

介護保険制度改正・報酬改定 速報&解説LIVE！

■その5：2023年11月25日

介護給付費分科会11月16日ダイジェスト！

特養・老健・介護医療院／特定施設／福祉用具
施設と医療機関の連携 + 財務省の秋の建議も

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

講師プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員

京都大学経済学部卒業後、平成12年、特別養護老人ホームに介護職として勤務
社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、
有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる
15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を
目的として独立

著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間300回を超える

4児の父、趣味はクラシック音楽

ブログ、facebookはほぼ毎日更新中、日刊・週刊のメールマガジンを配信

Zoomセミナー、動画講座、YouTubeでも配信中、13年目になる「介護の読書会」主催

天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索



■全国有料老人ホーム協会 研修委員 ■日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師

■稲沢市介護保険事業計画策定委員会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員

■出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数

■平成20年第21回GEヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞

■榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

介護現場をよくする研究・活動



➢ facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信

➢ 天晴れ介護サービス総合教育研究所YouTubeチャンネル 週1～2回動画配信

➢ メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）

➢ 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

3

介護現場をよくする研究・活動

■よい介護職はいても、よい介護現場はなかなかない……

- ・ 1人1人がよくなるだけでは、うまくいかない
- ・ チーム、組織、目標、計画、ルール
リーダーシップ、コミュニケーションなどが必要
- ・ 「介護現場」をよくすることで
利用者はもちろん、職員も幸せになれる！
- ・ 人と人とお互いに学び合い
気持ちよく支え合える社会づくり

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

4

天晴れ介護サービス「ACGs」！

APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス
介護現場をよくする21のテーマ

個別ケア	1 健康管理 	2 ADLの自立 重度化予防 	3 IADLの 支援 	4 認知症 症状の緩和 進行予防 	5 社会交流 意欲・楽しみ 	6 介護者支援 	7 対人 援助職の 基本姿勢 	
	事業所運営	8 環境整備 	9 接遇・マナー 	10 生活の 安定・安全 	11 喜び 楽しみ 	12 家族・地域 	13 事業所の 維持 	14 チーム
		法人経営	15 行政対応 地域分析 	16 事業 サービス 	17 収支 	18 人事・組織 	19 法令遵守 リスク マネジメント 	20 指導 育成 管理

Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

5

おかげさまで！

amazon ランキング

応援いただき
ありがとうございます！
／ ございました！ ／



介護サービ
スの教科書

利用者・職員から選ばれる！

著者 榎原 宏昌

97%が
結果を満足！

年間400回超の
コンサルティングから見た
人を大切にする経営10の極意

BLISS

10部門
1位

特典プレゼントを
期間内に
ぜひお受け取り下さい！

ご登録は
こちらから



- ◎介護
- ◎暮らし・健康
子育て
- ◎経営科学
- ◎実践経営
リーダーシップ
- ◎ビジネス・経済
- ◎都市
地域経済学
- ◎経済学
- ◎投資・金融
会社経営
- ◎介護の
最新リリース
- ◎経営科学の
最新リリース

※総合は惜しく
も2位！

無料ダウンロード期間 2023.8.26(土)17時～8.31(木)15時

利用者・職員から選ばれる！

介護サービス 経営の教科書

～人を大切にする経営「10」の極意～



本日の内容

1. はじめに
～報酬改定に向けた今後の検討の進め方～
2. 介護給付費分科会11月16日ダイジェスト！
特養・老健・介護医療院／特定施設／福祉用具
施設と医療機関の連携
+ 財務省の秋の建議も
3. おわりに

報酬改定に向けた今後の検討の進め方

○ 令和6年度介護報酬改定に向けては、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点とあわせ、例えば以下のような分野横断的なテーマを念頭に置き、議論してはどうか。

- ・地域包括ケアシステムの深化・推進
- ・自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- ・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
- ・制度の安定性・持続可能性の確保

報酬改定に向けた今後の検討の進め方

【スケジュール案】

令和5年

6月～夏頃 : 主な論点について議論

9月頃 : 事業者団体等からのヒアリング

10～12月頃 : 具体的な方向性について議論

12月中 : 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・とりまとめ
※地方自治体における条例の制定・改正に要する期間を踏まえて、
基準に関しては先行してとりまとめを行う。

令和6年度政府予算編成

令和6年

1月頃 介護報酬改定案 諮問・答申

日本経済新聞より

定期的に上がっていく。経団連の新聞編集長は幹事会記者会見で「見大胆に改革求めた。少子化財源絡む。診療報酬引き上げを要求する医療・介護界を文出の節々に財務上の対決構図で捉えた。だが本を正せば保険料や税財源。患者の窓口負担を一手する。診療報酬は医療を巡る国民負担そのものといえる。足元で兆円ほどの国民医療費が2040年度に70兆円後まで増えるとの推計がある。国民所得に占める税金や社会保険料を合わせた割合を指す「国民負担率」が前年度47.5%。02年度は約48%だった。

矛盾はらむダブル改定

「追加の国民負担なし」難路

武見厚労相も年末のダブル改定について「とんでもなく難しい」と嘆く（17日、厚労省）

▼診療報酬・介護報酬 診療報酬は医療機関や薬局が医療サービスの対価として受け取る報酬で、引き上げられれば医療機関や医師の収入の原資も増える。年間の医療費は診療報酬の総額をほぼ占めた。介護報酬は介護保険サービスの料金体系にある。サービスごとの単価を上げれば事業者の収入が増え、運営費や職員の手厚くもなる。

込む。一方で相は「国民 いまは物価上昇局面にあに裏面的な追加負担を生じり業界は賃上げへ報酬増額させない」と繰り返す。を要求する。政権として賃財源の柱の一つになる 上げの旗を振りながら医療介護制度は医療保険料・介護では歳出削減を進め「乗せて」非円高を走る。「追加負担なし」抽出する想定が、同規模 といふガスをほめられた議論。で医療・介護の歳出削減を 論は矛盾をほらむ。武見敬費を削減しやすくなり 政府は26年度より国と 合わない。ダブル改定は、首相も約束を なく難しい」と嘆く。型をどうの医療業界

ダブル改定の方は半田 半ばの追加予算の確保を見

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.



是非、ご紹介下さいませ！

参加費 **無料**

好評開催中！アーカイブ動画もあります！必見です！！

令和6年度 介護保険制度改正・報酬改定 速報&解説セミナーのご案内

まずは、↓↓↓の動画をご覧下さいませ！

「報酬改定対応のガイダンス動画」です

令和6年度 介護保険制度・報酬改定 「速報&解説セミナー」のご案内

報酬改定対応の... 進んでいますでしょうか？ まずは正確な情報収集から！

天晴れ介護サービス総合教育研究所（株）
見る YouTube 介護支援専門員



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.



介護保険制度改正 & 報酬改定セミナー



アーカイブ動画

全7本
資料あり
(11月現在)

介護保険制度改正詳細解説セミナー! (2023年1月11日)

~2022年度介護保険部会での議論総まとめ! 今後の事業戦略を考える上での基本情報!~

マンスリー・ジャーナル

- 2023年7月
・医療と介護の意見交換会の内容
・多機能系、定期巡回、グループホーム
・通所系、ショート
- 2023年8月
・訪問系、居宅介護支援、施設系、入居系
- 2023年9月(分野横断的テーマ)
・地域包括ケアシステムの深化・推進
・自立支援・重度化防止を重視した
質の高い介護サービスの推進
・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
・制度の安定性・持続可能性の確保

介護保険制度改正・報酬改定 速報&解説LIVE!

- 2023年10月22日
介護保険法改正/医療と介護の意見交換会
- 2023年10月29日
介護給付費分科会10月26日ダイジェスト!
通所系サービス/ショートステイ
- 2023年11月5日
介護給付費分科会10月23日ダイジェスト!
定期巡回/多機能系サービス/グループホーム
- 2023年11月11日
介護給付費分科会11月6日ダイジェスト!
訪問系/居宅介護支援/処遇改善/新しい複合型

※今後も月2~3回ペースで更新していきます!

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

13

介護保険制度改正 & 報酬改定セミナー

お申込み特典

特典

①

介護保険制度改正の
有料動画プレゼント!

特典

②

経営者、管理者限定
グループコンサルティング
無料参加権!

特典

③

グループコンサルティング
参加者限定の個別相談会
無料参加権!



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

本日の内容

1. はじめに
～報酬改定に向けた今後の検討の進め方～
2. 介護給付費分科会11月16日ダイジェスト！
特養・老健・介護医療院／特定施設／福祉用具
施設と医療機関の連携
+ 財務省の秋の建議も
3. おわりに

社会保障審議会介護給付費分科会(第231回)議事次第

日時：令和5年11月16日(木)
9:30から12:00まで
於：東京虎ノ門グローバルスクエアコンファレンス
(東京都港区虎ノ門1-3-1 4階)

議 題

1. 令和6年度介護報酬改定に向けて
 - ・介護老人福祉施設
 - ・介護老人保健施設
 - ・介護医療院
 - ・特定施設入居者生活介護
 - ・高齢者施設等と医療機関の連携強化
 - ・福祉用具・住宅改修
2. 令和5年度介護事業経営実態調査の結果について


介護現場をよくする不定期ライブ！第125回2023年11月18日

介護事業経営 実態調査を読む

天晴れ介護サービス総合教育研究所（株）
介護福祉士 介護支援専門員
代表取締役 榊原 宏昌



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

 厚生労働省 ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回） 令和5年11月16日	資料 1
--	------

介護老人福祉施設・
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

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・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)①

※ 第217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において整理したもの

(施設サービスの経営状況)

- 施設系の介護サービスは介護医療院以外のサービスでは収支差率が年々悪化しており、厳しい経営状況に追い込まれている。特に持続的に安定して介護サービスを提供する観点から、今般の電気代等の高騰に対応するため、迅速かつ柔軟な支援措置を講じるなどの検討をいただきたい。

(人員配置・配置医師)

- 医療をはじめ、専門職人材の安定確保や処遇の安定のために、例えば、合計定員で専従とみなすなど、安定確保・定着が進むようなことも検討してはどうか。
- 配置医師の仕組みは残しつつ、特養と、配置医師と、例えば、その地域の地域包括ケア病棟を有するような中小病院あるいは在宅療養支援病院との良好な関係の構築が重要。さらに、配置医師が対応困難な場合に、連携する中小病院がカバーを行う配置医師のバックアップサポート体制も必要ではないか。
- 入所者の利用ニーズに対応していくためにも、配置医師を最大限に活用していくべきではないか。

(看取り)

- 看取りができる体制整備、医療分野との連携強化を進めるためにも、さらなる評価の充実が必要ではないか。
- 特に御本人の意思が尊重されているかどうかは極めて重要であり、そのような看取りをさらに進めて行く必要がある。
- 看取りの対応も役割であり、医療ニーズへの対応など早期に評価すべきではないか。

(看護体制加算)

- 看護職員数が多い場合には、施設内で看取る方針、実際の看取り介護加算の算定割合が高いという結果が出ている。また、看護職員を基準より多く配置し、夜間・緊急時には、オンコールを含めた体制を取るなどして、重度化に対応している施設もあるため、看護体制加算の上位区分を設けるなど、看護体制の評価が必要ではないか。また、夜間等の看護職員のオンコール体制の負担軽減の視点も重要ではないか。

(小規模介護老人福祉施設)

- 小規模特養の基本報酬については、経過措置の取扱いを継続すべきではないか。離島や過疎部においては、かなり赤字の幅が大きくなり、今後もそういったことが懸念されるところから、平成27年度の介護報酬改定水準を基準に報酬を見直していただきたい。

4

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

19

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・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)②

※ 第217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において整理したもの

(薬剤管理)

- 職員の負担軽減や適切な薬剤管理、薬剤の一元的管理の観点から、薬剤師と特養の医師等との連携強化が必要。また、末期の悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアについては、緊急時対応や頻回の訪問が集中的に必要となる場合があり、現在、そのような利用者への居宅療養管理指導は月8回まで認められているが、週2回までとされているため、必ずしも対応できない。そのような場合には、もう少し柔軟な対応が可能となるように整理が必要ではないか。

(口腔管理)

- 中等度以上の方では、熱発や誤嚥性肺炎などを頻回に繰り返すケースも多く、口腔の管理が計画的かつ継続的に実施される仕組みとともに、栄養やリハの観点も総合的に加えた仕組みを検討すべきではないか。

(ユニットケア)

