

令和6年度介護報酬改定に伴う関係告示の一部改正等に関する意見募集の結果について

令和6年3月15日  
厚生労働省  
老健局老人保健課

令和6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6年1月23日（火）から同年2月21日（水）まで御意見を募集したところ、計1,190件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた御意見の要旨とそれに対する考え方について、内容により分類し、以下のとおり取りまとめましたので、公表いたします。

皆様の御協力に深く御礼申し上げますとともに、今後とも厚生労働行政の推進に御協力いただきますよう、よろしく御願ひ申し上げます。

No.	案に対する御意見の要旨	御意見に対する厚生労働省の考え方
1.(1)① 居宅介護支援における特定事業所加算の見直し		
1	居宅介護支援の運営基準減算が大きすぎる。仮に1名だけ基準に違反しても、利用者総数に対する減算が行われる。基準を満たさなかった介護支援専門員に、会社が損害賠償請求をすることも考えられます。 居宅介護支援専門員の心理的、精神的苦痛は極めて甚大です。	特定事業所加算の算定要件のうち、「居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと」については、事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除することとしております。
2	居宅介護支援の特定事業所加算について、算定要件が見直され、報酬単価が全区分とも14単位増加となっておりますが、知識を要する対象者の分野が拡大（ヤングケ	特定事業所加算については、多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制

	<p>アラー、障害者等の追加)されたこと、介護支援専門員1人当たりの取扱人数が増えたこと等、運営上増える負担に比べ、報酬単位の上り幅が少なく思います。</p> <p>増加する負担に見合うよう更なる報酬単価のアップを望みます。</p>	<p>度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行うこととしています。さらに、負担軽減のための方策として、事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する見直しを行うこととしております。</p> <p>なお、ケアマネジャー1人当たりの取扱件数については、居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化や逡減制の見直しによるケアマネジメントへの影響に関する調査結果を踏まえ、緩和するものです。</p>
3	<p>居宅介護支援における特定事業所加算の見直しについて、算定要件にある(1)主任介護支援専門員の配置と(2)介護支援専門員の配置について、(2)のみ同一敷地内にある介護予防支援事業所に限定するのはどのような考えから来ているものなのか。(1)のように限定しない方向性でよいと考える。</p>	<p>当該要件については、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化するために見直しを行うものであるため、この見直しの趣旨に鑑み、介護支援専門員については、同一敷地内にある指定介護予防支援事業所に限定することとしています。</p>
4	<p>今回「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していることが要件に加わりましたが、まず、介護支援専門員の業務の範囲を明確にして下さい。あれもこれも介護支援専門員がしなさいという状況に陥っており、疲弊しています。また、こうした研修に関しては、どの程度開催されるのでしょうか。年1回程度の主催であれば、</p>	<p>当該要件は、介護保険以外の制度等を活用した支援が必要な利用者又はその家族がいた場合に、ケアマネジャーが関係制度や関係機関に適切に繋げられるよう必要な知識等を修得することを促すものであり、ケアマネジャーに対しケアマネジメント以外の支援を求めるものではありません。この要件における研修等については、列挙されているような他法他制度に関す</p>

	開催日程を合わすのも大変です。開催頻度が少ない場合の例外規定などはないのでしょうか。	る知識等に関する研修等が該当し、特定の研修ではなく、日頃から都道府県、市町村、職能団体等の主催により開催されている研修を想定しております。
5	居宅介護支援の特定事業所加算について、運営基準減算に係る要件を削除するのは不要。運営基準に関しては、特定事業所だからこそ守らなければならないと思います。	特定事業所加算については、事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除するものです。運営基準については、特定事業所加算の算定の有無に関わらず遵守いただく必要があります。
6	地域包括支援センターの負担が増大、要支援者がサービスを受けられず要介護状態につながりうる、要支援者の介護予防支援費を踏まえると積極的に介護予防支援を受け入れる事業所があるとは考えにくいなどの理由から、地域包括支援センターからの委託もしくは市町村から指定を受けて介護予防支援を行っていることを特定事業所加算の要件に追加してほしい。	特定事業所加算は、中重度者や支援困難ケースの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的としたものです。なお、地域包括支援センターの負担軽減の観点から、令和6年4月から居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業所の指定を受けられるようになることを踏まえ、今後、その影響について実態を把握し、必要な対応について検討してまいります。
1.(1)② 居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い		
7	介護予防支援費の単位数が業務内容の割に低すぎて、居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を受けるメリットが感じられない。	令和6年4月から居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業所の指定を受けられるようになりますが、これは、地域包括支援センターの負担軽減の観点から見直しを行ったものです。居宅介護支援事業者が指定を受けて介護予防支援を行う場合の基本報酬は、

		<p>市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務付けることに伴う手間やコストについて評価する新たな区分を設けるなど所要の措置を講じています。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
8	<p>居宅介護支援事業所への指定が可能となったこと、および、報酬についても増額していただき指定を受けることについてのインセンティブを設けていただいたことについて感謝するが、介護予防・日常生活支援総合事業における「第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）」について、従前どおり委託による対応となっていることについては、見直していただきたい。</p> <p>要支援認定者が総合事業と予防給付事業を併用することは多くあり、また、併用している利用者が、その月のみ総合事業のみの利用となることもある。この場合、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が担当している場合、地域包括支援センターの委託を受けて第1号介護予防支援を提供する必要が生ずる。その月の利用するサービスの種類によって、介護予防支援が第1号介護予防支援か変わる事態は、現状、地域包括支援センターでも生じている。このことは、居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を受ける際の大きな障壁となりうるし、地域</p>	<p>ご指摘のとおり、総合事業のサービスと予防給付のサービスを併用する要支援認定者においては、その月の利用するサービスの種類によって、介護予防支援が第1号介護予防支援か変わることが考えられるため、例えば地域包括支援センターが担当し、指定居宅介護支援事業者の一部委託する等の対応もご検討いただきたいと考えております。また、居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受ける際に支障が生じないよう、地域包括支援センターと密に連携をとっていただく必要があると考えます。</p>

	包括支援センターの業務負担軽減への影響も大きい（負担が減らない、むしろ煩雑になる）ので、ご検討願いたい。	
9	地域包括支援センターの介護予防支援費が低すぎて計画作成担当者の昇給ができない。最低でも、介護予防支援費Ⅱを地域包括支援センターでも請求できるようにすべき。	<p>介護予防支援費（Ⅱ）については、居宅介護支援事業者である介護予防支援事業者が、市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務付けることに伴う手間やコストについて評価する新たな区分を設けることとしたものですが、地域包括支援センターが介護予防支援を行う際にはこうした義務付けがないことから、単位数に差を設けております。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
1.（2）① 訪問介護における特定事業所加算の見直し		
10	24 時間連絡できる体制への確保とあるが、例えばサービス提供時間が現状、24 時間でない事業所の場合、24 時間体制とするとその分の手当や給与等の支払が発生するため、その分の補助や加算は検討してほしい。	<p>今回の改定においては、特定事業所加算において、看取り期における対応を適切に評価する観点から、重度者対応要件として、「看取り期にある者」に関する要件を新たに追加しました。</p> <p>この重度者対応要件については、これまでの算定要件に上乘せして設けている要件ではなく、選択性の要件として新たに追加したものであることから、ご指摘の「24 時間体制とした場合のその分の手当や給与等」については、特定事業所加算の算定を行うことにより、適切に評価されることとなるものと考えています。</p>

