で講義の開催も進んでいないなか、専門研修のハードルは高く、猶予措置を設けるなど、加算の算定が進むように検討してほしい。日常生活自立度Ⅲ以上50%の要件もハードルが高いのではないかと。また、特に小規模事業所では、財政的・人力的に認知症ケア専門研修を受講させるのが困難であるため、国や自治体が支援するよう位置づけてほしい。</p>	<p>既存の施設系サービス等の認知症専門ケア加算と同様の算定要件としており、研修に係る猶予措置を設けることは考えていませんが、受講環境の整備は重要と考えており、研修カリキュラムの見直しを行うほか、報酬改定による対象サービスの拡充を踏まえて、受講枠の確保に向けた取組を自治体等に依頼してまいります。</p>
<p>の看取りへの充実</p>	<p>頻回の訪問介護を行った場合の2時間ルールの緩和に賛成する。</p>	<p>賛成のご意見として承ります。</p>
<p>医療と介護の連携の推進</p>	<p>介護療養型医療施設の円滑な移行的ため検討状況の報告を求めるとしているが、住民や医療機関・自治体などの理解が進んでいない中、減算により強引に移行を進めようとするのは問題ではないか。</p>	<p>令和5年度末の介護療養型医療施設の廃止期限に向け、移行等を進める上で、助成金・補助金の活用や許可申請等の手続きに一定の期間が必要であることも踏まえると、移行に向けた計画的な取組を促すことが重要であると考えています。また、自治体にとっても、事業者の意向の把握は重要な課題となっています。 このような中で、より早期の意思決定を促す観点から、事業者に、一定期間ごとに移行等に係る検討の状況について指定権者に報告を求めるとし、期限までに報告されない場合には、次の期限までの間、基本報酬を減算することとしたものです。</p>
<p>在宅サービス</p>	<p>訪問入浴介護の初回加算は、利用者の入院等により前回のサービス利用から間隔が空いた場合、どの程度の期間の利用がなければ再算定が可能か。</p>	<p>初回加算は、初回のサービス提供を行う前に利用者の居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整を行った場合を評価する加算ですが、この場合の初回とは、過去のサービス利用の有無に関わらず、当該訪問入浴介護事業所とサービス提供契約を締結した場合を指しています。</p>
	<p>訪問入浴介護における清拭時の減算の見直しについては、保清により病気を遠ざけることができるようになるので、よいと思う。</p>	<p>賛成のご意見として承ります。</p>

<p>サービスの機能と連携の強化</p>	<p>看護体制強化加算の見直しについて、そもそも介護保険を使っている方の医療ニーズとはどの範囲を示すか。ターミナル期は医療保険に切り替わるのではないか。</p>	<p>看護体制強化加算については、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点や、訪問看護の機能の強化を図る観点から、見直しを行うこととしています。 なお、原則、要介護者等に対する訪問看護については介護保険の対象となっておりますが、そのうち、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性憎悪などにより主治医の指示があった場合などは、医療保険の対象となります。</p>
	<p>今回の改正で緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実にスポットが当たり、医療依存度の高い利用者が、主介護者が介護できない状況になってもスピーディーに短期入所を利用できるようになれば有り難い。 ただ現在、近隣の地域では、短期入所療養介護を受け入れてくれる施設が少ない。このように受け入れ自体がほとんど機能していない地域があることについては、どのような対応を検討しているか。</p>	<p>短期入所療養介護に関しては、緊急時の受け入れや、医療ニーズ対応の向上等に関する議論がなされ、以下の対応が行われたところです。 ・ 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、緊急短期入所受入加算について、「7日以内」とされている受入日数の要件について、「7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。 ・ 医療ニーズのある利用者の受入の促進及び介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進の観点から、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する新たな加算を創設する。</p>
<p>ケア</p>	<p>逓減制の見直しは介護保険の流れの中で必要なことだと思う。 一方で、ICT化や事務員の配置は、必ずしもケアマネ業務の効率化や業務負担の軽減に直結しないのではないか。ケアプランなどを紙で利用者に交付することや、個人情報の管理の難しさ、事業所間での電子化対応の差などを踏まえると、電子化による作業時間の軽減は限定的ではないか。また事務員の配置によりケアマネの事務時間は減少すると思うが、事務員が名ばかりで業務をしない可能性があるのでは、事務員に任せるべき作業を例示し、実際に行っているかの確認までする必要があるのではないか。 また、必要な費用について支援を考えてほしい。</p>	<p>老人保健健康増進等事業（令和元年度）「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業」の調査結果を基に介護給付費分科会において議論を行い、逓減制の見直しを行うこととしております。ICTの活用や事務職員の配置については、ケアマネジャーの業務負担軽減等に資するものとなるよう、その要件を通知等でお示ししてまいります。 また、ICTの導入に必要な費用については、地域医療介護総合確保基金におけるICT導入支援事業により支援を行っています。</p>