- 入所者へのケアの質や職員の負担等についてしっかりと検証し、ユニットケアのさらなる推進に向けて必要な見直しを行っていくべきではないか。

※ 第221回及び第229回介護給付費分科会において、公益社団法人全国老人福祉施設協議会から以下の要望の提出があった。

- ・ 基本報酬の増額
- ・ 介護従事者の処遇改善
- ・ 食費・居住費に係る基準費用額の見直し
- ・ 介護報酬改定の施行時期
- ・ 特別養護老人ホーム関係
 - (1) 特別養護老人ホームの医療アクセスの向上
 - (2) 小規模特別養護老人ホーム(定員30人)の存続について
 - (3) 特例入所の更なる活用促進
 - (4) 日常生活継続支援加算の要件の見直し等

5

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

20

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・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)③

※ 第217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において整理したもの

- ※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国個室ユニット型施設推進協議会から、以下について要望があった。
- ・ ユニットケア研修の充実を図り、サービスの向上とユニットケアの普及を促進すべき
 - ・ 介護職員の賃金目標の設定と目標の達成に向けた年次計画の策定及び物価等に連動した新たな介護報酬改定ルールの策定が必要
 - ・ 生産性・サービスの質向上の観点から、馴染みの関係を壊すことなく、2ユニットを一体的に運用することで、OJTで新たな人材を育てる仕組みをユニット型施設に導入すべき等
- ※ 第226回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国社会福祉法人経営者協議会から、以下について要望があった。
1. 賃金改善と物価対策の継続を図る報酬改定
賃金改善と物価対策の継続を図る基本報酬の引上げ、全産業の賃上げ・物価上昇を踏まえた臨時改定も含めた対応
 2. 物価高騰への財政支援の拡充
修繕・老朽改築・建替に備えた報酬・補助金の引上げ
 3. さらなる処遇改善・仕組みの一元化
全産業と遜色ない水準までの早急な処遇改善、処遇改善加算の一元化、簡素化と事務負担軽減、対象職種・事業、法人裁量のさらなる拡大
 5. 医療・介護連携、認知症ケア等の拡充
人工透析等を必要とする利用者への通院・治療支援の評価、医師の往診拡大等による日常的な医療の強化、医療専門職等を確保するための医療・介護連携の促進
 6. 効果的・効率的なサービス提供体制の強化
ICT等の導入支援の継続、活用によるサービスの質向上と業務負担軽減の評価、自立支援・重度化防止のための加算の活用促進、生活相談員等によるソーシャルワーク業務の報酬での評価、生活困難を抱える高齢者を支援するための特養入所要件の緩和等

論点① 緊急時の医療提供体制の整備等

論点①

- 介護老人福祉施設について、今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中、入所者のニーズにこたえ、安定的にサービスを提供するために、必要な医療提供体制を確保する必要がある。
- 介護老人福祉施設においては医師の配置が義務づけられているが、必ずしも常勤ではなく、配置医師との契約形態等により、配置医師が不在時に急変時の対応が難しい状況が発生しうる。配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、「配置医師によるオンコール対応」が最も多いが、「原則、救急搬送」とする施設も3割程度存在している。
- 配置医師が担う緊急時の対応については、
 - ・ 嘱託契約が6割、1か月の勤務時間数の平均が13.3時間である配置医師に24時間365日の駆けつけ対応を求めることは現実的でないこと
 - ・ 施設の64%が配置医師に期待する役割として「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」を挙げているが、配置医師によって対応にばらつきがあること
 - ・ 時間外の駆けつけ対応は配置医師にとって採算が合わず、事実上配置医師の持ち出しとなっていること等が指摘されている。

(参考) 駆けつけ対応時の報酬について、配置医師の「基本報酬に含まれる」とする施設が56.9%である一方で、「別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う」とする施設は14.9%であった。
- また、診療報酬との給付調整については、配置医師が算定できない診療報酬と、配置医師以外の医師が初・再診料や往診料、検査、処置等、在宅患者訪問診療料を算定できる場合が通知により定められているが、調査の結果、既存の給付調整の仕組みが十分に理解されていないことがわかった。
- 規制改革実施計画（令和4年6月7日閣議決定）では、配置医師の実態、特養における入居者の医療ニーズの具体的内容、入居者に対して現に行われている医療対応などについて必要な調査を実施した上で、当該調査結果を踏まえ、特養における医療ニーズへの適切な医療提供を可能とするための必要な措置について検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずることとされている。
- 介護老人福祉施設をとりまく配置医師や配置医師以外の医師、看護職員、協力病院等の関係者による医療提供体制を整備し、適切に入所者の医療ニーズにこたえていくために、どのような方策が考えられるか。

論点① 緊急時の医療提供体制の整備等

対応案

(施設・配置医師・協力病院による緊急時等の対応方針の策定)

- 介護老人福祉施設において、配置医師や配置医師以外の医師、看護職員による対応も含め、入所者への医療提供体制を確保する観点から、協力医療機関との連携体制の構築（第231回社会保障審議会介護給付費分科会【資料5】「高齢者施設等と医療機関の連携強化」参照）とあわせて、配置医師の対応が困難な場合の緊急対応については、施設・配置医師・協力病院の3者でその役割分担等を協議し、運営基準により施設があらかじめ定めることとされている緊急時等の対応方針（いわゆる緊急時等対応マニュアル）に反映することとしてはどうか。

(緊急時等の対応方針の定期的な見直しの義務づけ)

- 緊急時等の対応方針について、配置医師・協力病院の協力を得て、定期的な見直し（1年に1回程度）を行うことを施設に義務づけることとしてはどうか。

(配置医師緊急時対応加算の見直し)

- 協力医療機関との夜間休日を含めた連携体制の強化が検討されている一方で、これまで配置医師が担ってきた日中の急変対応を評価する観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ加算することとされている配置医師緊急時対応加算について、配置医師が、日中であっても、通常の勤務時間外に急変等に対応するために駆けつけ対応を行った場合について、報酬上一定の評価を行うこととしてはどうか。

(給付調整のわかりやすい周知)

- 配置医師が算定できない診療報酬、配置医師でも算定できる診療報酬であって特養で一般的に算定されているものについて、誤解されやすい事例を明らかにするなど、わかりやすい方法で周知を行うこととしてはどうか。

論点② 透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価

論点②

- 介護老人福祉施設における通院介助・付き添いは、日常生活上の健康管理として基本報酬により評価しているが、特に、人工透析患者など一定以上頻回に通院が必要な入所者を抱える場合は、送迎コストや送迎時に施設内の職員体制が手薄になるなどの負担が恒常的に生じることから、関係団体から送迎にかかる評価を求める意見がある。

- また、「透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎」を要する者について、7割以上の施設で「入所を断る」方針とされており、こうした受入れ方針の設定には、定期的な送迎にかかる負担が背景にあると考えられる。

- 透析が必要な患者であっても介護老人福祉施設への入所が可能となるよう、施設での受入れ負担を軽減する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 一定以上頻回に行われる通院介助・付き添い等を評価する観点や、透析が必要な者の受入れにかかる負担を軽減する観点から、①定期的かつ継続的な透析を必要とする入所者であって、②家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事由がある者について、③施設職員が月一定回数以上の送迎を行った場合について、報酬上新たに評価することとしてはどうか。

論点③ 小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直し

論点③

- 小規模介護福祉施設等の基本報酬については、報酬体系の簡素化や報酬の均衡を図る観点から、一定の経過措置の後、通常の基本報酬と統合することとされたが、令和3年度報酬改定において、その収支差率について地域差が見られたことから、統合に向けて引き続き検討していくべきとされ、現在も広域型の介護老人福祉施設等と比べて高い基本報酬が設定されている。
- 令和4年度老人保健健康増進事業によれば、小規模介護老人福祉施設の経営状況は立地によって違いが見られ、離島又は過疎地域に所在する施設は経常増減差額が低い傾向となっていることがわかった。また、定員規模別の収支差率を見ると、規模の大きい事業所の収支差率が高い傾向が確認できるが、一部の小規模介護老人福祉施設は、広域型の介護老人福祉施設と併設されており、実態上は大規模施設として運営が行われているケースも存在する。
- 小規模介護老人福祉施設の所在地を調べた結果、離島・過疎地域（※）に所在する施設が約4割、離島・過疎地域以外に所在する施設が約6割であった。また、離島・過疎地域以外に所在する小規模介護老人福祉施設のうち、約64%（小規模介護老人福祉施設全体のうち約39%）は、広域型の介護老人福祉施設と併設されていることがわかった。
 - ※ 離島振興法による離島振興対策実施地域及び過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法による過疎地域をいう。
- 小規模介護福祉施設等の基本報酬について、通常の基本報酬との統合に向けて引き続き検討していくべきとされているが、どのように対応することが適切か。

対応案

- 離島・過疎地域以外に所在する小規模介護老人福祉施設であって、広域型の介護老人福祉施設と一体的に運営されている場合には、1年間の経過措置を設けたうえで、通常の基本報酬に統合することとしてはどうか。
- 併せて、経過的に地域密着型施設よりも高い報酬が設定されている経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（定員26～29名）（※）についても、離島・過疎地域に所在する場合を除き、1年間の経過措置を設けたうえで、地域密着型施設の基本報酬に統合することとしてはどうか。
 - ※ 平成18年度報酬改定において、3年間の経過措置の後、地域密着型施設の報酬に統合することとされたが、3年後の平成21年度報酬改定以降も、経過措置は維持されたままとなっている。現在の請求事業所は約10件。
- 離島・過疎地域に所在する小規模介護老人福祉施設及び離島・過疎地域以外に所在し、他の広域型の介護老人福祉施設と一体的に運営されていない小規模介護老人福祉施設については、令和6年度報酬改定においては、通常の基本報酬への統合は行わないこととし、引き続き統合に向けて経営実態を把握することとしてはどうか。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

25

論点④ 小規模介護老人福祉施設の配置基準の緩和

論点④

- 定員30名の小規模介護福祉施設は、その設置経緯から、離島や過疎地域等に所在する施設が多く、職員の確保が課題とされており、関係団体からは、管理栄養士や看護師等の人員配置基準について特例措置を求める意見がある。
- 定員29名以下の地域密着型介護老人福祉施設においては、短期入所生活介護等の他サービスと併設する場合、処遇等が適切に行われる場合に限り、当該他サービスにおいて生活相談員等の職員を置かないことができることとされている。
- 離島や過疎地域に所在する小規模介護老人福祉施設における効率的な人員配置を可能とするために、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 離島・過疎地域に設置されている定員30名の介護老人福祉施設について、処遇等が適切に行われる場合に限り、地域密着型介護老人福祉施設と同様に、短期入所生活介護事業所等を併設する場合に生活相談員等を置かないことができることとしてはどうか。

（参考）地域密着型介護老人福祉施設の例

指定地域密着型介護老人福祉施設にその他サービス（次の①～③）が併設される場合については、処遇等が適切に行われる場合に限り、当該その他サービスにそれぞれ次の職員を置かないことができることとされている。

- ① 短期入所生活介護 : 医師、生活相談員、栄養士、機能訓練指導員
- ② 通所介護・認知症対応型通所介護 : 生活相談員、機能訓練指導員
- ③ 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護 : 介護支援専門員

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

26

論点⑤ ユニットケアの質向上・普及促進

論点⑤

- ユニット型介護老人福祉施設の運営基準において、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置することが求められているが、当面の間の取扱いとして、ユニットリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名以上配置するほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ケアに責任を持つ従業者を決めることで足りる取扱いとしている。
 - ※ 新型コロナウイルス感染症の影響により、ユニットリーダー研修における実地研修の実施が困難となったため、当面の間、講義・演習を受講済みであって実地研修は未修了の者について、実地研修が可能となった際は速やかに受講することを条件に、人員基準上、暫定的にユニットリーダー研修修了者として取り扱って差し支えないものとしている。なお、実地研修未修了者は令和4年度末時点で約9,000名となっている。
- 改定検証調査（速報値）によれば、ユニットリーダー研修の受講者数は特養のユニット型（n=1,114）で5,589名（平均5.0人/施設）であった。ユニットリーダー研修の受講の課題として「実地研修施設までの距離が遠い」と回答した施設は特養のユニット型で68.5%、「受講費用の負担感が大きい」と回答した施設は特養のユニット型で55.8%であった。
 - また、ユニットケア施設管理者研修の受講者数は特養のユニット型（n=1,114）で706名（平均0.6人/施設）であった。
- ユニットケア施設管理者研修については、運営基準上特段の規定は設けられていないが、関係団体からは、ユニットリーダー研修の受講促進やユニットケアの質向上に向けては、施設管理者のユニットケアに関する理解を深める必要があるとの意見がある。
- また、ユニット型施設においては、「馴染みの関係」を重視して個別ケアを行う観点から、昼間は1ユニットに1人配置とされているが、新規採用職員の指導に当たる場合や、夜間に担当する他ユニットの入居者の生活歴を把握する目的で、必要に応じてユニット間のケア体制を柔軟化する必要があるとの意見があった。
- ユニットケア研修等について、ユニットケアの質向上・普及促進のために、どのような対応が考えられるか。