11	<p>「病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により」とあるが、こちらは協定書等「文書」での取り決めではなく、「連携ができる体制の確保」で要件を満たしているとの解釈でよいか。</p>	<p>ご指摘の「連携」の詳細については、今後、通知等でお示しすることとしています。</p>
12	<p>訪問介護について、看取り期の支援については、特定事業所加算などで内包するのではなく、個別に評価し加算設定すべき。</p>	<p>訪問介護では、看取り期の利用者に対するサービス提供について、ケアマネジャーへの報告・相談回数の増加や医師・訪問看護師等との連携によるサービス提供体制の構築に取り組んでいる実態があったことから、看取り期における対応を適切に評価する観点から、サービス提供体制を評価することとし、特定事業所加算における要件として新たに追加したものです。</p>
<p>1.(3) ⑦ 円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進、4.(1) ② 理学療法士等による訪問看護の評価の見直し</p>		
13	<p>1. 初回加算(Ⅱ)について、入退院にからまない提供開始(通院や往診等から医師の指示)の場合は(Ⅱ)を算定でよいか。</p> <p>2. 理学療法士等による訪問の減算の要件のうち、「緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していないこと。」というのは、3加算のうち事業所として一つでも算定していれば該当しないということによいか。</p> <p>3. 理学療法士等による訪問回数が看護職員による訪問回数を超えているという要件については、訪問リハビリテーションの供給量が少ない地域など、指定権者の</p>	<p>1. ご見解のとおりです。</p> <p>2. ご見解のとおりです。</p> <p>3. 訪問看護には医療ニーズが高い利用者への対応、緊急時の訪問等の役割が求められており、こうした</p>

	判断により減算しない取扱いを認めるべきではないか。	役割に着目した上で、理学療法士等による訪問看護に係る評価の見直しを行うことといたしました。
1.(3) ⑨ 退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進、1.(7) ② 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進		
14	<p>① 訪問での認知症リハビリテーションについて、介護支援専門員が対象者を判断できないのではないかと。</p> <p>② 訪問での認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、サービス利用後に生活機能の改善が見られなかった場合は返戻となるのか。また、要支援者でも算定を可能としてはどうか。</p> <p>③ 退院時共同指導加算について、同一法人であっても算定できるようにしていただきたい。</p>	<p>① 対象となる利用者への適切なサービス提供に繋がるよう、当該項目を含め、各サービスの内容等について周知に努めてまいります。</p> <p>② サービス利用後、結果的に生活機能の改善が見られなかった場合において、返戻の規定は設けておりません。要支援者の算定についてはご意見として承ります。</p> <p>③ 詳細は通知にてお示しする予定です。</p>
1.(3) ⑩ 入院時情報連携加算の見直し		
15	<p>入院当日の情報提供が評価されていますが、実態としては緊急入院の当日は緊急受け入れの病室などにおり、入院病棟が確定されていないことが多いです。ケアマネとしては病棟のプライマリーナース等と連携したいのですが、当日の情報提供だと窓口になる連携室にファックスを送ることしかできず、そこから病棟へ正確に迅速に情報が伝わるかが心配です。また受け取る連携室としても、行先未定のケアマネからの情報であふれてしまい、対応に追われてしまうのではないのでしょうか。</p>	<p>入院時における円滑な情報連携についてのご意見として承ります。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>

16	<p>居宅介護支援の入院時情報連携加算について、入院当日までに情報提供を行うのは負担が大きい。また、情報提供を行う期間が入院後3日以内に短縮されたが、それ以降の情報提供が評価されないとなると医療介護連携の退廃を促進することになる。</p>	<p>入院時情報連携加算については、入院時の迅速な情報連携をさらに促進する観点から見直しを行うものであり、事業所の休業日等に配慮した要件設定を行うこととしております。今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
17	<p>入院時連携加算について、その日のうちに持参しないといけない負担が大きい。31日に入院をし1日に提出したがその月は退院できずサービス利用が発生しなかったため無報酬ということが過去何度もあった。そういったケースへの対応について検討してもらいたい。</p>	<p>ご指摘のケースについては、従前からQ&amp;Aにおいてお示ししているとおり、居宅サービス計画に基づいて介護保険サービスを利用した翌月の10日（前月の介護給付費等の請求日）までに、当該利用者に係る必要な情報提供を行った場合に限り、介護保険サービスを利用した月の加算として算定可能です。</p>
1.(3) ⑪ 通院時情報連携加算の見直し		
18	<p>受診に同行すると待ち時間が発生し長時間の縛りがあるが、通院時情報連携加算の単位数が低すぎる。</p>	<p>単位数については、諸般の要素を総合的に勘案して設定しています。</p>
19	<p>医師・歯科医師の訪問診療はなぜ対象外なのでしょう。報酬がないのであれば、訪問診療に関してはケアマネは同行の必要はない等と明記して下さい。</p>	<p>通院時情報連携加算は、令和3年度介護報酬改定において、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評価することとして新設されたものです。</p>



		<p>なお、訪問診療におけるケアマネジャーの同行の必要性については、個別の事情に応じ、現場において適切にご判断いただいているものと承知しております。</p>
<p>1.(3) ⑰ 介護老人福祉施設等における透析が必要な者に対する送迎の評価</p>		
20	<p>特別通院送迎加算について、「送迎が困難である等やむを得ない事由」とは具体的にどのような事由を想定しているのか。保険権者ごとに新たなローカルルールが発生し得るので、事由は明確にした方が良いのではないか。</p>	<p>「やむを得ない事由」とは家族等による送迎ができない場合や、送迎サービスを実施していない病院又は診療所を利用している場合等を想定しており、通知によりお示しする予定です。</p>
21	<p>特別通院送迎加算について、特に地方の施設では病院までの距離が長く、職員が数時間拘束されることとなるため、594 単位では不十分である。</p>	<p>施設サービスにおける通院の付き添いは、日常生活上の世話や健康管理の一環として、基本報酬により評価しているところ、透析患者は定期的かつ継続的な通院を必要とすることに鑑み、施設の負担を軽減する観点から、新たに評価を行うこととしたものです。</p>
22	<p>特別通院送迎加算について、送迎負担を評価する加算ができることには賛成であるが、透析を要する入所者に対象者を限定する必要はないのではないか。 また、1月に12回以上の通院を線引きとするのではなく、実際の送迎加算で判断する回単位の加算の方がより効果的と考える。</p>	<p>施設サービスにおける通院の付き添いは、日常生活上の世話や健康管理の一環として、基本報酬により評価しているところ、透析患者は定期的かつ継続的な通院を必要とすることに鑑み、施設の負担を軽減する観点から、新たに評価を行うこととしたものです。</p>
<p>1.(3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施</p>		
23	<p>協力医療機関連携加算について、現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することとあるが、具体的にどのような頻度で会議を開催する必要があるか。</p>	<p>会議の開催頻度については、通知でお示しする予定です。単に電子メールやFAX等による情報提供をもって会議の開催に代えることはできません。</p>

	また、会議の開催ができない場合に、会議の開催に代えて、施設から医療機関に対して電子メールや FAX 等により情報共有することとしてよいか。	
24	施設系サービスの協力医療機関連携加算について、令和6年度は1月につき100単位としているが、令和6年度中に協力医療機関に係る届出を行えば、令和6年度以降は毎月100単位を算定できるということか。	要件を満たす協力医療機関と連携していれば、令和6年度中は1月につき100単位、令和7年度以降は50単位となります。(令和6年度中に届出を行った場合でも、令和7年度以降は50単位となります。)
25	協力医療機関連携加算について、算定対象となるのは現病歴等の情報を共有した入所者のみであるか。	協力医療機関連携は、協力医療機関との連携体制を評価するものであり、算定対象は現病歴等の情報を共有した入所者には限りません。
1.(3) ㉑ 入院時等の医療機関への情報提供		
26	退所時情報提供加算について、医療機関へ入院し、その後一定の期間を経て退所した場合、退所時に情報提供を行うとすると、入院時の状態とは変わっている可能性があり、医療機関にとって有益な情報とはならないのではないか。	退所時情報提供加算(退所先が医療機関の場合)は、医療機関に入院する際に生活支援上の留意点等を情報提供した場合に算定するものであり、入院から一定期間を経た退所時に情報提供を行う場合には算定できません。
1.(4) ㉓ 訪問看護等におけるターミナルケア加算の見直し、3.(3) ㉓ 訪問看護等における24時間対応体制の充実		
27	小規模な法人が経営する訪問看護ステーションが乱立し、薬の管理や状態確認などの軽微な訪問看護をしているケースが多く見られるため、点滴、褥瘡の処置、胃ろう、摘便等の医学的専門的な処置や手技等が少ない訪問看護の報酬を下げるべき。	本改正において、医療ニーズの高い在宅療養者が増加していることを踏まえ、緊急時の対応やターミナルケア等への評価を充実させるなど、メリハリのある対応を図ったところです。
1.(4) ㉖ ターミナルケアマネジメント加算等の見直し		