	<p>逓減制の見直しにより、質の低下やケアマネの処遇の低下、ひいてはケアマネの人材確保の悪化につながるのではないか。まだ実施するのが早すぎるのではないか。件数を増やすことで収益を上げるべきではない。 また、逓減制の見直しをしても、すでに多くの困難事例の紹介を受け、真面目に対応している事業所では、件数増加は見込めない。</p>	<p>適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、ICT（AIを含む）の活用又は事務職員の配置を行っている事業者が、保険者である市町村に届け出た場合に、逓減制の適用を見直すものであり、一律的な取扱いとはしておりません。</p>
	<p>通院時情報連携加算について、新設することは有り難いが、通院同席などケアマネの大きな負担となっている業務に対し50単位というのは少ない。この単位数の根拠は何か。</p>	<p>単位数については、諸般の要素を総合的に勘案し設定しています。 なお、居宅介護支援事業所の入院時情報連携加算(Ⅱ)の単位数は100単位です。</p>

<p>通院時情報連携加算の算定はなぜ月1回までか。急性期など頻回受診する場合、より欲しい情報があるときに使えないのではないか。</p>	<p>算定回数については、老人保健健康増進等事業（令和元年度）「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」において把握した、医療機関への通院同行の状況を踏まえ設定しています。</p>
<p>通院時情報連携加算の新設により、ケアマネは来て当然と考え、1回だけではなく無制限に要求する利用者もいるのではないか。現状のモニタリングだけで大変な業務量であるなか、これ以上の業務をどのようにこなせばよいか。情報連携強化のため、医療側が時間をとって対応すべきではないか。</p>	<p>同加算については、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する加算として新設したものです。</p>
<p>通院時情報連携加算の資料に「医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から」と記載されているが、通院手段がない場合に介護支援専門員が自家用車等（「白タク」）での支援を強要されることがないよう、通知等で周知すべきではないか。</p>	<p>居宅介護支援の提供にあたっては、関係法令を遵守した上で対応がなされるものと考えております。</p>
<p>通院時情報連携加算の資料に「利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に」とあるが、加算の目的上、訪問診療の場合も対象になると考えてよいか。</p>	<p>同加算については、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席する場合の理由等を踏まえ、創設するものであり、訪問診療については対象になりません。</p>
<p>看取り期におけるサービス利用前の相談・調整に係る評価について、サービス利用前の業務を評価してくれるのは有り難いが、現在、場合によっては自費対応のほうが料金が安いので自費で福祉用具貸与事業所を使う利用者もいる。給付管理票の作成対象となるサービスを利用しない場合も報酬で評価してもらえないか。</p>	<p>給付管理票の作成対象となるサービスを利用しない場合、給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費の請求はできません。</p>
<p>委託連携加算（300単位）の新設については、評価できるが、そもそも介護予防支援の単価が低いので、一度だけ300単位がついたところで包括から居宅への再委託が進むとは思えない。また再算定を可能とする場合であっても、一定期間空けることが要件であると委託先変更の際、不都合が生じる。今回の改正で、基本報酬の差が開くことで、委託は更に進まなくなるのではないか。</p>	<p>同加算について、地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に介護予防支援の外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点から、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する新たな加算を創設するものです。</p>
<p>委託連携加算の資料に「随時情報連携」と記載があるが、介護予防支援事業所と委託先事業所との間でどのような業務・連携を行う必要があるか、早急に示してほしい。</p>	<p>ご指摘の点については、通知等で示してまいります。</p>