対応案

- ユニットリーダー研修の受講促進、ユニットリーダーの配置基準の再検討に向けては、まずは新型コロナウイルス感染症の影響により実地研修が未修了となっている者の早期の研修修了を図るため、複数の研修実施団体に委託できることを研修実施主体である都道府県に対して周知する等、実地研修施設の確保のための環境整備について検討することとしてはどうか。（※1）
 - 各ユニット型施設において、ユニットケアの質向上に向けた体制を確保する観点から、ユニット型施設の管理者について、ユニットケア施設管理者研修の受講を努力義務とすることとしてはどうか。（※1）
 - 施設サービスについて、引き続き入居者との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供によりより良いケアを提供する観点から、必要に応じて、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、ユニット間の勤務が可能であることを明確化してはどうか。（※2）
- ※1 介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護及び短期入所療養介護についても同様としてはどうか。
※2 短期入所生活介護及び短期入所療養介護についてもユニット間の勤務に制限はないが、ユニット間の勤務が可能であることを明確化してはどうか。

34

介護老人福祉施設 目次

論点1. 緊急時の医療提供体制の整備等	9
論点2. 透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価	24
論点3. 小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直し	28
論点4. 小規模介護老人福祉施設の配置基準の緩和	33
論点5. ユニットケアの質向上・普及促進	34

介護老人保健施設（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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）①

※ 第217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において整理したもの

<介護老人保健施設>

（在宅復帰・在宅療養支援機能）

- 介護老人保健施設の機能に応じた類型の評価が進んできており、超強化型が大きく増加している一方で、基本型は減少している。今後も、在宅復帰・在宅療養支援の取組をより積極的に進めていただくように、算定要件の見直しを検討すべきではないか。
- 老健施設の持つ在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点としての役割、リハを提供する機能維持・改善の役割の2つの役割は引き続き重要である。超強化型が約3割近くとなってきており、これからも2つの役割を果たせるように、メリハリをつけることも念頭に置きながら、かつ、サービスを必要とする人がきちんと利用できるようにしていくことが必要ではないか。
- 機能の高い老健施設ほど社会福祉士をはじめとした有資格者の配置割合も高い点も踏まえて、評価をすべきではないか。
- 老健を含む施設サービスの収支差は非常に厳しい状況となっていることから、基本報酬の引き上げを検討すべきではないか。

（リハビリテーション）

- 在宅復帰の促進に向け、入所者の自宅及び自宅周辺のアセスメントや調理・掃除などの家事遂行訓練など、個別・具体的な生活支援のリハビリプログラムの充実が必要ではないか。

（医療提供機能の強化）

- 所定疾患施設療養費は、医療ニーズのみですぐに医療機関へ搬送せずに、できるかぎり施設で対応するために非常に重要な制度であり、高齢者によく見られるいわゆる心不全等を所定疾患施設療養費の対象疾患に加えることも検討すべきではないか。

（看取り）

- 老健施設の看取りは、長い期間入所している方ばかりではないことや、医療費が基本報酬に含まれていること、医師・看護師・リハ職等の多職種で対応していること等の特徴があることから、ターミナルケア加算は、これらを踏まえた評価をすべきではないか。

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）②

※ 第217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において整理したもの

<介護老人保健施設>

(薬剤管理)

- 薬剤調整について、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由のとおり、入所前のかかりつけ医と介護老人保健施設の医師または薬剤師の間での意思疎通・情報連携が難しい現状である。医療・介護のDXの実施など、情報連携の整備体制強化を図っていくことが必要ではないか。

(高額な薬剤)

- 入所が受けられないほどの高額な薬剤については、しっかりと薬剤費を算定できるような見直しが必要ではないか。
- 薬剤調整等の課題があるために入所ができないことについては、入所希望者にとって不利益であるため、改善を進めるべきではないか。
- 老健施設入所中であっても、難病の公費負担が利用できるようになると、高額な薬剤が理由で入所が困難になることも少なくなると考えられるため、積極的な検討をお願いしたい。
- 入所者に対し、高額薬剤の処方箋を交付した場合、技術料や指導料等の取扱いが明確でない部分がある。コロナ治療薬以外の薬剤を含む対応について一定の整理が必要はないか。

(その他)

- ポリファーマシーに関しては、単に服用する薬剤数が多いということではなく、それに関連した有害事象のリスク等が増加することと定義されている。各職種の連携による取組の評価については、各サービス全体に共通した課題として今後も検討することが必要。
- 施設等における口腔管理に対する体制については、外部歯科医療機関との連携の下、質の向上を図れるようにすべきではないか。その上で、施設等で取り組まれている口腔衛生管理と歯科医療として実施している訪問口腔衛生指導は、その役割や効果も違っていると思うので、それぞれの役割が果たされるような運用になるようお願いしたい。

論点① 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の強化

論点①

- 介護老人保健施設の基本報酬については、平成30年度介護報酬改定において、在宅復帰・在宅療養支援等指標を3段階から5段階に見直しを行った。令和3年度改定では在宅復帰・在宅療養支援等指標の一部見直し（訪リハ事業所の併設の評価、PT・OT・STいずれも配置されていることの評価）を行った。
- 施設類型については、各施設での取組が進められた結果、令和5年2月時点で、在宅復帰・在宅療養支援機能の高い超強化型が28.6%まで増加した。
- 入退所支援を担う支援相談員の配置について、在宅復帰・在宅療養支援機能が高いタイプの施設の方が、関係者との連絡及び調整等の相談援助を業とする国家資格である社会福祉士の配置が多いことから、報酬上の評価を検討すべきとの意見もあった。
- 在宅復帰・在宅療養支援等指標の取得状況等を踏まえ、在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 在宅復帰・在宅療養支援等指標について、一定の経過措置を設けた上で
 - ・ 円滑な在宅復帰に向けた取組を更に促進するため、入所前後訪問指導割合及び退所前後訪問指導割合に係る指標の取得状況を踏まえ、基準を引き上げることとしてはどうか。
 - ・ 在宅復帰・在宅療養支援に向けた体制を評価するため、支援相談員の配置割合に係る指標において、社会福祉士の配置を評価することとしてはどうか。
- 上記の見直しに合わせて、各類型間における基本報酬において、更に評価の差をつけることとしてはどうか。

論点② リハビリテーション機能の強化（短期集中リハビリテーション実施加算）

論点②

- 介護老人保健施設におけるリハビリテーションについて、入所直後は集中的なリハビリテーションにより比較的大きくADLが改善することが報告されている。
- 短期集中リハビリテーションについては、入所後3か月間実施されるものであり、効果が期待される一方で、ADL等の評価の頻度は定められておらず、LIFEへの提出は加算の算定要件とされていない。
- 例えば、通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として、開始後一定期間については、月1回以上、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すことが求められているところ。
- 介護老人保健施設におけるリハビリテーションにおいて、効果的なリハビリテーションを更に促進する観点からどのような対応が考えられるか。

対応案

- 短期集中リハビリテーション実施加算について、効果的なリハビリテーションを推進する観点から、原則として入所時及び月1回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション計画を見直すとともに、評価結果をLIFEに提出した場合の加算区分を新設し、評価に一定の差を設けてはどうか。

論点③ リハビリテーション機能の強化（認知症短期集中リハビリテーション実施加算）

論点③

- 介護老人保健施設における認知症リハビリテーションについて、現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘がされている。
- 認知症リハビリテーションに関するガイドライン*では、在宅復帰を目標としたリハビリテーションでは、在宅での生活環境をリハビリテーション開始前にアセスメントし、環境に合わせたリハビリテーションを実施することが重要であるとされている。
- また、通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)においては、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問することが要件とされている。
- 令和5年度の改定検証調査では、介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションを実施するために自宅の状況を確認している施設の割合は70.2%であった。
- 認知症リハビリテーションについて、認知症の方の生活機能の改善や在宅復帰に向けた支援を推進していく観点からどのように考えるか。

*「日々のくらしにつなげる認知症リハビリテーション実践ガイド」（監修:国立長寿医療研究センター 理事長・総長 鳥羽研二）

対応案

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、認知症を有する利用者の居宅における生活環境に対応したサービス提供が行えるよう、当該利用者の居宅を訪問し生活環境を把握することを要件としてはどうか。
- 利用者の居宅を訪問しない場合については、評価に一定の差を設けることとしてはどうか。

認知症リハビリテーションの目標

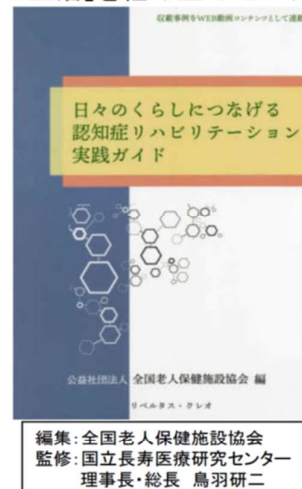
- ✓ 認知症の人は、その進行とともに自律(自己決定)と生活の自立が障害されていくため、家族を含む他者の支援が必要となっていく。そのため認知症の人のリハビリテーションでは、認知症の人が独力で生活するのではなく、他者の支援や環境の助けを借りながら「そのひとりの生活」を組み立てていくことを目標としている。

認知症リハビリテーションで重視される視点

- ✓ 生活障害の改善を目指す
- ✓ 実際の生活の場面を反映したリハビリテーションの組み立て
- ✓ 有する能力を最大限に活かす

在宅復帰に向けての支援

- ✓ 家族支援の重要性
在宅復帰に向けての在宅環境のアセスメントでは、物的環境が重視されがちだが、実際には家族の介護力という人的環境や地域資源などの社会的環境が重要な要素となる。
- ✓ 家族に対するリハビリテーションや介護の指導
指導は退所前のみ行うのではなく、入所時から行い、退所時には家族が習熟することが望まれる。
- ✓ リハビリテーション開始前の生活環境アセスメント
在宅復帰を目標としたリハビリテーションでは、在宅での生活環境をリハビリテーション開始前にアセスメントし、環境に合わせたリハビリテーションを実施することが重要である。
- ✓ 退所前の生活環境アセスメント
退所前には、在宅の環境を再度アセスメントし、必要な住宅改修を実施する。



など

21

論点④ リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進

論点④

- リハビリテーション、口腔、栄養の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。
- 介護老人保健施設では、口腔については歯科衛生士の介入を口腔衛生管理加算として評価しており、栄養については管理栄養士の配置された施設において行われる栄養ケアを栄養マネジメント強化加算として評価している。
- また、リハビリテーションについては、一部類型を除き、基本報酬の要件としてリハビリテーションマネジメントを実施することとされており、加算においてLIFE提出やフィードバックの活用が評価されている。
- 介護老人保健施設におけるリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算について、リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進する観点から、下記の要件を満たす場合について評価する加算区分を新設することとしてはどうか。
 - ・口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
 - ・実施計画等の内容について、リハ・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFE提出情報を活用すること。
 - ・共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行った上で、見直しの内容について関係職種に対しフィードバックを行うこと。
- ※介護医療院の理学療法等(特別診療費)、特養の個別機能訓練加算(Ⅱ)についても同様の見直しを行うこととしてはどうか。

論点⑤ 入所者への医療提供（所定疾患施設療養費）

論点⑤

- 介護老人保健施設では、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、施設において投薬等の治療管理を行った場合の評価として、所定疾患施設療養費による評価を行っている。
- 令和3年度改定において、所定疾患施設療養費の対象に蜂窩織炎が追加となっており、蜂窩織炎の発症があった施設のうち、医療機関へ転院させた利用者がいた施設の割合が25.0%から9.7%に低下した。
- 令和5年度の調査では、介護老人保健施設において、心不全（慢性心不全の増悪等）を発症する方がいた施設が一定程度ある中で、医療機関へ転院させた利用者がいた施設の割合が約7割の状況である。
- 医療機関に転院する理由として、約9割の施設が重症度を理由の一つとしてあげたが、他の理由として、報酬上の評価がされていないことも一定程度あげられた。
- 急性疾患を発症した入所者が、当該者の状態に応じ、適切な場において必要な医療が提供されるよう、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、所定疾患施設療養費の対象疾患についてどのように考えるか。