28	<p>居宅介護支援のターミナルケアマネジメント加算について、がん以外の方への適応の拡充は妥当と考える。ただし、終末期数日で死亡するがん疾患に対し、死亡日を予測しながらサービス調整をすることが難しいため、死亡日及び死亡前日まで14日に2回訪問という要件を、死亡日前14日ではなく死亡日前15から17日程度に緩和していただきたい。</p>	<p>ターミナルケアマネジメント加算については、自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、対象となる疾患を末期の悪性腫瘍に限定しないこととしたものです。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
29	<p>居宅介護支援の特定事業所医療介護連携加算について、現在でも算定している事業所が少ない中、ターミナルケアマネジメント加算の算定回数を15回に引き上げることで、ますます算定が困難となるのではないかと懸念されています。</p>	<p>特定事業所医療介護連携加算の算定要件であるターミナルケアマネジメント加算の算定回数については、ターミナルケアマネジメント加算の算定要件を緩和することを踏まえて見直しを行うものです。</p>
<p>1.(5) ① 高齢者施設等における感染症対応力の向上</p>		
30	<p>高齢者施設等感染対策向上加算について、利用者が集まる通所系サービスも対象にすべきではないかと懸念されています。また、訪問系サービスについても感染対策自体は行うため、加算が必要ではないかと懸念されています。</p>	<p>高齢者施設等感染対策向上加算については、施設内で感染が発生した場合に、ゾーニング等の感染予防・まん延防止のための対策を行いながら、介護サービスが提供できるよう創設したものです。また、加算（I）については、感染した施設入所者への医療提供を適切に行うことができる体制を評価しております。このため、施設系サービスを対象としています。</p>
31	<p>高齢者施設等感染対策向上加算について、診療報酬における感染対策向上加算等の届出を行っている医療機関をどのように確認すればよいかと懸念されています。</p>	<p>感染対策向上加算等の届出を行っている医療機関は、地方厚生局のホームページにおいて確認することができます。ホームページの掲載場所についてはQ&amp;Aにおいてもお示しします。</p>

32	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、例えば都道府県の即応支援チーム等の指導を受けた場合において算定してよいか。	加算の要件のとおり、感染対策向上加算の届出を行っている医療機関の医師又は看護師等による実地指導であれば算定可能です。
1.（5）② 施設内療養を行う高齢者施設等への対応		
33	新興感染症等施設療養費について、診療等を行う医療機関を確保しながらも、自施設でサービスを行うとはどういうことか。また、医療機関の確保についてはそれを証するものとしてどのような書面等が必要か。	施設内で感染した入所者について、医療機関による診療等が適切に行われ、その上で、施設内で感染対策を行った上で療養する場合を評価するものです。新興感染症等施設療養費の算定にあたり、医療機関の確保を要件としていますが、特定の書面は定めておりません。
34	新興感染症等施設療養費について、今後は感染症が発生した場合には入院は行わず、施設で療養することを推進するということか。また、パンデミック発生時には、当該費用では賄えない費用や手間がかかることが想定され、感染症の規模等に応じて国による支援を行ってほしい。また、対象の疾患について、新型コロナウイルス感染症は含まれるか。	入院が必要と認められる方については入院による治療が望ましいと考えております。また、新たなパンデミック発生時には、本加算の適用も含め必要な対応を検討してまいります。新型コロナウイルス感染症については、現時点では新興感染症等施設療養費の対象ではありません。
1.（5）④ 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入		
35	介護施設等の災害時の対応力強化については、「業務継続計画未策定減算」として基本報酬の減算という罰則だけでなく、実効性のある支援が必要ではないか。	御意見も踏まえ、介護報酬や運営基準等のほか、既存の予算事業による対応やガイドラインの見直し・普及啓発等を組み合わせて、総合的に取組を進めてまいります。

36	業務継続計画の策定義務の期限は令和7年3月31日まで延長されるのか。	居宅療養管理指導を除く全サービスについて、令和6年4月1日より業務継続計画の策定が義務づけとなります。
37	居宅療養管理指導について、運営基準上の努力義務期間の延長及び業務継続計画未策定減算の対象外としたのであれば、医療みなし事業所の他のサービスも同様の扱いとすべきではないか。	居宅療養管理指導については、事業所のほとんどがみなし指定であることや、体制整備に関する更なる周知の必要性があること等を踏まえ、経過措置期間を3年間延長することとしたものあり、他のみなし指定のサービスとは状況が異なると考えております。
1.(5) ④ 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入、1.(6) ② 身体的拘束等の適正化の推進②		
38	介護現場の士気を上げるため、また、対策の実施に必要な経費を確保するためにも、「業務継続計画未策定減算」や「身体拘束廃止未実施減算」ではなく、加算を新設すべきではないか。	<p>感染症や自然災害が発生した場合にも、必要な介護サービスが安定的・継続的に提供されるよう、業務継続計画の策定を運営基準上で義務づけたところです。また、身体的拘束等は、緊急やむを得ない場合を除き禁止されており、この緊急やむを得ない場合の判断については、客観的で慎重かつ十分な手続き（委員会での協議等）のもとで行われる必要があります。</p> <p>そのため、当該取組に関しても、介護報酬上の加算で評価を行うのではなく、運営基準上で義務付けを行うこととしております</p>
1.(7) ③ 通所介護・地域密着型通所介護における認知症加算の見直し		
39	従業員に対して認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的を開催することとされているが、定期的な開催の頻度をお教えいただきたい。	一律に定めるものではありませんが、事例の検討状況や技術の習得状況に応じて各事業所でご判断いただくものと考えております。

1.(7)⑤ 認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進		
40	認知症チームケア推進加算の算定要件における利用者及び入所者について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱのみに限定しないよう求めます。	利用者及び入所者に係る要件についての詳細は、今後通知等でお示しすることとしています。
1.(8)① 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入		
41	選択制の対象福祉用具の購入後のメンテナンスに要する費用を加味すると、レンタルするより負担が大きくなる。また、メンテナンスをせずに不適切な状態のまま使用したり、身体状況に合わなくなっても使用を続けてしまう場合が想定されるため、選択制の導入は利用者にとってデメリットが多いと考える。	<p>貸与と販売の選択制の導入に当たっては、購入を選択した場合であっても、利用者の安全やサービスの質を確保する観点から、利用者が福祉用具を購入した場合、福祉用具専門相談員は、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認するほか、</li> <li>・ 利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理を行うよう努める</li> </ul> <p>等といった対応を行うこととしております。</p> <p>また、販売後のメンテナンス等にかかる費用の取扱いについては、利用者と事業所の個別契約に基づき、決定されるものと考えており、福祉用具専門相談員はこうした点も含め、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売それぞれのメリット及びデメリットを利用者等に十分説明を行うこととしております。</p>

42	<p>「購入した方が利用者の負担が抑えられる」ということを以て、購入を選択しないよう方策を講じることを求める。</p> <p>貸与と販売という選択肢が増えることは一見すると利用者主体で良いようにも感じるが、「長く使うなら購入した方が安そう」ということを以て、利用者が安易に購入を選択してしまうことが懸念される。</p>	<p>選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととするとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこととしています。</p>
43	<p>他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感を伴う福祉用具を販売種目とするこれまでの考え方はまだわかりやすかったと思うが、新しい基準はわかりにくい。</p>	<p>今回、新たに追加された販売種目は、過去の給付データ等より、購入した方が負担が抑えられる者の割合が相対的に高く、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売の選択を可能とすることが合理的と考えられる一部の福祉用具であり、貸与と販売の選択制は、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が利用者等に対し、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売それぞれのメリット及びデメリットを含め十分説明した上で、利用者の選択に委ねる趣旨としております。</p>
2.(1) ⑪ 通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し		
44	<p>介護予防訪問リハビリテーション及び大規模 I 型通所リハビリテーション事業所の基本報酬の引き下げを行うべきではないのではないか。</p>	<p>要介護者及び要支援者に対する訪問リハビリテーションについて、利用者の状態像に応じた、より適切な評価を行う観点から、訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬に一定の差を設けています。</p>