<p>今回の改定は、今まで以上にリハビリの要素を色濃く感じる。急性期的な対応が必要な方には当てはまるが、慢性期的な方や、特に80歳以上の方すべてに、同様に自立介護の報酬体系を決めることに疑問を感じる。</p>	<p>介護保険は、介護が必要になった方の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービスを提供を目的とするものであり、提供されるサービスは要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するものであることが求められています。 このため、今般の改定においても、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現を図る観点からの見直しを行っています。</p>
<p>リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の廃止と基本報酬の要件化に反対する。進捗状況などの医師による利用者への説明、厚労省へのデータ提出を誘導しているが、医療の現場は疲弊しており、更なる負担となる。厚労省は、維持期リハから締め出された要介護・要支援者の受け皿として介護のリハビリテーションを考えていたはずであり、介護のリハビリテーションの充実発展のため、リハビリテーションマネジメント加算の再編ではなく、本体報酬の大幅引上げを求める。また、訪問リハビリテーションでは未算定事業所が1割を超えており、即時要件化は対応が困難で、経過措置を設けてほしい。</p>	<p>自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、リハビリテーションマネジメント加算を見直しています。 その中で、報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、算定率の高いリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)及び介護予防訪問・通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算は廃止し、同加算の算定要件は基本報酬の算定要件とし、基本報酬で評価を行うこととしています。</p>
<p>リハビリテーションマネジメント加算について、より上位加算の算定を行う場合、VISIT・CHASEの入力作業が必要だが、今回の報酬改定ではそれをカバーできるだけの報酬体系にはなっていないと思う。その他、会議や他事業所との日程調整等の労力・時間を考慮した単位数としてほしい。</p>	<p>自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、リハビリテーションマネジメント加算を見直しています。 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)それぞれにおいて、事業所がCHASE・VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する区分を設けることとしています。 また、算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能としています。</p>
<p>社会参加支援加算は名称変更だけでなく、医療や介護の自宅復帰を進めるため、単位数を上げるべきではないか。</p>	<p>社会参加支援加算について、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から、加算の名称の変更に加え、リハビリテーション計画書の移行先の事業所への提供などの見直しを行うこととしています。</p>
<p>算定率の低い生活機能向上連携加算について、リハビリテーション専門職との連携の機会を担当者会議の前後に行うこととするとあるが、実効性はあるか。</p>	<p>今回の見直しは、 ・生活機能向上連携加算を算定していない理由として「利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため」とする事業所がいることや、 ・利用者・家族も参加するサービス担当者会議にリハビリ専門職が参加する場合もあることを踏まえて、サービス担当者会議の前後にリハビリ専門職と訪問介護のサービス提供責任者等がカンファレンスを行えるようにするものであり、会議の開催方法の選択肢が増えると考えています。</p>

<p>個別機能訓練加算において要件とされている機能訓練指導員の専従は、機能訓練指導員の資格を有している管理者が管理者として常勤要件を満たし業務に支障がない範囲で、一時的に専従することでも足りるのか。</p>	<p>ご指摘の点については、通知等で示してまいります。</p>