対応案

- 施設において適切な医療を提供する観点から、慢性心不全が増悪した場合について所定疾患施設療養費の対象として追加することとしてはどうか。

論点⑥ 看取りへの対応の充実（ターミナルケア加算）

論点⑥

- 介護老人保健施設における看取り対応の特徴として、看護師などの医療専門職が常駐していることや、リハビリ職などの多職種による評価・介入ができることなどがあげられる。
- 介護老人保健施設における看取り対応として、死亡日を含めて45日の間で施設において行うターミナルケアを評価するターミナルケア加算がある。
- 施設類型別の分析では、超強化型や強化型は基本型と比べ、死亡日31日以前の加算算定が少なく、死亡日が近づいてから入所し、看取りが行われている割合が高い。
- また、特に在宅療養支援機能が高い介護老人保健施設では、ターミナルケア加算が算定可能な期間においても、本人の希望等にあわせ、在宅への一時帰宅を行いながら、最終的に施設で看取りを行う場合もある。
- なお、看取り期における対応では、終末期に必要な投薬や検査など手厚い対応が行われている一方で、介護老人保健施設では医療費等が基本報酬に含まれていることから、当該医療コスト等は施設の持ち出しとなる。
- 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点から、ターミナルケア加算の在り方についてどのように考えるか。

対応案

- 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りを適切に評価する観点から、ターミナルケア加算について、死亡日から期間が離れた区分における評価を引き下げ、死亡直前における評価をより一層行うよう重点化を図ることとしてはどうか。

論点⑦ ポリファーマシー解消の推進（かかりつけ医連携薬剤調整加算）

論点⑦

- 介護老人保健施設では、入所者のうち約半数が入所時に6種類以上の内服薬を処方されており、そのうち約35%は退所時に1種類以上減薬しているなど、一定のポリファーマシー解消のための取組が行われている。
- 一方、介護老人保健施設においてポリファーマシー対策を積極的に行っている施設は約6割であった。
- 利用者のかかりつけ医と連携し、薬剤を減らす取組を評価するかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定率は5.8%と低く、算定が困難な理由として、「入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から合意を得ること」等の理由が挙げられている。
- 介護老人保健施設における入所者のポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（1）について、現在は入所前の主治医と連携した上で処方内容を総合的に評価・調整を行った場合を評価しているが、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合について評価してはどうか。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合を高く評価することとしてはどうか。
- また、同加算（1）について、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、病院の入院患者におけるポリファーマシー解消のための診療報酬上の取組を参考に、
 - ・ 処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと
 - ・ 入所に6種類以上の内服薬が処方されている方を対象とすること
 - ・ 入所者や家族に対して、処方変更に伴う注意事項の説明やポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うことを新たに要件としてはどうか。

論点⑧ 報酬体系の整理・簡素化（地域連携診療計画情報提供加算、認知症情報提供加算）

論点⑧

- 地域連携診療計画情報提供加算は、大腿骨頸部骨折または脳卒中の患者について、診療報酬の地域連携診療計画加算を算定して退院したものについて、医療機関の作成した診療計画に基づき治療等を行った上で、当該医療機関に診療情報を提供した場合を評価する加算であるが、算定率は0.6%である。
- 認知症情報提供加算は、認知症患者を認知症疾患医療センターや認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関に照会した場合を評価する加算であるが、算定率は0.0%である。
- これらの算定率が著しく低い加算について、廃止することも含めどのように考えるか。

対応案

- 地域連携診療計画情報提供加算及び認知症情報提供加算については、算定率が著しく低いことを踏まえ、廃止することとしてはどうか。
- 医療機関との連携については、本分科会で別途議論することとしてはどうか。

介護老人保健施設 目次

論点 1. 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の強化	8
論点 2. リハビリテーション機能の強化(短期集中リハビリテーション実施加算)	15
論点 3. リハビリテーション機能の強化(認知症短期集中リハビリテーション実施加算)	18
論点 4. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進	24
論点 5. 入所者への医療提供(所定疾患施設療養費)	28
論点 6. 看取りへの対応の充実(ターミナルケア加算)	32
論点 7. ポリファーマシー解消の推進(かかりつけ医連携薬剤調整加算)	39
論点 8. 報酬体系の整理・簡素化(地域連携診療計画情報提供加算、認知症情報提供加算)	46

社会保障審議会 介護給付費分科会 (第231回)	資料 3
令和 5 年11月16日	

介護医療院 (改定の方向性)

これまでの分科会における主なご意見（介護医療院）

※ 第217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において整理したものを示します。

<介護医療院>

(看取り)

- 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いた対応が半数に留まっているが、介護医療院の制度設計を考える上では、看取りまで対応する場であることを前提に議論を進めていく必要があるのではないか。
- 介護医療院においては、意思疎通が困難になった段階で、人生の最終段階における医療・ケアの決定を行う必要がある。

(介護療養型医療施設の移行等)

- 介護療養型医療施設の移行が令和5年度末までに完了するように、着実に対応していただきたい。
- 前回の改定におきまして、長期療養生活移行加算が新設されているが、算定率が低いことや、介護療養型医療施設の移行が完了することから廃止すべきではないか。

(医療ニーズへの対応)

- 介護医療院において、治療目的で入所されるような方あるいは治療を要する場合についてのインセンティブが必要ではないか。
- 住まいと生活を医療が支える新たなモデルとしてスタートしたことを引き続き重視していただき、それを体現するような、在宅では困難な医療的対応ができる住まいとしての環境を確保する必要があるのではないか。
- 入所が受けられないほどの高額な薬剤については、しっかりと薬剤費を算定できるような見直しが必要ではないか。
- 入所者の傷病で歯科疾患は0.0%であるが、処置の状況に関しては歯科治療（訪問を含む）で10.5%に上っている。歯科治療への対応をしていく必要があるのではないか。

論点① 看取りへの対応の充実

論点①

- 令和3年度介護報酬改定において、入所者の一定の割合について「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」に沿った取組の実施が基本報酬における要件とされるとともに、施設サービス計画の作成にあたっての努力義務とされ、取組の推進が図られたところ。
- 令和5年度改定検証調査では、介護医療院について、「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」に沿った取組を入所者全員に実施している施設は52.0%であった。
- 長期療養が必要な方に対する医療提供機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設であり、約半数が死亡退所である介護医療院において、看取りへの対応を充実する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、介護医療院の基本報酬の算定要件及び施設サービス計画の作成において、本人の意思を尊重した上で、入所者全員に対して「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」に沿った取組を行うことを求めることとしてはどうか。

論点② 療養病床からの移行の評価

論点②

- 令和3年度介護報酬改定では、介護医療院について、医療の必要な要介護者の長期療養施設としての機能及び生活施設としての機能をより充実させる観点から、療養病床における長期入院患者を受け入れ、生活施設としての取組を説明し、適切なサービス提供を行うことを評価する長期療養生活移行加算を創設した。
- 介護療養型医療施設については令和5年度末に廃止となるが、療養病床からの移行を評価する長期療養生活移行加算についてどのように考えるか。

対応案

- 介護療養型医療施設が令和5年度末に廃止となることを踏まえ、長期療養生活移行加算について廃止することとしてはどうか。

介護医療院 目次

論点1. 看取りへの対応の充実	7
論点2. 療養病床からの移行の評価	13

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料 4
令和5年11月16日	

特定施設入居者生活介護・ 地域密着型特定施設入居者生活介護（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

47

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・地域密着型特定施設入居者生活介護）

※ 第217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において整理したもの

（看取り）

- 施設内での看取りに対応するため、看護職員配置の充実や訪問看護との連携を評価できるような仕組みが重要。
- 看取りを受けられない理由として、夜間は看護職員がいない、対応できない医療処置があるから等が主な理由になっている。高齢者は今後増加し、サービスも増加している中、医療的ケアや看取りのニーズに応えられる現実的な対応が必要。
- 看取りを行っているにもかかわらず、看取り介護加算を算定していない施設が約2割ある。これは、加算算定要件に原因があり加算ができていないのか、それ以外の要因に基づくものか、体制整備上の課題なのか。いずれにしろ課題があるのではないかと。

（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）

- 高齢者向け住宅の中に介護保険サービスが組み込まれており、特定施設の指定を受けていればそれに組み込まれることになる。組み込まれていない場合について、今は介護人材の確保が非常に厳しいことから、介護サービスの安定的な確保に向けて、例えば、外部サービス利用型特定施設の指定が受けられるようにするなど検討が必要ではないかと。

（看護職員不在時の医療的ケアへの対応）

- もともとと基準上の看護配置が薄く、基本サービス費が低く抑えられていることから特定施設は看護職員の加配が難しい現状。一方で介護保険の訪問看護は、看護職員の配置があるがゆえに提供ができないという状況。したがって、特に夜間等の看護職員不在時の医療的ケアの対応に課題があるので、看護職員不在時に医療的ケアをどうカバーするのか検討が必要ではないかと。

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、高齢者住まい事業者団体連合会（公益財団法人全国有料老人ホーム協会、一般社団法人全国介護付きホーム協会、一般社団法人高齢者住宅協会）から、以下について要望があった。

- （1）基本報酬の向上
- （2）処遇改善について、制度の簡素化及び加算要件の弾力化等の対応
- （3）高齢者向け住まいにおいて介護報酬改定に関連する共通の要望
- （4）加算の新設等
 - ・排泄支援加算の新設
 - ・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）の単位数アップ
 - ・入居継続支援加算の要件の見直し
 - ・医療機関連携加算の要件緩和
 - ・処遇改善加算の一本化等
 - ・看護職員配置にかかる減算率の見直し 等
 - ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ）の新設
 - ・サービス提供体制強化加算の要件の見直し
 - ・ICT・ロボットの活用の推進
 - ・時短職員の要件緩和

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

48

論点① 医療的ケアへの対応（夜間看護体制加算）

論点①

- 特定施設入居者生活介護は、基準上は医師の配置が求められておらず、また、要介護3～5の入居者が全体の約45%を占めている。これまでの分科会においても、今後、さらに医療的ケアが必要な者の受入れに対応していくためには、夜間の看護体制の充実が必要との指摘があったところ。
- 特定施設入居者生活介護の夜間の看護体制については、施設の看護職員の配置又は訪問看護ステーション・医療機関と連携しオンコールで対応する体制を評価する夜間看護体制加算を設けており、事業所ベースの算定率は69.1%であった。
※ 介護保険総合データベースの任意集計（令和4年3月サービス提供分）
- 令和4年度老健事業では、夜間の看護体制がある事業所のうち、「常に夜勤または宿直の看護職員が対応」している事業所は約14%であった。その他の約86%の事業所は、「施設の看護職員がオンコールで対応」又は「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制」を確保している。
- 「夜勤・宿直の看護職員」が対応している事業所において夜間に職員を配置している理由は、「常時、医療処置を要する入居者がいるため」が最も多く約84%だった。また、夜間の看護体制がある事業所のうち、「夜勤・宿直の看護職員」が対応している事業所は、「夜間をオンコール対応」としている事業所と比べ、医療的ケアの必要な入居者を多く受け入れている傾向がみられた。
- 夜間の看護体制について、特定施設入居者生活介護における医療ニーズへの対応を強化する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 「夜勤・宿直の看護職員」を配置している事業所は、夜間オンコール対応の事業所と比べて医療的ニーズへの対応がより多くできていることを踏まえ、特定施設入居者生活介護における看護体制の整備・充実を評価する観点から、夜間看護体制加算について、「夜勤・宿直の看護職員を配置している」場合と「オンコールで対応している」場合の評価に差を設けることとしてはどうか。

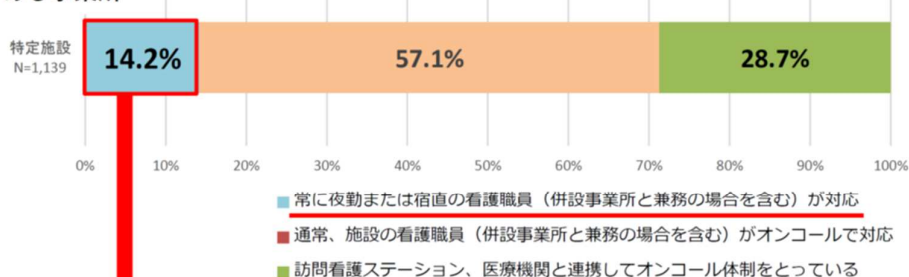
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