		<p>また、通所リハビリテーションについては、リハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、大規模型事業所であっても、要件を満たしていれば通常規模型と同等の基本報酬の算定が可能です。</p>
45	<p>通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直しは、今後も継続して行われる制度か。問題がないのか確認して継続を決めて欲しい。</p>	<p>改定内容に関しては適宜検証を行った上で、次回改定の検討を行ってまいります。</p>
<p>2.(2) ① 通所介護等における入浴介助加算の見直し</p>		
46	<p>一般的に入浴を行う通所介護事業所で入浴介助に関する研修を全く行っていないという事業所はほぼ無いように思うが、通所介護事業所へのアンケート調査等の結果など、研修を新規要件として設定する必要性を示す根拠となる資料はあるのか。</p>	<p>ご意見にあるとおり、運営基準上、介護従業者の資質の向上のために研修の機会を確保しなければならないとされているところです。</p> <p>他方で、介護給付費分科会（第229回）でお示ししている資料において、入浴介助に必要な技術を習得するための研修を「行っていない」と回答した事業所が、入浴介助加算（Ⅰ）のみを算定している事業所では4割程度、入浴介助加算（Ⅱ）を算定している事業所では3割程度あるという結果が出ています。</p>
47	<p>通所介護の入浴介助加算(Ⅰ)の「入浴介助に関する研修等を行うことを新たな要件として設ける」について、通所リハ、訪問介護などでも入浴介助を行うにも関わらず、通所介護のみ新たな要件を設ける理由は何か。</p>	<p>訪問入浴介護では、居宅における入浴の援助を行うこととしております。</p> <p>通所介護では生活機能の維持又は向上を目指し、日常生活上の世話及び機能訓練を行うこととしており、より自立支援が必要となるため、利用者に必要な生活機能の維持・向上並びに自立支援につながる質の高い</p>



		<p>サービスを提供する観点から、今回改定を行っています。</p> <p>なお、通所リハビリテーションにおいては、正規の教育課程を修了した理学療法士等のリハビリテーション専門職の配置が義務づけられており、介護職員が入浴介助を行う場合においても、リハビリテーション専門職と連携していることから、通所介護と同様の研修を一律で定めることは想定しておりません。</p>
48	<p>入浴介助加算（Ⅱ）について、ローカルルールの防止の観点から利用者の動作及び浴室の環境を評価する際の具体的な評価内容を明確化していただきたい。</p> <p>①住宅改修に関する専門的知識には、福祉住環境コーディネーター・一級建築士、二級建築士も含まれるのか。経験とは、経験年数の定めや個別機能訓練加算のように定期的な評価時期の定めはあるのか。或いは、ケアプランの期間内に少なくとも1回以上のモニタリングをおこなうことで差し支えないのか。</p> <p>②医師等が居宅に訪問できない場合、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用と記載があるが、情報通信機器を用いて何を評価すれば良いのか。</p>	<p>①住宅改修に関する専門的な知識を有する者については、令和3年度介護報酬改定 Q&amp;A (Vol. 8 [令和3年4月26日] 問2) でお示ししているとおりです。</p> <p>また、一定の経験年数は定めておりませんが、定期的な評価時期等においては、令和3年度介護報酬改定 Q&amp;A (Vol. 8 [令和3年4月26日] 問3) でお示ししている通り、当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が求められた場合に再評価や、個別の入浴計画の見直しを行うこととしております。</p> <p>②今回の介護報酬改定では、「医師等の指示の下、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価及び助言を行うことでも差し支えない」としており、評価を行う者はあくまでも医師等になります。</p>

49	<p>入浴介助加算（I）の新規要件「入浴介助を行う職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。」の研修とは具体的にどのような内容、形式、頻度を想定しているのか。</p>	<p>入浴介助に関する基礎的な知識及び入浴に係る一連の動作に必要な入浴介助技術についての研修を想定しておりますが、詳細は今後通知や Q&amp;A にてお示しします。</p>
50	<p>現状の入浴加算 I に研修の要件を盛り込むことに対して反対。新たな要件を追加するのであれば加算の単位数も上げるべき。</p>	<p>今回、入浴加算 I に研修の要件を加えることとしていますが、既に事業所において実施いただいている入浴介助研修等も当該研修に含むことを想定しております。</p> <p>具体的には、脱衣、洗髪、洗体、移乗、着衣など入浴に係る一連の動作において、介助対象者に必要な入浴介助技術や転倒防止、入浴事故防止のためのリスク管理や安全管理等、広く研修対象を想定しているほか、入浴介助技術の向上を図るため、研修の機会を確保いただくのであれば、これらの研修は、内部研修・外部研修を問わない予定です。</p>
<p>2.（3）① 科学的介護推進体制加算の見直し</p>		
51	<p>地域包括ケアを念頭に訪問介護事業所として、LIFE 導入の準備を行ってきたところである。しかし、LIFE 関連加算の対象となるサービスの範囲について、訪問系サービスに適した評価項目の検討が不十分とのことで、訪問系サービスが見送られた。審議会や調査研究事業等において現場の声を反映するべき。</p>	<p>令和3年度以降、調査研究事業内で、訪問介護事業者も含めた訪問系サービスに対して LIFE を試行的に活用したところ、データ提出する項目や評価のあり方等について検討が必要とのご意見をいただき、介護給付費分科会においても、同様のご議論がございました。これを受け、令和6年度より厚生労働科学研究等において、訪問介護も含む訪問系サービスにおける適</p>

		切な評価項目や各サービスの評価のあり方等について検討していくこととしております。
2.(3) ③ アウトカム評価の充実のための ADL 維持等加算の見直し		
52	LIFE データの研究利活用の推進が示されているが、アウトカム評価に偏重したものとなれば本末転倒である。また、これらのデータ収集について、保険料等を原資とする介護報酬で評価すること自体問題である。現場での事務負担増の問題をはじめ、対人援助はデータだけでは推し量れないことを念頭に置き、介護の差別化をもたらさないようにすべきである。	介護報酬においては、LIFE を活用した介護サービスの質の向上について加算により評価しております。令和6年度改定において、LIFE に提出いただく項目を見直すなど、これまで指摘されていた現場での入力負担軽減に対応することとしております。LIFE 関連加算の一部には、アウトカムを評価する加算もごさいますが、ご指摘のようにアウトカムのみを評価するものにならないよう、事業所における取組内容等についても項目に盛り込むこととしております。
3.(1) ① 介護職員の処遇改善		
53	介護職員の給与の状況、物価高騰、人材不足の状況を踏まえると、処遇改善加算の引上げ幅が足りておらず、このままではベースアップができない。大幅な処遇改善を行うべき。	昨今の賃上げの動向や人手不足の状況を踏まえれば、介護における賃上げをはじめとする人材確保への対応は喫緊かつ重要な課題です。 そのため、今般の介護報酬改定では、+1.59%のプラス改定とし、政府経済見通しで令和6年度の全産業平均の1人当たり雇用者報酬の伸びが2.5%と、物価上昇率と同水準と見込まれている中、こうした見込みと整合的にベースアップをお願いしています。