<p>入浴介助加算について、「多くの事業所で算定されていることを踏まえ」単位数を下げることは納得できない。感染リスクが高く、感染防止対策でも費用を追加で要している入浴介助をなぜ今減算するのか。</p>	<p>通所介護等における入浴介助加算については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行相当の加算区分は、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、新たな加算区分の取組を促進する観点から見直しを行う。 ・利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師等が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。 <p>こととされたものであり、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、必要な見直しであると考えています。</p> <p>なお、第2次補正予算において、感染症対策に係るかかり増し経費の支援を行っているほか、今般の改定において、全ての事業所で、基本報酬の引き上げを行い、平時からの感染症対応の強化を評価しています。また、新型コロナウイルス感染症に対応するため、かかり増しの経費が必要となること等を踏まえ、全ての事業所で、半年間0.1%基本報酬を上乗せしています。さらに、通所介護等については、感染症や災害の影響により、利用者の減少がある場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、希望する事業所から届け出があった場合、規模区分に関する柔軟な取扱いや、特例的な加算を行うこととしています。</p> <p>感染症への対応は介護報酬や運営基準等による対応、予算による対応等を組み合わせ総合的に推進していきます。</p>
<p>入浴介助加算(Ⅱ)により、個浴を用意して、自宅での入浴の自立を図ることを評価することはよいと思う。ただ、古い家に住む利用者にとっては、費用等の面で簡単に環境整備できないのではないのか。また、軽度者や家族介護が可能な利用者を選別して行ったほうが、事業者等の負担が小さく高い報酬を得られるので、クリームスキミングにつながるのではないのか。</p>	<p>通所介護等における入浴介助加算(Ⅱ)については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価すること ・この際、利用者の浴室が利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員や福祉用具専門相談員と連携し、浴室の環境整備に係る助言を行うこと <p>としており、これに基づいた環境整備を行うかどうかは利用者の希望等を勘案し判断されるべきものと考えます。</p> <p>なお、通所介護等における入浴介助加算の見直しは、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から行われるものであり、各事業所においてはこの趣旨を踏まえて、各利用者の状態に応じた適切な支援を行うものと認識しています。</p>
<p>入浴介助加算(Ⅱ)の要件に「医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・介護支援専門員等が訪問により把握・・・」とあるが、単独の訪問でもよいか。また、「医師等」は当該事業所の従業者や事業者と書面による契約を締結した者ではなく、一般的な連携先(担当介護支援専門員を含む。)でもよいか。例示されている職種以外に「等」に含まれる者はないか。</p>	<p>ご指摘の点については、通知等で示してまいります。</p>

	<p>施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算と栄養マネジメント加算については廃止して基本報酬に組み入れるのではなく、加算の引上げ等を行うべき。</p>	<p>施設系サービスにおける口腔衛生管理の充実と栄養マネジメントの強化を図る観点から、ご指摘の各加算を基本報酬に包括化することとしています。なお、あわせて、口腔衛生管理加算の上位区分の創設や栄養マネジメント強化加算の新設等も行っております。</p>
	<p>CHASE・VISITを活用し、科学的エビデンスに基づいてPDCAサイクルを回すことは有用で、それを評価することは一定意味のあることだと思う。</p>	<p>賛成のご意見として承ります。</p>
	<p>科学的介護の名のもとにビッグデータ活用を進めていくとのことだが、高齢者の心身の状況は個別性が強く、ビッグデータや平均値でひとりの人間の生活を把握することは難しいと思う。マイノリティや個別性・個人の尊厳に対する危険性を孕んでいるのではないか。数値化できることのみで介護の内容が偏重したり、クリームスキミングが生じる危険はないか。</p>	<p>高齢者の自立支援・重度化防止という制度の目的に沿って、サービスの質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進していくこととしています。 また、質の評価に当たっては、クリームスキミングにも留意しつつ、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価をバランス良く組み合わせることが重要であると考えています。</p>
	<p>科学的介護情報システム（LIFE）に関して、介護事業所での入力作業の負担に対して単位数が少ない。小規模事業所でも増収となるのか、また対応可能か。事務作業の増加によりサービスに影響が出ないように留意してほしい。またケアマネジャーに負担のしわ寄せが来ないようにしてほしい。 CHASEやVISITなど横文字にしないで、介護に関わる人に分かりやすく、取り組みやすい、効果のあるものにしてほしい。</p>	<p>介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルに沿った科学的介護を推進していく観点からの評価を設けていますが、あわせて、介護記録ソフトのデータ連携等を進め、介護現場の負担の軽減にも努めてまいります。 また、CHASEとVISITにつきましては、令和3年4月以降、科学的介護情報システム（LIFE ライフ）として一体的に運用して行く予定です。</p>