49

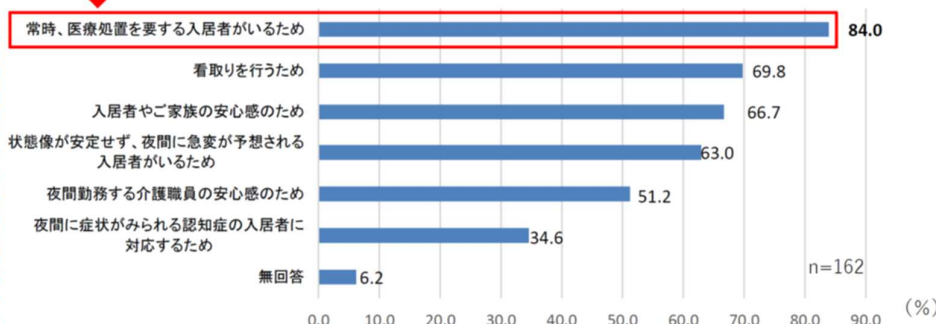
夜間の看護体制

- 夜間の看護体制がある事業所のうち、「施設の看護職員がオンコールで対応」が57.1%と最も多く、「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている」が28.7%、「常に夜勤または宿直の看護職員が対応」が14.2%であった。
- 「常に夜勤または宿直の看護職員が対応」している事業所が夜間に職員を配置している理由は、「常時、医療処置を要する入居者がいるため」が最も多く84%、「看取りを行うため」が69.8%であった。

■夜間の看護体制がある事業所



■夜間に看護職員を配置している理由



出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

50

論点② 医療的ケアへの対応（入居継続支援加算）

論点②

- 特定施設入居者生活介護においては、中重度の要介護者が約半数を占め、医療的ケアの対応を要する者が11%と入居者の一定割合いるなど医療ニーズへの対応の一層の推進が期待される。
- 入居者の医療ニーズへの対応については、平成30年度介護報酬改定において、たんの吸引又は経管栄養等の医療的ケア（※1）が必要な入居者の割合が一定以上である場合等を評価する入居継続支援加算を設けたところである（※2）。
 - ※1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為
①口腔内の喀痰吸引、②鼻腔内の喀痰吸引、③気管カニューレ内部の喀痰吸引、④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、⑤経鼻経管栄養
 - ※2 令和3年度介護報酬改定の際は、「たんの吸引等を必要とする者の割合が利用者の15%以上」の場合の評価（入居継続支援加算（Ⅰ））に加えて、「5%以上15%未満」の場合に評価する新たな区分（入居継続支援加算（Ⅱ））を設けている。
- 令和4年度老健事業によれば、入居者のニーズが高い医療的ケアには、「カテーテルの管理（入居者のうち、3.1%）」、「酸素療法（同1.8%）」、「インスリンの注射（同1.7%）」等、入居継続支援加算の算定要件に含まれていないものが複数あった。また、関係団体からも、ニーズの高い医療的ケアについて評価が必要との指摘があったところ。
- 入居者の約半数を中重度の要介護高齢者が占め、医療的ケアを要する者が一定数いる特定施設入居者生活介護において、入居者の医療ニーズを踏まえた適切な評価を行う観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 入居継続支援加算は、たんの吸引等の医療的ケアを必要とする者の占める割合を算定要件としているところ、特定施設入居者生活介護において行われる割合が高い医療的ケアである、「膀胱留置カテーテル」「在宅酸素療法」「インスリン投与」についても新たに追加し、看護職員がこれらのケアを行うことを評価してはどうか。

12

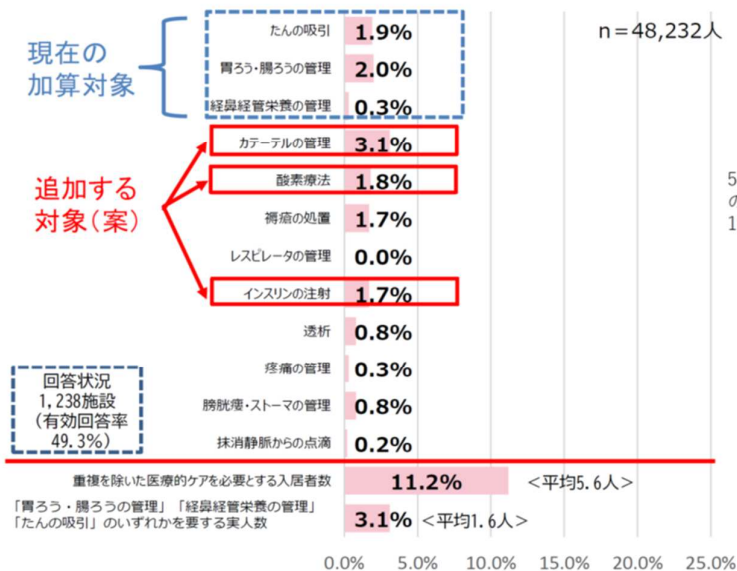
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

51

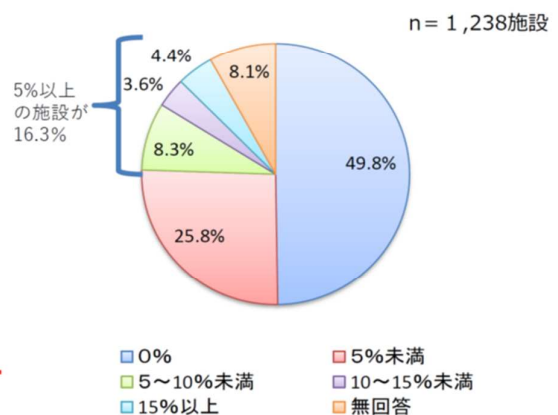
医療的ケアを必要とする入居者の対応内容とその割合

- 特定施設入居者生活介護において、入居継続支援加算の算定要件である「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」以外の医療的ケアとして、「カテーテルの管理」（3.1%）、「酸素療法」（1.8%）、「インスリンの注射」（1.7%）の対応が多い。
- 入居継続支援加算の算定要件である、「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」のいずれかの医療処置を要する入居者の割合が、5%以上15%未満（加算（Ⅱ）の算定要件）の事業所が11.9%、15%以上（加算（Ⅰ）の算定要件）が4.4%だった。

■医療的ケアを必要とする入居者の割合



■「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」のいずれかの医療的ケアを必要とする入居者の割合



出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

13

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

52

入居継続支援加算の概要

**単位数と
算定要件**

入居継続支援加算（Ⅰ）					
単位数	36単位／日				
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（※1）を必要とする者の占める割合が利用者の100分の15以上であること。 ・介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上（※2）であること。 				
算定率 (事業所数ベース)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">特定施設入居者生活介護</td> <td style="text-align: right;">2.39%</td> </tr> <tr> <td>地域密着型特定施設入居者生活介護</td> <td style="text-align: right;">3.68%</td> </tr> </table>	特定施設入居者生活介護	2.39%	地域密着型特定施設入居者生活介護	3.68%
特定施設入居者生活介護	2.39%				
地域密着型特定施設入居者生活介護	3.68%				
入居継続支援加算（Ⅱ）					
単位数	22単位／日				
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（※1）を必要とする者の占める割合が入居者の100分の5以上であること。 ・介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上（※2）であること。 				
算定率 (事業所数ベース)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">特定施設入居者生活介護</td> <td style="text-align: right;">1.89%</td> </tr> <tr> <td>地域密着型特定施設入居者生活介護</td> <td style="text-align: right;">0.28%</td> </tr> </table>	特定施設入居者生活介護	1.89%	地域密着型特定施設入居者生活介護	0.28%
特定施設入居者生活介護	1.89%				
地域密着型特定施設入居者生活介護	0.28%				

- ※1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為
 ①口腔内の喀痰吸引、②鼻腔内の喀痰吸引、③気管カニューレ内部の喀痰吸引、④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、⑤経鼻経管栄養
- ※2 ただし、以下の（a）～（c）のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が常勤換算方法で「入居者の数が7またはその端数を増すごとに1以上」であること。
 (a) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下、「介護機器」）を複数種類使用していること。
 (b) 介護機器の使用にあたり、介護職員、看護職員、介護支援専門員等が共同してアセスメント（入居者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。）及び入居者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状況等の見直しを行っていること。
 (c) 介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の人と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。
 i 入居者の安全及びケアの質の確保 ii 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 iii 介護機器の定期的な点検 iv 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修
- ※3 サービス提供体制加算を算定している場合は入居継続支援加算を算定できない。
 算定率（事業所数ベース）の出典：介護保険総合データベースの任意集計（令和4年3月サービス提供分）

14

特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護 目次

論点 1. 医療的ケアへの対応（夜間看護体制加算）	6
論点 2. 医療的ケアへの対応（入居継続支援加算）	11

6

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料 5
令和 5 年 11 月 16 日	

高齢者施設等と医療機関の連携強化（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

55

これまでの分科会における主なご意見（高齢者施設等と医療機関の連携強化）①

※ 第217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において整理したもの

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

（高齢者施設等と医療機関の連携の強化）

- 配置医師や協力医療機関の仕組みが効果的に機能することが重要であり、協力医療機関の指定を明記しているにも関わらず、なかなか機能していない状況において、これらの協力医療機関等について、具体的で一定の機能以上の役割を明記して、基準として定めることは効果的ではないか。
- 新型コロナウイルス感染症の教訓を生かして、感染対応力を向上させるためにも、形式的な連携ではなく、平時から実効性のある連携の在り方、連携体制の制度化を確立することが必要ではないか。
- 医療機関との連携強化については、地域の地域包括ケア病棟を有するような中小病院あるいは在宅療養支援病院などと、平素から顔の見える良好な関係性をつくっていくことが重要ではないか。
- 一般病院への入院が在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となるといった研究結果を踏まえると、要介護者の高齢者に対応した急性期入院医療については、限られた医療・介護資源の中で役割分担の観点が必要である。要介護の高齢者について、軽症の場合は、可能な限り介護保険施設の配置で対応し、入院が必要な場合は、在宅復帰機能が高い地域包括ケア病棟が中心になって対応するなど、限られた医療資源を有効に活用していくべきではないか。
- 高度な医療を必要とする場合は、3次救急病院などへの搬送を行うことを前提とした上で、慢性疾患の急性増悪など、日常的な疾患の入院治療については、慢性期リハビリテーションが行える病院や地域包括ケア病棟を有する病院、在宅療養支援病院などとの連携を優先的に行うよう求めているか。

（DXの推進について）

- 医療と介護の情報連携にあたっては、テクノロジーやICT活用などのDX推進が必要ではないか。
- 情報連携にかかる様々な加算が設けられているが、十分に情報連携がされておらず、算定率が低いものが存在する状況であることから、報酬上の評価だけでなく、情報連携の体制整備などを早急に進めていくべきであり、ICTの活用などについても、具体的な検討を進めていくべきではないか。
- 介護現場と医療現場では、別々の組織やシステムで運営されている場合が多いため、診療記録と介護記録の双方向での確認や連携を取りやすくするためにも、高齢者施設と医療機関との間での電子カルテや情報システムの統合が必要であり、それらに係る経費や運用面への支援などを行うことにより、ICTをより活用しやすい環境にしていくことも重要ではないか。
- 各自治体でいろいろな取組を実施しているが、介護・医療の一番重要なことはデータの連携になるため、具体的にスケジュールを決めてぜひ進めていただきたい。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

56

これまでの分科会における主なご意見（高齢者施設等と医療機関の連携強化）②

※ 第217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において整理したものを

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

（情報連携の内容について）

- DX化やペーパーレス化の推進に加えて、利用者や患者の体の状況や入所者・患者の生活歴も重視した連携の強化を図ることが必要ではないか。
- より生活に配慮した情報収集について、在宅における認知症高齢者等のみの世帯が増加することから、本人の包括的な同意を踏まえ、収集された利用者本人の生活費や生活習慣と取得されたアセスメント情報等を関係者が参考にするこゝとで、より適した医療・介護等サービス提供に活かすような方策も考慮していく必要があるのではないか。
- 生活における口腔の情報も関係者で連携していただき、新興感染症も含めて、口腔健康管理の提供が中断されることのないようお願いしたい。
- 介護保険施設において、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る一体的実施計画書について、利用していない、今後も利用するつもりがないという回答が多かったことや、入所・入院前の居場所からの栄養情報の提供がなかったという割合も一定数あったことを踏まえた検討も必要ではないか。
- 現状、連携情報が似たものでも評価方法が違うものもあることから、整合性を取るべきである。既に連携のために実際に動いているものを参考とし、既存の診療報酬・介護報酬の中にある項目をうまく使いながら、情報共有をしていく仕組みを作っていくべきではないか。