		<p>こうした「物価高に負けない賃上げ」を実現し、地域で必要な介護サービスが安心して受けられる体制を整備してまいります。</p>
54	<p>全額公費・国庫負担での措置により、大幅な処遇改善を行うべき。</p>	<p>介護保険制度は、保険料負担、公費負担、利用者負担の適切な組み合わせにより国民皆で支え合うことで、持続可能なものとしており、処遇改善の方法については、事業者にとって安定的・継続的な事業収入が見込まれるこうした介護報酬の枠組みの下で対応していくことが適切と考えています。</p>
55	<p>処遇改善は本来各事業者の責任で実施されるべきもの。事務負担が大きく、事務委託費用が生じる場合もある処遇改善加算ではなく、基本報酬引き上げにより賃金改善を実施すべき。</p>	<p>介護職員等処遇改善加算については、基本報酬ではなく加算として設け、処遇改善の実績の報告等を要件とすることにより、その算定額を賃金の引き上げに確実に充てることを担保しています。</p> <p>その上で、こうした処遇改善加算を現場で最大限に活用いただき、介護職員の賃上げを実現できるよう、小規模事業者も含め、処遇改善加算の更なる取得促進に向けた環境整備が重要と考えております。</p> <p>このため、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取得要件の中でも、導入に時間がかかると考えられる「賃金体系の整備」等について、令和6年度中に規定等の整備を誓約することで要件を満たすこととするほか、</li> <li>・ 「モデル賃金体系」等のわかりやすい見本を示すこと、</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加算を取得していない事業所向けに大幅に記入事項を簡素化した1枚の申請様式を作成すること</li> </ul> <p>などの配慮措置を講じ、加えて、加算の新規取得や新たな加算体系への移行について、オンラインを用いた個別相談等も行いながらしっかりと支援してまいります。</p>
56	今般の改定では職員の賃金改善にはつながらず、一部職員だけの賃金改善にとどまるのではないか。	<p>処遇改善加算の、事業所内における配分については、各介護事業者の裁量に委ねられるものと考えております。</p> <p>こうした考え方にに基づき、介護職員等処遇改善加算の配分方法については、介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある介護職員に重点的に配分することとするものの、介護サービス事業者等の判断により、介護職員以外の職種への配分も含め、事業所内で柔軟な配分を認めることとしています。</p>
57	新加算Ⅰの要件に「経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること（訪問介護の場合、介護福祉士30%以上）」とあるが、これは新設の要件か。現実的ではないのではないか。	<p>現行の特定処遇改善加算Ⅰの要件を引き継ぎ、サービス提供体制強化加算の上位区分等の算定を求める要件であり、今般の改定において新設した要件ではありません。</p>
58	「新加算のいずれの区分を取得している事業所においても、新加算Ⅳの加算額の1/2以上を月額賃金の改善に充てることを要件とする。」ではなく、「加算額をすべて	<p>介護職員等処遇改善加算については、一時金ではなく月額賃金での改善を促すことで、より安定的な処遇の改善につなげることであります。</p>

	月額賃金の改善に充てる」ことを処遇改善加算の要件とすべき。一方で、職員からすると一時金が減ることによる悪影響があるのではないか。	月額での配分割合については、介護サービス事業者の経営に与える影響も踏まえ、新加算Ⅳの加算額の1/2以上としています。
59	処遇改善加算の資金を職員の職場環境改善のための設備投資や研修費用に利用できないのであれば、「職場環境の更なる改善、見える化」を要件とするべきでない。	職場環境の改善や研修受講の支援等、介護職員の人材確保に向け、賃金以外の部分も含めて総合的な取組を進める観点から、現行の加算と同様、職場環境の改善等についても、処遇改善加算の要件としています。
60	訪問リハ、訪問看護、居宅介護支援が処遇改善加算の対象外となっており、介護職・医療職の令和6年度2.5%、令和7年度2.0%の賃金改善という政府方針に反するのではないか。	今回は+1.59%の改定率の下、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に進めつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うこととしております。その上で、介護職員以外の賃上げが可能となるよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ、+0.61%の改定財源を基本報酬に配分することとしており、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップに向けて取り組んでまいりたいと考えております。
3.(2) ③ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進①		
61	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）において、「職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）」の実施を求めているが、いわゆる介護助手は、低賃金の介護職員になるのではないか。	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の要件として、職員間の適切な役割分担の実施を求めておりますが、その取組の例示として、いわゆる介護助手の活用をお示しているところであり、本加算の算定に当たっては、いわゆる介護助手の活用は必須の要件とはなっておりません。

		<p>また、いわゆる介護助手は、高齢者への直接的な介護に従事するのではなく、例えば、高齢者の入浴後の風呂の清掃を行うなどの間接業務に従事する方を指すと考えています。その活用については、介護人材の確保が喫緊の課題とされる中で、多様な人材の活用によるすそ野の拡大や、介護職員を始めとする専門職の業務負担軽減、ケアの質の確保等に寄与するものと考えており、「いわゆる介護助手は、低賃金の介護職員になる」との御指摘は当たらないものと考えています。</p>
62	<p>①生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の要件の一つである「職員間の適切な役割分担」について、新たに、いわゆる介護助手を配置しなくても、他の方法（いわゆる間接業務の外注や現在の介護職員間での業務分担の実施等）でも要件を満たすと考えてよいか。</p> <p>②また、業務改善の取組による効果を示すデータ等の「心理的負担等の変化」については、実際には心理的負担が重くなっているのに、軽くなっているように回答することを職員に強要することがないように、通知等で釘を刺した方がよいのではないか</p> <p>③生産性向上推進体制加算（Ⅱ）については、同加算（Ⅰ）とことなり、業務改善の取組による成果の確認は要件とならないとの理解でよいか。</p>	<p>①について 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の要件として、職員間の適切な役割分担の実施を求めています。その取組の例示として、いわゆる介護助手の活用をお示しているものです。本加算の算定に当たっては、いわゆる介護助手の活用は必須の要件とはしておらず、貴見のとおり、他の方法も認められます。</p> <p>②について 本加算の要件に基づき実施される各種調査について、運用に当たっては、当該調査が適切に行われるよう、事業者に対し適時適切に指導等してまいります。</p> <p>③について 貴見のとおりです。</p>
<p>3.（2）⑤ 介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和</p>		

63	<p>介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和について、職員無くして介護は成り立たないため、考え方を考えるべきである。</p>	<p>介護老人保健施設等の夜間における人員配置基準の緩和について、国の実証では、見守り機器や ICT を導入し、生産性向上の取組を進めた結果、現行の配置人員数より少ない場合であっても、利用者の安全が確保された上で、介護サービスの質の確保や職員の負担軽減が図られたことが確認されております。</p> <p>また、適用に当たっては、見守り機器や ICT の導入後、少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認することとしています。</p>
<p>3.(3) ③ 訪問看護等における 24 時間対応体制の充実</p>		
64	<p>1. 緊急時訪問看護加算 I の算定要件「緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること。」とは具体的にどういった体制があれば良いのか。</p> <p>2. 緊急時訪問看護加算の算定要件の「常時対応できる体制」は看護師以外の職員でも差し支えないとの理解しているが、この「看護師以外の職員」については訪問看護事業所と雇用関係があることが前提となるのか。</p>	<p>1. 通知でお示しします。</p> <p>2. 貴見のとおりです。</p>
<p>3.(3) ⑦ 通所介護、地域密着型通所介護における個別機能訓練加算の人員配置要件の緩和及び評価の見直し</p>		



65	<p>現行の個別機能訓練加算（Ⅰ）口の単位数引き下げに反対。</p>	<p>今回の改正においては、機能訓練を行う人材の有効活用を図る観点から人員配置要件を緩和しました。</p> <p>サービス提供時間を通じて配置する要件がなくなること、機能訓練指導員の配置時間にも変化が生じるため、単位数も変更しております。</p>
<p>3.（3）⑮ 介護支援専門員 1 人当たりの取扱件数（報酬）</p>		
66	<p>居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件であるケアプランデータ連携システムの活用については、すでに外部の介護事業者同士でデータ連携できる市販のシステムが普及しており、これに加えて国のシステムを使う必要があることから手間が2倍になる。効率化のための ICT と矛盾するため、市販のシステムでも算定できるようにしてほしい。また、無料ならまだしも国が作った有料システムに限定することは、独占禁止法に抵触しないのか。</p>	<p>現在市販されている介護ソフトにおいては、同じベンダー間での情報連携機能を有するものもあると承知しておりますが、ケアプランデータ連携システムは、必要なセキュリティ性を有し、ベンダーを問わず請求業務やケアプランの共有に係るサービス事業者との情報連携が行えるものです。</p> <p>また、効果についての検証や必要なセキュリティ対策が行われているか等の確認を行ったうえでこうした要件を設定することは、独占禁止法に抵触するものではないと考えております。</p> <p>なお、ケアプランデータ連携システムと同等の機能を有し、必要な要件を満たしている他のシステムが確認できた場合は、今後対象とするシステムの見直しも含め検討してまいります。</p>
67	<p>基本報酬と基準における取扱件数との整合性を図る観点から見直しが行われたが、基準上では「44 又はその端数を増すごとに 1」だが、報酬上は「45 未満」と表現が異なるため、例えば計算結果が 44.6 のような値となった場</p>	<p>ケアマネジャー 1 人当たりの取扱件数については、現行の運営基準における介護支援専門員の配置については「35 又はその端数を増すごとに 1」とされている一方、居宅介護支援費における取扱件数については</p>