	<p>科学的介護情報システムの信頼性は大丈夫か。システムやサーバー側の不具合で大きな支障が生じないか。個人情報を知られたくない国民の権利の保障や利用の取扱いについても疑問がある。また、加算要件に「フィードバックの活用」とあるが、フィードバック情報が個別の利用者には適当でない場合も考えられる。あくまで利用者の支援のための参考情報であり、利用者の意思や状況に反する強要が行われないように通知等に記載すべき。</p>	<p>LIFEへのデータ提出に当たっては、氏名や被保険者番号等の個人情報は求めないこととしています。システムセキュリティの確保につきましては、引き続き留意して参りたいと考えております。フィードバック情報は、ケアの質の向上に活用いただきたいと考えており、利用者単位だけではなく、事業所としての取組の見直しにおいても活用して頂くことを想定しております。</p>
	<p>国にデータを提供することで利用料が高くなることは、利用者には理解されないと思う。</p>	<p>介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルに沿った科学的介護を推進していく観点からの評価を設けていますが、これは、データを提出すること自体を評価するものではなく、提出データやフィードバック情報を活用して頂き、利用者提供される介護の質の向上を図ることを評価する加算です。</p>

介護サービスの質の評価と科学的介護

取組の推進	<p>科学的介護情報システムへのデータ入力に当たり、入所者、家族に同意を得ることとなるが、全ての入所者から同意を得ることは困難と予想され、全体の7割以上でよいなど基準を作成してほしい。</p> <p>また、今まで任意とされてきた利用者情報の提出が加算により誘導されることについて、利用者と事業所の関係性やコンプライアンス上の問題はないか。</p>	<p>科学的介護推進体制加算については、原則、事業所の全ての利用者のデータの提出し、フィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクルやケアの質の向上を推進することを評価することとしています。</p> <p>なお、LIFEへのデータ提出に当たっては、氏名や被保険者番号等の個人情報、求めないこととしています。</p>
	<p>ADL維持等加算について、前回改定のパブリックコメントで、「ADL利得（BI利得）が0の利用者を0として計算するのは、「維持」を評価することにはならないのではないか」と意見提出したところ、「評価対象利用期間においてADLが向上した利用者の割合が増えず、ADLが維持された利用者の割合のみが増えた場合でも、評価される内容となっています」という回答があったが、今回の改正案では、上位下位それぞれ1割除外し、かつADL利得の平均が1以上でないと要件を満たさないため、維持群が評価されないのではないか。「ADL維持等加算」の名称はおかしい。</p> <p>そもそも、放置すれば急激に悪化しかねない高齢者のADL等の変化を緩やかにするというだけでもサービスの価値はあると考えられるところ、それを一定期間維持しているだけでも十分評価に値するのではないか。</p>	<p>ADL維持等加算は、ADLを維持・改善する事業者を評価する加算です。「ADL利得」の詳細な算出方法については、今後、留意事項通知等においてお示ししますが、初月のADL値等に応じて調整を行うこととしており、ADLの維持を評価する仕組みとなっております。</p>
等、寝たきり防止の取組の推進	<p>褥瘡マネジメント加算等や排せつ支援加算の見直しについて、アウトカムを評価することは否定しないが、「褥瘡の発生のないこと」や「おむつ使用ありからおむつ使用なしに改善していること」などを加算の要件とすることが、高齢者の介護にとって適切なものか疑問。</p>	<p>自立支援・重度化防止の取組を進める観点から、褥瘡マネジメント加算について褥瘡の発生予防や状態改善等を評価する区分や、排せつ支援加算について排せつ状態の改善等を評価する区分を創設することとしています。</p> <p>なお、具体的な要件については、関係者の参画する社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ決まったものです。</p>
介護職員の処遇改善や職場環境の	<p>サービス提供体制強化加算について、勤続年数に係る要件をなぜ引き上げるのか。これまでの加算を維持しつつ、より長い勤続年数の要件を満たす場合は更に評価するようにしてほしい。</p> <p>勤続年数10年以上の介護福祉士の割合を要件とする新たな区分については、人員不足が日常化している介護分野では現実的ではないのではないか。</p>	<p>サービス提供体制強化加算は、サービスの質の向上や介護従事者のキャリアアップを図ることを目的とするものであり、算定要件である介護福祉士割合や平均勤続年数等について、現状に即したものに見直しを行うとともに、より介護福祉士割合の高い事業所を評価する新たな加算区分を設けることとしております。</p>