（その他）

- 連携や対応が増えることで、情報共有や異常の早期発見・早期対応などが実現していくことは、利用者にとってはありがたい一方で、これまで以上に介護職員の負担が増えることにならないかと心配もある。連携加算などの報酬項目を増やすだけでなく、介護労働のゆとり、介護職員の労働環境も勘案することを希望する。
- 介護施設等での感染対策や医療ニーズの高まりに合わせて、特定行為のできる看護師の配置を推奨するなど、専門看護師の活用をお願いしたい。

論点① 協力医療機関との連携体制の構築

論点①

- 介護保険施設は運営基準において入所者の急変や入院治療に対応するため協力病院を定めることとされている。また、特定施設や認知症グループホームについては、協力医療機関を定めることとされている。
- 一方で、協力医療機関との連携の内容は様々であり、入所者の急変時等において協力医療機関が実施する対応として、電話等による相談対応や、外来での対応、往診の実施など対応が分かれている。
- さらに、入院加療が必要となった場合について、令和3年度DPCデータでは、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%となっており、現行多くの患者が入院をしている医療機関について、当該医療機関が提供しうる医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。
- また、協力医療機関と休日夜間等における対応等を直近で確認した時期について、約半数の施設が施設の設定時であるとの調査もあり、必ずしも定期的な確認を行っていない状況がある。
- このような実態を踏まえ、本分科会や同時報酬改定に向けた意見交換会では、高齢者施設等は協力医療機関として、在宅医療を担う地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するべきといった意見があったところ。
- 高齢者施設等の入所者の急変時における相談体制や往診等の体制を充実する観点や、その後適切な入院医療に繋げる観点から、協力医療機関との連携体制についてどのような対応が考えられるか。

論点① 協力医療機関との連携体制の構築

対応案

- 介護保険施設（特養・老健・介護医療院）において、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携のもとで適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築することを念頭に、1年間の経過措置を設けた上で、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化してはどうか。
 - ①入所者の急変時等に、医師又は看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されていること。
 - ②診療の求めを受け、夜間休日を含め診療が可能な体制を確保していること。
 - ③当該施設での療養を行う患者が緊急時に原則入院できる体制を確保していること。
 ※複数の協力医療機関を定めることにより①～③を満たすことも可能としてはどうか。

- 特定施設と認知症グループホームについては、介護保険施設と異なり、現行は協力病院を定めることが義務となっていないこと等を踏まえ、まずは上記の①と②について努力義務としてはどうか。

- また、定期的（年1回以上）に、協力医療機関と緊急時の対応等を確認し、医療機関名等について指定権者（許可権者）に提出することとしてはどうか。

- さらに、協力医療機関との連携を更に強化するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行うことを評価してはどうか。なお、特定施設については、医療機関連携加算の要件を見直すこととしてはどうか。

- 入所者が協力医療機関に入院した際に、入所者の病状が軽快し、施設での療養が可能となった場合において、当該者が速やかに再入所できるよう努めることとしてはどうか。

在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上			
⑩ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい						

論点② 入院時の医療機関への情報提供

論点②

- 医療・介護の情報連携については、これまでの改定で累次の見直しが行われてきたところであるが、先般の同時報酬改定に向けた意見交換会において、「特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか」という意見も指摘されている。
- 退所時の情報提供については、老健と介護医療院においては運営基準に基づく様式、特養と特定施設においては配置医等からの診療情報提供書により情報提供がなされているが、現病歴等の診療状況に関する情報を記載する項目が中心である。
- 高齢者施設等の退所時において、施設等が把握する生活支援上の留意点や認知機能等にかかる情報提供の更なる促進を図るために、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 老健と介護医療院の退所時情報提供加算は、居宅に退所した場合の情報提供を評価した加算であるが、医療機関へ退所した場合に、生活支援上の留意点等の情報を提供した場合についても新たに評価してはどうか。なお、その際の情報提供項目や様式については、将来的なDX化も見据え、検討を行うこととしてはどうか。
- また、居宅に退所した場合についても、生活支援上の留意点等の情報を適切に提供することとし、医療機関への退所の場合の評価との整合性がとれるよう見直しを行うこととしてはどうか。
- 特養、特定施設、認知症グループホームについても同様に、医療機関へ退所した場合の情報提供にかかる加算を創設してはどうか。

論点③ 医療機関からの患者受け入れの促進

論点③

- 同時報酬改定に向けた意見交換会等において、要介護者について、入院によるADLの低下や認知機能の悪化を防ぐため、医療機関からの早期退院の必要性が指摘されている。
- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、病床のひっ迫を防ぐため、退院基準を満たした患者の介護施設での受け入れの促進が行われており、特に介護老人保健施設については、中間施設という特性から、退院患者の受け入れに向けた体制の構築を行ったところ。
- また、介護老人保健施設において、入所前の場所が病院・診療所である利用者は、自宅や居住系サービスから入所した利用者とは比べ、利用者の医療的状態が不安定である者が多いというデータが示されており、医療機関から利用者を多く受け入れた場合、従事者に対する負荷も高まることが想定される。
- 入院による要介護者のADLの低下等を防ぐ観点から、特に急性期の医療機関から介護老人保健施設への受け入れを促進するため、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 医療機関に入院する患者の退院調整が円滑に行われるよう、介護老人保健施設が当該施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等のシステムによる定期的な情報共有や、急性期病床を持つ医療機関の入退院支援部門に対する定期的な情報共有等を行っている場合において、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合について初期加算における評価の引き上げを行うこととしてはどうか。

論点 1. 協力医療機関との連携体制の構築 8

論点 2. 入院時の医療機関への情報提供 28

論点 3. 医療機関からの患者受け入れの促進 33

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回） 令和5年11月16日	資料6
--	-----

福祉用具・住宅改修（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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）

※ 第217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において整理したものを示します。

（介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会）

- 大事なことは利用者の安全性の確保や、状態に応じた適切な用具の利用、これらが担保されることであると考え、その観点からの検討を今後行っていくことが必要ではないか。
- 福祉用具を貸与から販売という方向に転換する部分を多くという論点について、細かい情報等をお知らせいただきたい。

（安全な利用の促進に向けた情報共有）

- 福祉用具の事故情報の活用について、福祉用具を含む介護領域の事故に関する情報が極力分散せず、関係者が情報把握しやすい仕組みの構築が非常に重要ではないか。

（上限価格の在り方）

- 上限設定の見直しの頻度について、おおむね3年に1度の頻度に見直しとあるが、この上限設定の見直しを実施すると、必ず上限価格が下がる仕組みになっているが、今般の物価上昇の局面では事業所にとっても大変厳しい制度となるのではないか。今後の在り方についても検討が必要ではないか。

（多職種連携）

- 廉価な福祉用具について、貸与か販売かの選択制について議論している最中である。この中で重要なのは、かかりつけ医による医学的判断が不可欠であり、リハビリテーションの進行あるいは進捗とリンクするため、リハビリテーション専門職の意見も参考にすべき。また、退院・退所時カンファレンスに福祉用具専門相談員や販売業者が必要に応じて参加することも有用ではないか。

（その他）

- 福祉用具・住宅改修の改定に当たっては、使い手（利用者）の気持ちを聞きながら検討を行ってほしい。

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、一般社団法人日本福祉用具供給協会、一般社団法人日本福祉用具・生活支援用具協会から、以下について要望があった。

- （1）介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方
 - ・ 貸与を原則とする現行制度の維持
 - ・ 介護保険福祉用具・住宅改修検討会における廉価な既存種目の見直し
- （2）福祉用具貸与価格における上限設定の見直し
- （3）福祉用具に関する事故及びヒヤリハット情報等を一元的に管理するプラットフォームの構築

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

65

論点① 福祉用具貸与・販売のあり方

論点①

- 「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」において、福祉用具貸与・販売に関する諸課題等について議論が行われ、次の3つの論点について、現状と課題、今後の対応の方向性が取りまとめられたところ。
 - ・ 福祉用具貸与・販売に関する安全な利用の促進
 - ・ 福祉用具貸与・販売に関するサービスの質の向上
 - ・ 福祉用具貸与・販売に関する給付の適正化
- 運営基準に係る事項としては、福祉用具貸与計画の実施状況の把握（モニタリング）について、その実施時期が明確となっていないことや、福祉用具貸与について、介護予防福祉用具貸与と異なり、計画の実施状況の結果の記録を求めていること等が課題として挙げられた。
- 本取りまとめを踏まえ、福祉用具貸与・特定福祉用具販売について、利用者における安全な利用の促進、サービスの質の向上、給付の適正化の観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」の取りまとめで示された対応の方向性を踏まえ、安全利用のための手引きの活用促進や事故情報等の発信、「介護保険における福祉用具の選定の判断基準」や「福祉用具専門相談員指定講習カリキュラム」の見直し等の各種取組を着実に実行することとしてはどうか。
- 福祉用具貸与のモニタリングを適切に実施し、利用者の意向や状況を踏まえながらサービスの質の向上を図る観点から、福祉用具貸与の運営基準を改正し、モニタリングの実施時期を福祉用具貸与計画の記載事項に追加することとしてはどうか。また、介護予防福祉用具貸与と同様に、モニタリング時に福祉用具の使用状況等を記録し、介護支援専門員に交付することとしてはどうか。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

66

論点② 一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入

論点②

- 介護保険制度における福祉用具については、利用者の身体状況や要介護度の変化等に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則とする一方、他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によって形態・品質が変化し、再利用できないものは販売種目としている。
- 現行制度では、福祉用具の貸与期間について制限は設けられておらず、貸与期間が短期間であれば、販売よりも利用者の負担を抑えることができる一方、貸与期間が長期間になれば、貸与価格の累計額が販売価格を上回る場合もある。一部の貸与種目・種類は、過去の給付データ等より確認できる利用実態等を見ると、購入した方が負担が抑えられる者の割合が相対的に高いため、福祉用具貸与と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。
- こうした状況を踏まえ、「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」においては、利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保するという観点から、福祉用具貸与・特定福祉用具販売の選択制の導入が可能かどうかについて議論されてきたところであるが、選択制の導入についてどのように考えるべきか。

対応案

- 「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」において取りまとめられた次の事項に係る対応の方向性を踏まえ、一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制を導入することとしてはどうか。
 - ・ 選択制の対象とする種目・種類
 - ・ 選択制の対象者の判断と判断体制・プロセス
 - ・ 貸与又は販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方

「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」の取りまとめ（一部抜粋）

一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入に関する対応の方向性

1) 選択制の対象とする種目・種類

- 貸与と販売の選択が可能な種目・種類は、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、
 - ・ （利用者が購入の判断を行いやすい）比較的廉価なものであり、
 - ・ これまでの利用実績のデータをもとに、希望小売価格を1ヶ月の貸与価格で除して算出した月数（以下「分岐月数」という。）より平均貸与月数が長い若しくは同等、かつ、分岐月数より長く利用している者の割合が相対的に高いもの（およそ4割程度以上）とする。
- 具体的には、「固定用スロープ」「歩行器」（※1）「単点杖（松葉杖を除く）」「多点杖」の4つとする。なお、これらは可動部がない用具が多く、利用開始後のメンテナンスの必要性が比較的低いと考えられるものである。
 - ※1 対象種目である「歩行器」は種類ごとに「歩行車」若しくは「歩行器」に区分することができ、選択制の対象として考えられるのは種類としての「歩行器」である。
- また、貸与と販売の選択を利用者の意思に委ねるのであれば、対象種目・種類を限定する必要はないのではないかという意見も考えられるが、利用者の多くが貸与を志向しているといった調査結果を踏まえると、一定以上の者が長期利用しているといった、購入することが一定程度合理的であると客観的に考えられる種目・種類について導入することが適当であると考えられる。
- 「固定用スロープ」等については、複数個の使用が必要とされる場合があるため、購入される場合には必要に応じて複数個支給を認めるよう、国から自治体に対して周知を行うこととする。また福祉用具専門相談員に対しても、必要性について十分に検討することを求めることとする。
- 特定福祉用具販売における同年度の支給基準限度額については、選択制導入による限度額への影響や限度額を超過する利用者の傾向等について、選択制導入後に実態を把握し、その結果を踏まえ、今後検討を行うこととする。

2) 選択制の対象者の判断と判断体制・プロセス

・対象者の判断

- 福祉用具貸与の利用者における「介護が必要になった原因」は様々であり、また、過去のデータから長期利用者に関する一定の傾向は確認できるものの、一律に対象者を限定することは困難であることから、選択制の対象者は限定しないこととする。