	合、整合性がとれていない状態となるかと思うが、どのように考えているのかお示しいただきたい。	「40 未満」までは逡減制が適用されないこととされており、乖離があったことから、一定の整合性を図るために見直しを行うものです。なお、具体的な算定方法については通知等にてお示しすることとしています。
68	居宅介護支援費（Ⅱ）は事務職員の配置が要件となるが、取扱件数を5件増やしても事務職員の給与を賄うことは難しい。	居宅介護支援費（Ⅱ）については、事務職員の配置によるケアマネジャーの業務負担の軽減や、ケアプランデータ連携システムの活用による業務効率化を踏まえて要件の見直しを行うものです。なお、事務職員の配置について、詳細は通知等にてお示しすることとしています。
69	居宅介護支援費（Ⅱ）の事務職員の配置について、常勤換算法でどの程度を考えているのか示されたい。	事務職員の配置について、詳細は通知等にてお示しすることとしています。
70	居宅介護支援の取扱件数の引き上げや介護予防支援を1/3カウントとすることが示されたが、1件にかかる時間や書類が増える中、担当件数を増やすことは現実的ではない。	ケアマネジャー1人当たりの取扱件数については、居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化や、要支援者1人当たりの労働投入時間を踏まえ、ケアマネジメントの質を確保しつつ、業務効率化を進め人材を有効活用するために見直しを行うこととしたものです。 今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。
4.（1）① 訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の見直し		
71	集合住宅などの同一建物などへの減算を強化するよりも、手間もコストもかかっている一戸建てなどの一般住	訪問介護は、利用者の居宅において、入浴・排せつ等の日常生活上の世話を行うサービスであり、サービスの質の向上を図る取組や中山間地域等におけるサ

	<p>宅や小規模団地へ訪問介護を行った場合は加算を強化するべき。</p>	<p>サービス提供については各種加算により評価を行っているところです。</p> <p>また、今回の改定では、同一建物等居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれて、訪問件数は増加し、移動時間や移動距離は短くなっている実態を踏まえ、報酬の適正化を行う新たな区分を設け、更なる見直しを行うこととしました。</p>
72	<p>同一建物内等に居住する利用者に対して訪問介護を行う訪問介護事業所と、個別の利用者宅を訪問し、訪問介護を行う訪問介護事業所の作業負担の差が所定単位数の10%又は15%しかないとは思えないため、現状の要件を厳しくするなど、より適正化すべきではないか。</p>	<p>引き続き、調査・検証を行い、その結果を踏まえ、実態に応じて必要な対応を検討してまいります。</p>
73	<p>新設の12%減算の要件に「正当な理由なく（略）事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（略）に提供されたもの占める割合が100分の90である場合」とあるが、正当な理由とは何か。</p>	<p>ご指摘の「正当な理由」の詳細については、今後、通知等でお示しすることとしていします。</p>
4.(1) ② 理学療法士等による訪問看護の評価の見直し		
74	<p>理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えた場合に減算されるが、訪問リハビリ事業所がない地域のリハビリのニーズを訪問看護事業所の理学療法士等が対応している現状を踏まえ、減算は慎重にご検討いただきたいと考えます。</p>	<p>訪問看護には医療ニーズが高い利用者への対応、緊急時の訪問等の役割が求められており、こうした役割に着目した上で、理学療法士等による訪問看護に係る評価の見直しを行うことといたしました。</p>
4.(1) ③ 短期入所生活介護における長期利用の適正化		

75	<p>長期利用減算では、施設入所と同じ利用形態のため特養の水準に合わせるとあるが、利用形態だけで判断されるのはどうかと思う。特養の全国平均介護度は3.9。自事業所は3.1。要介護3以上でなくても利用が可能な為、基本報酬の平均自体低くそこから更に減算は大打撃。</p> <p>このような大きな減算では長期利用者の受け入れを制限するショートステイがでてくると思う。そのとき、利用者の生活の場はどこなのか家族負担はどうなるのかショートステイの減収だけの問題ではないと思う。</p>	<p>短期入所生活介護は施設等に短期間入所し、介護や機能訓練等を行うことにより利用者の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サービスです。その目的に応じた利用を促す観点から今回の改定を行うこととしたものです。</p>
4.(1) ⑧ 同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント		
76	<p>同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについて、今回の減算の導入に賛成である。実態を踏まえた評価となるよう、他のサービスと同様に強化することもご検討いただきたい。</p>	<p>御意見として承ります。</p>
76	<p>同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについて、今回の減算の導入に賛成である。実態を踏まえた評価となるよう、他のサービスと同様に強化することもご検討いただきたい。</p>	<p>本案に賛成の御意見として承ります。</p>
77	<p>同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについて、移動時間がかからないことをもって報酬減とするのはやめてほしい。移動時間がかからなくても、利用者によって課題は異なり、個別に対応する必要がある。また、施設入所の利用者は認知症など支援が必要な方が大半であり、よりきめ細やかな対応が必要となる。</p>	<p>同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについては、介護報酬が業務に要する手間・コストを評価するものであることを踏まえ、居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅に入居している利用者と入居していない利用者とので、</p>

		<p>ケアマネジャー1人当たり1ヶ月間の労働投入時間に差異が見られることから、見直しを行うものです。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
78	<p>同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについて、「複数の利用者が同一の建物に入居」とはいわゆる併設のサ高住や有料老人ホームだけでなく、事業者と何らかかわりがない一般的な団地や複合用途型マンション（店舗やオフィスと集合住宅が1つの建物）等であっても減算の対象となるのか。</p>	<p>貴見のとおりです。</p>
79	<p>同一建物内等に居住する利用者に対してケアマネジメントを行う居宅介護支援事業所と、個別の利用者宅を訪問し、ケアマネジメントを行う居宅介護支援事業所の作業負担の差が、所定単位数の5%しかないとは思えないので、減算率の増加を検討すべきであると考えます。</p>	<p>同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについては、ケアマネジャーの業務実態等を踏まえ、要件に該当する場合において、所定単位数の95%を算定することとしたものです。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
4.(1) ⑨ 多床室の室料負担		
80	<p>介護老人保健施設（その他型及び療養型）と介護医療院（Ⅱ型）の多床室の室料負担には反対である。</p>	<p>在宅との負担の公平性、各施設の機能、生活環境や利用実態等を踏まえ、「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「Ⅱ型」の介護医療院について、新たに室料負担を導入することとしております。なお、室料負担の導入は令和7年8月からを予定しております。</p>

4.(2) ① 運動器機能向上加算の基本報酬への包括化		
81	介護予防通所リハビリテーションの基本報酬の増額が納得できない。月額報酬であり、利用回数が少ない場合でも同額の報酬が支払われることになる。	通所リハビリテーションの基本報酬については、運動器機能向上加算が基本報酬に包括されたことを踏まえて改定されています。
5.① 「書面掲示」規制の見直し		
82	「重要事項等」の中に含まれる項目は何か。具体的に一覧にして明示をいただきたい。また、令和7年度から義務づけとあるが、施設数が多いため対応に時間がかかる。猶予期間をご提示いただきたい。	<p>今回の改正は、現行事業所又は施設内における書面での掲示又は電磁的記録による備え付けを求めている事項について、併せてウェブサイトへの掲載を求める趣旨のものであり、その掲載の対象としては、介護サービス事業者・施設の運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況等のほか、今般のパブリックコメントにおける告示改正の中では、厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等(平成12年厚生省告示第123号)における利用者等が選定する特別な食事の提供に関する事項です。</p> <p>今回の改正に伴い、事業所や施設に対して新たにウェブサイトの構築を求めるものではなく、既存の法人等のホームページへの掲載や介護サービス情報公表システムへの公表をその掲載の手段として想定しており、情報を閲覧する利用者の利便性に鑑みるとウェブサイトへの掲載は速やかに行われることが望まし</p>