	<p>介護現場の人手不足はコロナ禍で一層深刻化しており、今回改定での取組では、職員の処遇改善を図ることはできない。</p> <p>特定処遇改善加算については、算定要件の多さ・煩雑さ、事務処理負担の大きさなどから、算定率が6割程度で、サービス毎の取得率の差もある。</p> <p>加算率の大幅な引上げ、利用料に連動しない仕組みの導入等を求める。</p>	<p>今回改定では、介護職員等特定処遇改善加算について、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準の実現を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を行うとの趣旨は維持した上で、小規模事業者を含め事業者がより活用しやすい仕組みとする観点から、介護職間の配分ルールの見直しを行うこととしております。</p> <p>事務負担軽減の観点からの様式例の提示や、取得促進のための事業の実施等行っているところですが、介護職員の処遇改善に向け、引き続き支援してまいります。</p>

<p>訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が増えているのは、訪問リハビリテーションのニーズの高まっていることのため、理学療法士等による訪問の場合の評価を引き下げないこと。</p> <p>また、訪問リハビリテーションの供給量がきわめて少なく、訪問看護の理学療法士等がなんとか補っている地域も少なくないなか、看護体制強化加算の見直し等も含め、理学療法士等による訪問への評価が厳しすぎる。</p> <p>さらに、コロナ禍で（主に事業者側の要因により）通所サービスが利用しにくく、ADL等の悪化が危惧される高齢者が多いことを勘案し、単価等について配慮すべきではないか。</p>	<p>訪問看護の機能強化を図る観点から、理学療法士等によるサービス提供の状況や他の介護サービス等との役割分担も踏まえ、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う（介護予防）訪問看護の評価や提供回数等の見直しを行うこととしています。</p> <p>質の高い訪問看護及び訪問リハビリテーションの更なる普及を図る観点から、それぞれの役割に応じたサービス提供の在り方や看護職員の確保の強化策について、引き続き検討していきます。</p>
<p>長期間利用の介護予防リハビリテーションについては、そもそもサービス利用期間とリハビリテーションの必要性との間に相関があるとは考えられないため、減算を行わないこと。事故や疾患などによる機能低下と老化による機能低下は、別々に考えるべきではないか。疾患による障がいのため、継続的なリハビリテーションが必要であるが、医療では制度的に長期的なリハビリテーションの継続ができなくなり、介護保険によるリハビリテーションへ誘導され選択せざるを得ない人もいる。</p> <p>また、軽度の状態を保つための専門的な訓練や助言は認められるべきではないか。3月ごとの見直しも行われており、減算の必要はない。</p>	<p>近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直しを行うこととしています。</p>
<p>事業所医師が診療しない場合の減算について、事業所外の医師に求められる適切な研修の修了等の猶予を3年間延長することは実態に即しており評価できる。</p> <p>しかし、そもそも、なぜこの減算があるのか。リハビリテーション事業所で直接診療しなくても、情報提供書（紹介状）を定期的にもらっているにも関わらず、なぜ問題なのか。改定により、これまで他院に主治医がいた場合、主治医に加え、わざわざリハビリテーション事業所の医師への受診も必要になる。これではリハビリテーション事業所の業務が増えるほか、患者・利用者の経済的・労力的負担が増えてしまうのではないか。</p> <p>また、コロナ禍により診察が難しくなっていることや、現在の20単位の減算でもこれにより撤退した事業所が少なからず存在していることを理解してほしい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、見直しを ・また、事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長するとともに、未実施減算の単位数の見直しを行っております。

<p>居宅療養管理指導における通院が困難なものの取扱いの明確化については、現在、家族の迷惑にならないように少ない年金の中からタクシー代を出したり、介護サービスのお金を捻出できないために事故の危険があっても独歩や自転車で通院されたりしている方もいるなか、「通院が困難なもの」を明確化してしまうことで、これらの方々が「独歩で家族・介助者の助けを借りずに通院ができるもの」に該当しそうである。 個別の事情について深く検討されることなく、サービスが利用できなくならないよう、十分な補足説明をしてほしい。</p>	<p>居宅療養管理指導について、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して行うサービスであることを踏まえ、適切なサービスの提供を進める観点から、診療報酬の例を参考に、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、これらの者については算定できないことを明確化することとしておりますが、個別事情の考慮等についてお示しすることを検討します。</p>