・判断体制・プロセス

- 選択制の対象となる福祉用具を利用する場合は、利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択することができることとする。
- 利用者等が適切な判断を行うために必要な事前のプロセスとして、貸与と販売の選択について検討を行う際は、医師やリハビリテーション専門職等の医療職を含めた多職種の意見を反映させるためにサービス担当者会議等を活用することとするほか、介護支援専門員が各専門職への「照会」により意見を聴く方法も可能とする。
- 介護支援専門員又は福祉用具専門相談員は、取得可能な「医学的所見」（※2）等に基づきサービス担当者会議等で得られた判断を踏まえ、利用者等に対し、貸与又は販売に関する提案を行う。

※2 医学的所見は、判断する直近のものを取得することを原則とし、やむを得ず取得できない場合は、適時適切な時期に取得した医学的所見等をもとに判断を行うものとする。また、既に判断する直近の医学的所見を取得している場合は、新たに取得を求める趣旨ではない。

・その他

- 国は、選択制の対象種目における平均的な利用月数等の情報について、関係者に対し提供することとする。

3) 貸与又は販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方

・貸与後のモニタリングのあり方

- 選択制の対象となる福祉用具を貸与した場合、福祉用具専門相談員は、
 - ・ 福祉用具専門相談員のモニタリングの実施時期の実態や分岐月数を踏まえ、利用開始後少なくとも「6ヶ月以内に一度」モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。
 - ・ モニタリング時に記録する福祉用具の利用状況などを踏まえ、利用開始から6ヶ月以降においても、必要に応じて、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。

・販売後の確認やメンテナンスのあり方

- 選択制の対象となる福祉用具を販売した場合、福祉用具専門相談員は、
 - ・ 福祉用具サービス計画における目標の達成状況を確認する。
 - ・ 保証期間を超えた場合であっても、利用者等からの要請に応じて、販売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（メンテナンス）を行うよう努める。
 - ・ 利用者に対し、商品不具合時の連絡先を情報提供する。

論点③ 福祉用具貸与に係る上限価格の改定のあり方

論点③

- 福祉用具については、貸与価格の適正化を図る観点から、平成30年10月から商品ごとに全国平均貸与価格を公表し、貸与件数が100件を超える商品については、貸与価格の上限価格（全国平均貸与価格+1標準偏差）を設定することとしており、上限価格を超える貸与価格が設定された商品については、介護保険給付の対象外とされている。
- 貸与件数が100件を超え、新しく上限設定の対象になった商品については、3ヶ月に1度の頻度で公表しているほか、既に上限価格が設定されている商品については、見直しによる適正化の効果と事業者負担を勘案し、3年に1度の頻度で見直しを行うこととしており、令和6年度から適用される上限価格等については、前回改定時の方針に基づき、今月初旬に公表したところ。
- 今回の改定においては、上限価格が引上げとなった商品は443件（約11%、前回改定時は2%）、引下げとなった商品は3,476件（約89%）であり、昨今の物価高騰等の影響を受け、上限価格の範囲内で貸与価格を引き上げた商品は前回よりも多くあった。
- 他方、現行の改定ルール上、貸与価格が均一で改定前の上限価格と等しい商品は、改定による上限価格の変動が生じない仕組みとなっており、福祉用具貸与事業所からは、物価高騰等の影響を価格転嫁する際の阻害要因となっている等の観点から、福祉用具貸与価格の上限設定制度の見直しについて意見があったところ。
- 今回の改定において、貸与価格が概ね均一で上限価格とほぼ等しい商品があった（155件、全商品の3.7%）ため、これらについて分析したところ、自社製品又はほぼ一社提供となっているため価格設定等をしやすい商品や、既に生産が終了となっている商品などであり、直ちに福祉用具の供給に支障が生じる状況ではなかった。
- こうした状況を踏まえ、福祉用具貸与価格の上限設定について、必要な福祉用具の供給を確保する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 今後、急激な物価上昇が発生した際に、上限価格が設定されているために貸与価格の引上げが困難となり、必要な福祉用具の安定的な供給が妨げられるような事態が生じないよう、上限価格の改定ルールに物価上昇に対応した特例的な仕組みを設けることについて、その必要性を含めた検討を行うため、貸与価格の上昇等に関する実態を引き続き半年に一度程度把握することとしてはどうか。

福祉用具・住宅改修 論点

- 論点 1. 福祉用具貸与・販売のあり方 7
- 論点 2. 一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入 12
- 論点 3. 福祉用具貸与に係る上限価格の改定のあり方 17

本日の内容

1. はじめに
～報酬改定に向けた今後の検討の進め方～
2. 介護給付費分科会11月16日ダイジェスト！
特養・老健・介護医療院／特定施設／福祉用具
施設と医療機関の連携
+ 財務省の秋の建議も
3. おわりに

I : 総論

令和6年度予算の編成等に関する建議
(令和5年11月 財政制度等審議会)

基本認識

- ・ 我が国の経済・社会は構造的な変化に直面しており、**依然として歴史的な転換点**に立っていると見える。海外と同様、我が国でも**物価高や金利上昇の常態化**というこれほどとは異なる局面に入っていく可能性があり、**利払費急増のリスク**も念頭に置きながら、**責任ある財政運営**を行っていくことが一層重要。
- ・ **経済が平時化**する中において**歳出構造を平時に戻していく**ことは当然のこと。その際、**将来を見据えた財政措置を制度改革等**と合わせて講じ、**民間主導の経済成長**を実現できる環境を整えていくことが政府の重要な役割。
- ・ **少子化対策は国家の持続可能性を左右**するといっても過言ではなく、**長期的・継続的に実施**する必要があり、そうである以上、**財源も安定的に確保**することが不可欠。世代間・世代内の公平性を確保し、**全ての世代が相互に支え合う全世代型社会保障制度**を構築し、**あらゆる世代の将来不安**を取り除いていく必要。

1. 経済・市場動向

- ・ 新型コロナの位置づけが**5類感染症**に変更されたことに伴い、個人消費、企業活動含めて**我が国の経済情勢は平時に戻り**、更に一部ではコロナ禍以前の水準を超えて経済活動が活性化。
- ・ **グローバルな経済・金融環境**においては、低インフレ・低金利基調から**高インフレ・金利上昇基調へ**という**経済の潮目の変化**が継続。**我が国でも物価は依然として上昇傾向、金利は長期債・超長期債を中心に一層上昇傾向。**
- ・ 労働市場では**人手不足**が顕在化。今後とも労働供給制約に直面する可能性が高いことを踏まえれば、**労働生産性の向上**が急務。

2. 経済財政運営の在り方

- ・ IMFは、本年4月のレポートで、各国政府は**財政余力の構築**により重点を置くことが必要等と提言。主要先進国は、こうした認識を共有し、財政健全化に向けた取組を推進。
- ・ 現在の経済情勢の下では、財政措置は**真に必要で効果的な施策**に的を絞って講じる必要。同時に、単に現状維持志向の政策ではなく、**将来を見据えた財政措置を制度改革等**と合わせて講じ、**企業・個人の行動変容**や**産業の新陳代謝**などを促すことが望ましい。
- ・ **金利上昇に伴い利払費が急増**し、そのために国債を増発するようなこととなれば、**市場の信認**がさらに揺らぎ、国債発行に当たって**追加のリスクプレミアム**(国債金利上昇せ)を求められることになりかねない。そうなれば、**財政運営に支障を来す**おそれがあるほか、**我が国の事業会社や金融機関などの資金調達にも悪影響**を及ぼし得る。また、**有事**において機動的な対応ができるようにするためにも、常に**財政余力を確保**していくことが求められる。
- ・ **令和6年度予算**については、財政健全化目標の達成に向けた道筋を示し、経済・財政運営に対する**市場の信認**を確保するとの覚悟を持って編成に臨むことが求められる。**物価・金利動向など我が国の経済の現況**に鑑みれば、**今がまさに財政健全化に軸足を移すべき時**であり、この機会を逃してはならない。

Ⅱ：各論

1. 社会保障

- ・能力に応じて負担し、必要に応じて給付し、持続可能な制度を次世代に伝える「全世代型」への制度改革が必要。

(少子化対策)

- ・「**こども未来戦略方針**」に基づき、**安定した財源を確保した上で着実に実施**すべき。具体的には、**徹底した歳出改革等**を行い、**実質的に追加負担を生じさせない**ことを目指す。**歳出改革等による財源確保、経済社会の基盤強化**を行う中で、**支援金制度を構築**する。

(報酬改定：医療・介護・障害)

- ・高齢化等による**国民負担率の上昇に歯止めをかける**ことが必要。
 - 約2万2千の医療法人を対象に実施した**財務省の機動的調査で判明した診療所の極めて良好な直近の経営状況**（2022年度経常利益率8.8%）等を踏まえ、診療所の報酬単価を適正化すること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ**診療報酬本体をマイナス改定**とすることが適当
 - **診療所の報酬単価**については、経常利益率が全産業やサービス産業（経常利益率3.1～3.4%）と比較して同程度となるよう、**5.5%程度引き下げる**。これにより、保険料負担は年間2,400億円程度軽減（現役世代の保険料率で▲0.1%相当。年収500万円の場合、年間5千円相当の軽減）
その上で、現場従事者の処遇改善に向けて、毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本としつつ、**利益剰余金の活用、強化される賃上げ税制の活用、その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置を検討**すべき。
- ・介護分野の職場環境の改善・生産性向上等に取り組むべき。

(改革工程)

- ・全世代型社会保障に向けた改革について、**医療提供体制、保険給付範囲の在り方、能力に応じた負担の観点から検討**が必要。

2. 地方財政

- ・一般財源総額実質水準ルールを**着実に実施し、引き続き歳出改革等の努力**を行っていくことが必要。
- ・**自治体DX**を通じた**業務効率化・歳出削減を推進**するとともに、**経費の削減効果について地方財政計画にも反映**させるべき。
- ・**こども・子育て政策の強化**について、**既存施策との関係整理や枠計上経費の組み替えによる財源確保も検討**すべき。
- ・**近年の地方税収等の増収傾向**などを踏まえれば、当初計画にない財政需要について、まずは**地方公共団体が基金の活用等によって対応**することを検討すべき。
- ・**ふるさと納税**に関する**折半ルール適用や地方財政計画への計上の在り方について検討**を進めるべき。

Ⅱ：各論

3. 防衛

- ・**優先順位を付けた上で合理化・効率化を徹底**しつつ、「**防衛力整備計画**」で定められた**43兆円程度を最大限効率的に活用し、防衛力強化**を進めていく必要。防衛関係費は、**長期にわたる防衛力を支える継続的な予算**であり、**安定財源の確保が不可欠**。
- ・内外の物価上昇や為替の減価によって**装備品等の単価が上昇**する中で必要な防衛力を確保するためにも、**価格低減等に努める**必要。
- ・**ライフサイクルコストを通じたプロジェクト管理**について、**実効的なコスト抑制**につながるよう、**運用改善やガバナンス強化**等が必要。

4. 外交

- ・我が国が直面している厳しい国際情勢に機動的かつ的確に対応するため、**有力な外交ツールであるODA**についても、**より戦略的・効果的に活用**されるべき。
- ・その際には、諸外国における抜本的な見直しの例も参照しつつ、**資金を優先順位付けて戦略的に有効活用する取組や民間資金との効果的な連携等を一層図**っていくべき。

5. 文教・科学技術

- ・**義務教育**について、日本全体で**人手不足が問題**となる中、**教職の魅力**を高めることで教員の「質」の確保を図りつつ、「働き方改革」の徹底やICTの活用等により、「**数**」に頼らない**持続的・効率的な学校運営**を図っていくべき。
- ・**高等教育**について、少子化が進み大学の経営環境が厳しくなる中、**経営の健全化に資する定員規模の適正化等**を、**予算のメリハリ付けの強化**を通じて進めていくべき。
- ・**科学技術**について、若手研究者の活躍機会の確保に向けて、**硬直的な人事制度や研究費等の配分方法の柔軟化**を図るとともに、**博士人材のキャリアパスの複線化**を促すべき。

6. 社会資本整備

- ・近年、防災・減災、国土強靱化等のために**公共事業**の予算規模が増加しているが、**インフラの整備水準の大幅な向上や、建設業の労働需給が逼迫**している点なども踏まえ、**公共投資の適切な規模を見極める**必要。
- ・国土強靱化に向けた今後の**ハード整備**は、**人口減少を見据えて将来世代にも受益が及ぶ事業へ重点化**させることや、**災害リスクエリアに新築を促さない仕組み・規制や実効的なコンパクトシティ政策等と組み合わせ**ることで、**防災・減災効果をより効率的に高める**必要。