		い一方で、システム側の準備期間等も含め、他の改定事項よりも一定の猶予を設け、令和7年度からの施行としております。
83	利用者の簡易な検索作業に寄与するため、重要事項等の情報は「ウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）」ではなく、「ウェブサイト（情報公表システム上）」に修正することを求める。	介護サービス情報公表システムの対象外となる事業所についてもウェブサイトへの掲載を可能とするため、「ウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）」としております。
84	運営規程と重要事項説明書をネットで閲覧できるよう整備するのは誰がやるのか。ネット閲覧をさせれば、行政に届出した運営規程を行政がネットにアップすればいいのではないか。医療保険でしていないことを、低い介護報酬で実施させることがわからない。	ウェブサイトへの掲載は各介護サービス事業所・施設に対して求めるものですが、新たにHPの開設等を行わずとも、既存のHPへの掲載や介護サービス情報公表システムの活用を通じた掲載も可能としています。なお、今般の見直しは「デジタル原則」の考え方も踏まえて行われるものであり、医療保険の対象となるサービスについても同様にデジタル原則の考え方を踏まえた見直しの対象とされています。
85	ウェブサイトへの掲載は、義務ではなく努力義務とすべき。運営規程のウェブサイトへの掲載そのものは、利用者への情報提供として進めるべきであるが、新たな費用等も生じるため、義務付けはすべきではない。利用者がウェブサイト事業者を調べることも多く、報酬への加算の新設又は財政措置で対応すべき。	「デジタル原則」の考え方を踏まえ、インターネット上で利用者による情報の閲覧が完結するよう、ウェブサイトへの掲載は事業所・施設内での掲示と同様、義務としております。
5. ⑤ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化		
86	通所系サービスにおける送迎に係る取扱いについてです。通所系の送迎について、例えばですが、同じ在宅サ	今回の改定では、介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業

	一バスである短期入居の送迎と通所介護の送迎の同乗は可能なのでしょうか。	所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合（共同での委託を含む）には、責任の所在等を明確にした上で、他事業所の利用者との同乗を可能としています。
5.⑦ 基準費用額（居住費）の見直し		
87	居住費の基準費用額の引き上げに当たっては、補足給付の対象者全員の負担限度額を据え置くべき。また、食料費や調理者への委託費が高騰しており、食費の基準費用額を上げるべき。	基準費用額は、食費・居住費の平均的な費用額を勘案して定めることとされている中で、近年の光熱水費の高騰、在宅で生活する者との負担の均衡等を総合的に勘案し、入所施設における居住費の基準費用額を引き上げたものです。こうした趣旨を踏まえ、従来から補足給付の仕組みにおける負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者を除き、負担限度額も同様に引き上げることとしております。
5.⑧ 地域区分		
88	地域区分について、関係告示の中に「公務員の地域手当が見直された場合においては、改定後の地域手当に準拠した給地を適用することを基本とする」主旨を盛り込むべき。	地域区分については、3年ごとの介護報酬改定の際に、社会保障審議会介護給付費分科会において見直しの方向性等についてご議論いただいているところであり、ご指摘のような文言をあらかじめ告示に盛り込むことは困難ですが、地域区分の見直しについては、関係者のご意見を伺いながら検討してまいります。
各サービスの基本報酬について		
89	なぜ訪問介護の基本報酬を引き下げるのか。引き下げに反対。	今般の介護報酬改定では、全体で+1.59%を確保し、サービスごとの経営状況の違いも踏まえたメリハ



		<p>りのある対応を行いつつ、介護現場で働く方々の処遇改善を着実にを行うため、介護職員の処遇改善分+0.98%、その他の改定率として、+0.61%を確保したところです。</p> <p>訪問介護の基本報酬については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 改定率1.59%のうち、0.61%は、介護職員以外の職員の賃上げが可能となるよう配分することとされている中で、訪問介護の現場は、そのような職員の割合が低いことや、</li> <li>・ 介護事業経営実態調査で収支差率7.8%と、介護サービス全体平均の2.4%と比べ相対的に高かったこと</li> </ul> <p>を踏まえて見直ししているものです。</p> <p>ただし、報酬改定のうち、介護職員の処遇改善に充てる改定率+0.98%分について、全職員に占める介護職員の割合が相対的に高い訪問介護は、見直し後の体系で14.5%から24.5%と他サービスと比べて高い水準の加算率を設定しています。</p> <p>また、特定事業所加算や認知症に関連する加算を充実することなどにより、訪問介護は、改定全体としてプラスの改定としたところです。</p> <p>このような見直しなどを通じて、誰もが住み慣れた地域で必要な介護サービスを安心して受けられるよう、引き続き取り組んでまいります。</p>
--	--	--

90	<p>訪問介護の基本報酬引き下げにより、ヘルパー不足がより深刻化すると考えるが、どのように対応していくのか。施設から在宅へという流れに反するのではないか。</p>	<p>今般の介護報酬改定において、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に進める観点から、訪問介護については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本報酬の見直しを行いつつ、</li> <li>・ 処遇改善加算の見直しについては、見直し後の体系で 14.5%から 24.5%と他サービスと比べて高い水準の加算率を設定しています。</li> </ul> <p>また、特定事業所加算や認知症専門ケア加算を充実することなどにより、訪問介護は、改定全体としてプラスの改定としたところです。</p> <p>地域包括ケアシステムの構築を推進し、住み慣れた地域でできる限り暮らしていただくために、在宅サービスを整備していくという方向性は変わりありません。</p> <p>その上で、処遇改善加算については、訪問介護をはじめとした現場において、加算未取得の事業所は加算を取得し、既に取得している事業所は新たな処遇改善加算の体系に早期に移行いただくことで、介護職員の賃上げを実現できるよう、計画書等の様式の簡素化など必要な対応を講じることとしており、小規模な事業所も含め、更なる取得促進に向けた環境整備を進めてまいりたいと考えています。</p>
91	<p>訪問介護の基本報酬を引き下げたのは、介護事業経営実態調査において訪問介護の収支差率が良好だったため</p>	<p>訪問介護の基本報酬については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今回の介護報酬改定の改定率 1.59%のうちの</li> </ul>

と説明されているが、実態調査において訪問介護の収支差率が良好なのはサ高住等の併設事業所の収益率が高いからであり、小規模事業者の状況を適切に把握できているとは考えられない。このような調査結果に基づいて基本報酬の引下げを行うのは妥当ではない。

0.61%分について介護職員以外の職員の賃上げが可能となるよう配分することとされている中で、訪問介護の現場は、そのような職員の割合が低いことや、

- ・ 介護事業経営実態調査で収支差率7.8%と、介護サービス全体平均の2.4%と比べ相対的に高かったこと

を踏まえて見直ししているものです。

ただし、報酬改定のうち、介護職員の処遇改善に充てる改定率+0.98%分について、全職員に占める介護職員の割合が相対的に高い訪問介護は、見直し後の体系で14.5%から24.5%と他サービスと比べて高い水準の加算率を設定しています。

また、今般の改定では、特定事業所加算や認知症専門ケア加算などを充実する見直しを行うほか、訪問介護について、同一建物等の居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれて、訪問件数は増加し、移動時間や移動距離は短くなっている実態を踏まえ、同一建物等の居住者へのサービス提供の更なる適正化を図ることとしています。

なお、介護事業経営実態調査を行うにあたっては、サービスの種類ごとに、事業所規模などに応じて、調査対象事業所を抽出し、調査結果は回答率をもとに補正するなど、偏りのない結果となるよう努めていると

		<p>ころです。</p> <p>いわゆる同一建物減算（事業所と同一建物に居住する利用者へサービス提供を行う場合に、その状況に応じて減算）の算定有無別の収支差率は、介護給付費分科会でも公表しており、減算の算定がある事業所では9.9%、算定がない事業所では6.7%と、いずれも全サービス平均 2.4%よりも高い収支差率となっています。</p>
92	訪問系サービス各種の基本単位数の引き下げに反対。	<p>今回は+1.59%の改定の下、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に going、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うこととしております。</p> <p>こうした考え方にに基づき、ご指摘の訪問系サービスについては、基本報酬の見直しを行いました。その上で、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護については、処遇改善加算の加算率を他の介護サービスと比べて高く設定する等、訪問看護については専門管理加算の創設等、介護予防訪問リハビリテーションについては退院時共同指導加算の創設等、評価の充実を図っております。</p> <p>なお、処遇改善加算については、訪問介護をはじめとした現場において、加算未取得の事業所は加算を取得し、既に取得している事業所は新たな処遇改善加算の体系に早期に移行いただくことで、介護職員の賃上</p>