<p>居宅療養管理指導は、サービス利用者と同じ建物に複数の対象者がいるかどうかで、療養上の管理や情報提供の手間などに違いは生じないので、同一建物居住者の人数による減算そのものを廃止すべきで、少なくとも、「10人以上の場合」の報酬を引き下げないこと。 また、移動時間については、訪問診療料などで既に評価されており、居宅療養管理指導で移動時間を勘案すべきではない。</p>	<p>居宅療養管理指導について、サービス提供の状況や移動時間、滞在時間等の効率性を勘案し、より実態を踏まえた評価とする観点から、単一建物居住者の人数に応じた評価について見直しを行うこととしております。</p>
<p>介護療養型医療施設の基本報酬を下げないでほしい。病床転換は関連機関との調整などで時間がかかるため、病院の意思だけで簡単にできず、調整には多くの時間がかかる。改修工事が必要な場合は助成金の申請など、県や厚生支局との調整も必要となり、加えてコロナ禍の影響もあり、来院の制限等がある中、なかなか転換を進めていくことができなかつた事情もある。これでは介護医療院に転換できない施設は経営が立ち行かなくなる。現に入所している利用者に必要なサービスを保証するためにも引下げは行うべきではない。</p>	<p>令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、令和2年度診療報酬改定における医療療養病床に係る評価の見直しも踏まえ、基本報酬の見直しを行うこととしています。 なお、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、介護医療院の開設許可申請等の手続きに追加の期間を要する場合にあっては、特例的な対応を行うこととしています。</p>
<p>介護医療院の移行定着加算の廃止について、移行当初の様々な負担があることから、廃止すべきでない。また、介護医療院への移行促進、移行後の費用負担の軽減を考えた場合、一律の期限設定ではなく、各施設の開設時期にあった期限設定（開設後1年の間等）にすることが望ましいと考える。</p>	<p>移行定着支援加算については、平成30年度介護報酬改定において、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、移行前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みに対する加算として新設され、介護医療院の認知度が高まると考えられる令和3年3月末までの期限が設けられたものであり、現在の介護医療院の開設状況を踏まえて、期限どおり廃止することとしています。</p>
<p>介護職員処遇改善加算(Ⅳ)・(Ⅴ)を廃止しないこと。</p>	<p>介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、令和3年3月末時点で同加算を算定している介護サービス事業者について、1年の経過措置期間を設け廃止することとしております。介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業などにより、引き続き、上位区分の算定について支援してまいります。</p>

報酬体系の簡素化	複雑な加算要件の簡素化を行うこと。	今回改定においては、報酬体系の簡素化の観点から、報酬体系の見直しや、加算の整理等を行っているところです。算定要件等については、今後具体的な通知等でお示ししていきますが、介護現場において円滑な運用がなされるよう、また、事務負担軽減の観点から、分かりやすい記載に努めてまいります。
	療養通所介護が包括報酬となることで、事業所としては経営上利用回数がある程度制限せざる負えない。介護者が就労するために利用されてきた方や、レスパイトの為に利用されていた方、週の回数多く利用していた方には厳しい状況となる。	療養通所介護については、医療と介護の両方のニーズを持つ中重度の要介護者の状態やニーズに合わせた柔軟なサービス提供を図る観点から、見直しを行いました。引き続き、サービス提供の状況や他のサービスも含めた機能や役割を踏まえながら、今後の在り方について検討してまいります。
	(看護) 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算を廃止しないこと。	同加算については、算定実績を踏まえ、廃止することとしております。
その他	安全管理体制未実施減算を導入しないこと。事故発生防止に向けて十分な情報の提供と周知を図ること。	安全管理体制未実施減算については、より適切な事故発生時の対応、介護事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、運営基準における事故発生又はその再発防止のための措置がとられていない場合は、基本報酬を減算することとしたものです。なお、当該減算は、令和3年4月1日から6ヶ月の経過措置期間を設けておりますので、当該期間内に必要な措置を講じていただくようお願いいたします。 事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、報告内容の分析や有効活用等についてどのような対応を図ることが適当か、今後検討してまいります。
	令和2年度介護事業経営実態調査結果から、基準費用額の引上げは必要である。	介護保険施設における食費の基準費用額については、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した介護保険施設の食費の平均的な費用の額との差の状況を踏まえ、引上げを行うことといたしました。