		<p>げを実現できるよう、様式の簡素化など必要な対応を講じることとしており、更なる取得促進に向けた環境整備を進めてまいります。</p>
93	<p>訪問系サービス各種の基本単位数には、その訪問にかかる費用が加味されていると思われるが、現在の物価水準で何円若しくは何単位ほどと考えているのか。また移動手段には自動車、バイク、自転車、電車などが考えられるが、貴省はどのような認識で制度設計しているのか明確にすべき。</p>	<p>訪問介護をはじめとする訪問系サービスの介護報酬については、移動時間を含め、サービスに要する平均的な費用の額を勘案して包括的に単位設定しています。</p>
94	<p>通所介護の基本報酬をもっと大きく引き上げるべき。</p>	<p>基本報酬の見直しについては、サービス毎の経営状況の違いも踏まえ、総合的に判断しているものとなります。今後の改定においても、各サービスの経営状況等にも配慮しつつ、引き続き検討してまいります。</p>
95	<p>長期入居、短期入所の併設施設にとって、今回の改定に伴う介護報酬単価の見直しについて確認です。長期入居は報酬単価が上がりましたが、短期入所の単価が下げられています。これは、併設施設になれば、報酬が上がったように見せて、実はほとんどあがってないことになるのではないのでしょうか。短期入所でも、長期入居同様に原材料費や人件費が上がっていることは、配慮していただけないのでしょうか。</p>	<p>短期入所生活介護の基本報酬は引き上げられています。</p> <p>例（要介護3の場合）</p> <p>単独型：（R3）778単位→（R6）787単位</p> <p>併設型：（R3）737単位→（R6）745単位</p> <p>単独型ユニット型：（R3）881単位→（R6）891単位</p> <p>併設型ユニット型：（R3）838単位→（R6）847単位</p>
96	<p>居宅介護支援の基本報酬が引き上げられたが、ケアマネジャーの処遇改善において、この単位数増では不十分</p>	<p>居宅介護支援事業所のケアマネジャーの処遇改善を行うことは重要であると考えており、居宅介護支援</p>

	<p>である。また、基本報酬の増や取扱件数の増による利益については必ずしもケアマネジャーの給与に反映されない。</p>	<p>について、基本報酬の引き上げやケアマネジャー1人当たりの取扱件数の見直しだけでなく、特定事業所加算の単位数の引き上げ等を行うこととしています。</p> <p>今回の改定の影響については、今後実態を把握し、引き続き必要な対応を行ってまいります。</p>
97	<p>困難事例の増加に伴い、ケアマネジャーに求められる業務が増え、煩雑化し、社会的責任が重くなっているにも関わらず、賃金が改善しないため、慢性的に人員が不足している。ケアマネジャーを処遇改善加算の対象としてほしい。</p>	<p>処遇改善加算は介護職員の配置が義務付けられているサービスを対象とした加算であり、居宅介護支援は対象となりませんが、そうした枠組みの中で、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの処遇改善を行うため、居宅介護支援の基本報酬を引き上げるとともに、特定事業所加算の要件の見直し及び単位数の引上げや、ケアマネジャー1人当たりの取扱件数の見直し及び一定の要件を設けた上でのオンラインによるモニタリングの導入等を見直しを行うこととしています。</p>
98	<p>グループホームについては調理員の人件費を介護報酬に算定すること。</p>	<p>認知症対応型共同生活介護では、認知症（急性を除く）の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営むことを目的としています。</p> <p>そのため、人員配置基準上、調理員を求めておらず、介護報酬においても算定されておりません。</p>

99	<p>介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスに係る基本報酬について、1回あたりで単価を定めるのではなく、1月あたりで単価を定めるべきではないか。</p>	<p>同事業の単価は、実施主体である市町村が、国が定める基準を勘案して定めることになっているため、市町村にお問い合わせください。</p> <p>なお、国が定める基準にあつては、1回あたり単価のほか、1月あたり単価も定めています。</p>
その他		
100	<p>令和6年度介護報酬改定の施行時期が4月・6月に分かれたが、利用者への説明や、職員の制度理解、指定権者への書類提出、利用している介護ソフトの入力作業等、事務作業など負担が重く、施行時期は統一すべき。また、統一しない場合、十分な周知を行うべき。</p>	<p>令和6年度介護報酬改定の施行時期については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 令和6年度診療報酬改定が令和6年6月1日施行とされたこと等を踏まえ、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び通所リハビリテーションは6月施行、その他のサービスは4月施行とし、</li> <li>・ また、処遇改善関係加算について、事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする改正は4月施行、加算率の引上げ及び加算の一本化は6月施行としたところであり、</li> </ul> <p>しっかり周知を行ってまいります。</p>
101	<p>「サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応」とあるが、法人税などが優遇され補助金なども充実している社会福祉法人やNPO法人等と、法人税が通常通り課税され補助金も対象外となることが多い一般法人（株式会社等）の違いも勘案されるのか。</p>	<p>介護事業経営実態調査においては、税引前後の収支差率も把握・お示ししているところであり、様々なデータを踏まえて介護報酬改定を行っております。</p> <p>なお、課税法人においては、賃上げ税制を是非活用していただきたいと考えております。</p>

101	<p>「サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応」とあるが、法人税などが優遇され補助金なども充実している社会福祉法人や NPO 法人等と、法人税が通常通り課税され補助金も対象外となることが多い一般法人（株式会社等）の違いも勘案されるのか。</p>	<p>介護事業経営実態調査においては、税引前後の収支差率も把握・お示ししているところであり、様々なデータを踏まえて介護報酬改定を行っております。</p>
102	<p>介護報酬については物価指数を踏まえ毎年改定すべき。</p>	<p>これまでも、物価高騰への対応として、各種予算措置や基準費用額の改定などの対応を行っており、引き続き、物価や賃金等の動向を踏まえ必要な対応を行ってまいります。</p>
103	<p>モニタリングの手段については、担当ケアマネジャーの力量任せになるのは危険だと思いますが、多様な方法を考慮することは重要だと感じます。テレビ電話や事業所聴取が有効ではない利用者「独居高齢者」「認知症高齢者」「福祉用具のみの利用者」については、ケアマネジャーが積極的に訪問によるモニタリングを選択するような加算等を検討してはいかがでしょうか。</p>	<p>モニタリングは運営基準上義務付けられており、それに要する費用については基本報酬に含まれるものと考えております。</p>
104	<p>家族の都合で営業時間外のモニタリング訪問を希望される。時間外訪問の加算を新設していただきたい。</p>	<p>モニタリングは運営基準上義務付けられており、それに要する費用については基本報酬に含まれるものと考えております。なお、介護報酬については、サービスに要する平均的な費用を勘案して算定することとされております。</p>
105	<p>介護度の改善があり介護給付から予防給付になった際、居宅支援事業所の評価加算を望む。</p>	<p>居宅介護支援の提供によって要介護度の改善にどのように寄与したか等の判断が困難であることから、居宅介護支援において要介護度の改善を評価する加</p>



		<p>算を創設することについては、現時点においては難しいと考えております。</p> <p>今後も引き続き、ケアマネジャーの専門性の評価を適切に行えるよう、検討を進めてまいります。</p>
106	<p>利用者からの頻回な呼び出しに応じても評価されないため、頻回な訪問に関し、緊急時加算をつけてもらいたい。</p>	<p>特定事業所加算において「24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること」を要件としており、緊急時の対応について評価しております。</p>
107	<p>介護保険のサービスを利用していない時も居宅介護支援費を請求できるようにしてください。介護保険サービスを利用していない場合インフォーマルサービスの提案調整が全てボランティアで終わっています。</p>	<p>介護保険法において、居宅介護支援とは、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、居宅サービス計画を作成するとともに、当該居宅サービス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、サービス事業者等との連絡調整等を行うことと定義されております。これを踏まえ、居宅介護支援費の請求にあたっては、指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付けるとともに、給付管理を行うことを要件としております。</p> <p>なお、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められ</p>

		るケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定が可能です。
--	--	-------------------------------

※上記のほか、12件の今回の意見募集に関係ない御意見をいただきました。