Ⅱ：各論

7. 農林水産

- ・農業政策の構造転換を進めるべく、「生産面」において、**水活交付金及び収入保険などセーフティネット**について、**生産性向上や需要に応じた生産の推進、制度の持続可能性の観点から必要な見直し**を行うべき。
- ・「生産基盤」である担い手について、**法人経営体の増加や規模拡大、雇用就農を推進**する観点から、制度面も含めた**労働環境の改善**が必要。また、サービス事業体の育成など**スマート技術の実装、効率的な活用**を進めるべき。

8. 国内投資・中小企業

- ・**GX・DX等の成長分野への投資拡大**に向けた取組は重要。**民間資金を活用**するとともに、**インフレ懸念にも留意しながら進めていく**必要。GX分野では、**財源を含めた長期的な戦略フレームワークが明確化**。DX分野である**半導体等**についても、**諸外国の支援手法（投融資等）も参考**しつつ、**必要な財源と一体で、中長期的な戦略を描く**べき。
- ・新型コロナウイルスが**5類感染症に移行**したいま、**新型コロナ対応のために措置された補助金や金融支援**については、**事業者の状況を見きわめながら不断に見直し、早期に中小企業対策費全体を正常化**する必要。

9. デジタル

- ・**政府のシステム予算**について、**デジタル庁が統括監理や一括計上の枠組みを用いて、更なる効率化やコスト削減に努めるとともに、予算の総額をコントロールするための目標を設定**する必要。
- ・地方公共団体の**ガバメントクラウド活用**について、**コスト削減に向けた検討をデジタル庁がさらに進めるとともに、その削減効果やコスト削減以外のメリットをわかりやすく示し、地方公共団体がガバメントクラウドを利用する合理性を丁寧に説明**していくべき。

10. 地方創生

- ・地域の「稼ぐ力」「地域の総合力」「民の知見を引き出す」観点から先導性の高い地方公共団体の取組を支援していくため、**地方創生関係交付金の実効性を高める枠組みに改め、地方創生に向けた支援の改善・強化**を図るべき。

11. 国家公務員等の旅費制度の改正

- ・国内外の社会情勢の変化に対応できるものとするとともに、**国家公務員の働き方改革に資する事務負担軽減や業務環境の改善を図るため、令和6年の通常国会に旅費法改正法案を提出**すべき。

総論より

令和6年度（2024年度）予算編成においては、保険料負担抑制や歳出改革に大きな影響を及ぼす医療・介護・障害の3報酬改定が行われる。

「(2) 診療報酬改定」、「(3) 介護報酬改定」、「(4) 障害報酬改定」においては、それぞれ、経営状況や各分野の業態特有の論点を踏まえた改定

の在り方について提示する。特に、「(2) 診療報酬改定」においては、財務局による機動的調査の結果明らかとなった診療所の極めて良好な経営状況を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当であることを示す。

(3) 介護報酬改定

介護費用の総額は、高齢化の進展等により毎年大幅に増加⁵⁹している。こうした中で、介護報酬改定においては、必要な介護サービスを提供しつつ、国民負担を軽減する観点から報酬の合理化・適正化を進めていくことが不可欠である。〔資料Ⅱ－1－62 参照〕

具体的には、担い手の確保等の課題に対応し、給付の適正化や保険制度の持続性確保のための改革を着実に実施していくことが必要である。職場環境の改善・生産性の向上に向けた総合的な対策を講じることにより、構造的な人手不足の下で増大するサービス需要に対応しながら、高齢化等に伴う事業者の収益増⁶⁰等が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築すべきである。そして、全体としてメリハリをつけた報酬改定とすることにより、現役世代の保険料負担増等を最大限抑制する必要がある。

介護職員の処遇改善が求められているが、介護報酬の改定率を単に高くしただけでは問題の解決にはならず、介護事業者内の経営者を含めた所得格差是正にも踏み込んだ取組が必要である。〔資料Ⅱ－1－64 参照〕

① 担い手の確保

我が国における業種ごとの就業者数を見ると、医療・福祉分野については一貫して増加しているが、中長期的に就業者総数の減少が見込まれる中、今後も増大し続ける介護ニーズに対応していくためには、テクノロジーの導入・活用促進や人員配置基準の柔軟化を強力に進めていくことが不可避の流れである。

こうした施策を他の施策とあわせて実施し、生産性を高めることにより、介護サービスの質の向上や介護従事者の負担軽減を図っていくことが求められる。〔資料Ⅱ－1－65 参照〕

ア) 関係者の意識改革（好事例の横展開）

介護現場では、介護ロボット・ICT 機器の導入や、社会福祉連携推進法人の仕組みの活用により、業務の効率化や介護人材の確保・育成に取り組んでいる好事例も出ている。令和5年度（2023年度）からは、こうした優れた取組を行っている介護事業者に対する総理大臣・厚生労働大臣表彰が開始されたところであり、好事例の横展開を図ることで、介護職員の処遇改善や働きやすい職場環境づくりにつなげていくことが重要である。〔資料Ⅱ－1－66 参照〕

イ) ICT 機器の利活用と人員配置基準の更なる柔軟化

他方で、介護業界全体で見ると、介護ロボット・ICT 機器は必ずしも幅広く普及はしていないため、介護事業者の業務や事務手続のデジタル化を更に推進すべきである。あわせて、テクノロジーを活用し、先進的な取組をしている介護事業者については、介護 DX の流れに沿う形で、人員配置基準の更なる柔軟化を進めるべきである。〔資料Ⅱ－1－67、68 参照〕

ウ) 経営の協働化・大規模化の推進

また、限られた介護人材のリソースを有効に活用し、生産性を上げていくためには、経営の協働化や大規模化も重要な取組である。人材育成の協働化を通じた離職率の低下、一括仕入れによるコスト削減、事業拡大に伴う利用者のニーズへの対応強化など、協働化・大規模化による成果も出ているところであり、引き続き、こうした取組を推進すべきである。〔資料Ⅱ－1－69 参照〕

エ) 人材紹介会社に対する指導監督の強化

介護人材の採用に当たっては、一部の人手が不足している介護事業者において、民間の人材紹介会社に高額の手数料を支払っていることが課題となっている。また、人材紹介会社経由の場合、離職率が高いとする調査もあり、必ずしも安定的な職員の確保につながっているとは言い難い。

介護事業者向けの人材紹介会社に対しては、今後、本人への「就職お祝

い金」規制に関する集中的指導監督の実施等が行われる予定となっているが、更なる取組の強化が求められる⁶¹。併せて、ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介を充実させるべきである。〔資料Ⅱ－1－70 参照〕

オ) 介護人材の処遇改善、経営情報の見える化

介護人材の処遇改善については、処遇改善加算の活用により、多くの事業所において賃上げが実施されている⁶²。引き続き、賃上げの呼び水として処遇改善加算を活用し、経営改善や生産性向上の取組を通じた成果とあわせ、職員の賃金へ適切に還元すべきである。なお、介護従事者の賃上げ状況について継続的な調査・分析を行えるよう、処遇改善加算の取得に当たって、職種別の給与等の報告を要件とすることを検討すべきである⁶³。〔資料Ⅱ－1－71 参照〕

これに関連して、介護事業者の経営改善に向けた動機付けの観点や、より実態を踏まえた政策の検討を行うためにも、介護事業者全般についての経営状況や処遇改善状況の見える化を進めるべきである。〔資料Ⅱ－1－72 参照〕

② 給付の適正化

ア) サービス毎の収支状況を踏まえた適正化

介護事業経営実態調査によれば、令和4年度（2022年度）の介護サービス施設・事業所の収支差率はサービス全体で3.0%⁶⁴と、中小企業（3.3%）

⁶¹ 例えば、介護分野は医療・保育と比べ、厚生労働省が認定する適正紹介事業者を通じた人材紹介の市場シェア率が低く、更なる対応が求められる。

⁶² 令和4年（2022年）10月の臨時報酬改定で創設された「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、約9割の事業所で取得されている。同加算を取得した事業所においては、介護職員（月給・常勤の者）の平均給与額は1年間で5.8%増（月額+17,490円）となっており、同加算（3%増（月額平均+9,000円相当））を大きく上回る賃上げが実施されている。また、同加算の直接の対象でないその他の職員についても賃上げ（+3.6%～5.1%）が実施されている。

⁶³ 現在、厚生労働省が実施している「介護従事者処遇状況等調査結果」は12月時点の実績を公表しているが、春闘の時期の賃上げ状況についてはデータが無い。

⁶⁴ コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む数字。同補助金を含まない場合の収支差率は2.4%。なお、令和5年度の介護事業経営実態調査においては、補助金を含まない収支差率を主要な数値として公表しているが、令和4年度の介護事業経営概況調査においては、補助金を含む収支差率を主要な数値として公表しており、年度によってデータの取扱いが変わるのは不

⁶⁵をやや下回る水準にある。しかし、本調査の収支差は、特別費用である「事業所から本部への繰入」は反映（控除）されている一方で、特別利益は反映（合計）されていないため、収支差の計算に偏りのあるものとなっている。このため、特別費用を除いた収支差率で見ると、4.7%となっており、中小企業の水準を上回る水準となっている。

このような特別費用・特別収益を除いた上での分析は、サンプル数がより豊富な福祉医療機構が公表する「経営分析参考指標」でも用いられており、こうしたデータを基にサービス類型ごとの収支差率で見ると、中小企業の水準を上回るサービスが多い。

このため、令和6年度（2024年度）報酬改定に当たっては、令和5年度（2023年度）の介護事業経営実態調査を適切に分析した結果も踏まえつつ、介護保険給付費の伸びや保険料負担の増を極力抑える観点から、収支差率の良好なサービスについては報酬水準の適正化・効率化を徹底して図るべきである。〔資料Ⅱ－1－73 参照〕

イ) サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメント等の適正化

個別の介護サービスについて目を向けると、サービス付き高齢者向け住宅等においては、同一の建物に居住する高齢者に対して特定の事業者が画一的なケアプランの下で集中的にサービスを提供する、いわゆる「囲い込み」の問題が指摘されてきたが、自治体によるケアプランの点検が十分に行われておらず、サービスの見直しにつながっていない状況にある。

このようにケアプランを届け出る仕組みによる効果が限定的であったことを踏まえ、より実効的なものとなるよう見直すとともに、報酬の適正化による対応を図るべきである。具体的には、訪問介護等について、利用者が同一建物に集中している場合、一層の減算を行うべきである。また、ケアマネジメントサービスの偏りに対する減算も強化すべきである。〔資料Ⅱ－1－74 参照〕

ウ) 訪問看護の適正化

また、近年、慢性期・終末期の利用者に特化した施設（有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等）について、併設の訪問看護事業所からのサービス提供の在り方が課題となっている。特に、医療保険からの訪問看護の提供は、介護保険のように区分支給限度基準額の概念がなく、ケアプランの作成も努力義務にとどまるため、歯止めが効いていない⁶⁶。こうした施設について、看取りの受け皿となっている現状はあるものの、極端に訪問看護のサービス提供量が高い事業者については、医療保険上の訪問看護の提供実態等を踏まえた上で、適正化を図るべきである。〔資料Ⅱ－1－75 参照〕

エ) 真に有効な加算への重点化・整理統合

介護報酬改定においては、これまで様々な加算が設けられてきたが、制度創設当初から加算の種類が大きく増加し、体系が複雑化している。前回の令和3年度（2021年度）報酬改定でも加算項目の整理が行われたが、依然として算定率がゼロまたは低い加算項目が多数存在している。このため、介護事業者の事務負担の軽減や、利用者にとっての分かりやすさの観点から、整理統合を図りつつ、質の高い介護サービスの推進に向けて、自立度や要介護度の維持・改善等、アウトカム指標を重視した真に有効な加算へ重点化すべきである。〔資料Ⅱ－1－76 参照〕

③ 制度の持続性確保

ア) 介護保険の第1号保険料負担の見直し

介護保険の第1号保険料⁶⁷については、今後、高齢化の進展による第1号被保険者数の増加や、給付費の増加に伴う保険料の上昇が見込まれる

⁶⁶ 訪問看護療養費実態調査をもとに厚生労働省保険局医療課において作成されたデータ（令和5年（2023年）6月審査分より推計。速報値）によれば、訪問看護利用者の1月当たりの請求額を見ると、中央値が約6.7万円、平均値が9.8万円であるところ、全体の約1%強が60万円以上、最大値が116万円と高額になっている。

⁶⁷ 介護保険の第1号保険料は、保険者ごとに介護サービスの利用見込み等を踏まえて基準額を設定した上で、所得段階別の保険料を決定している。基本的に、基準額を上回る分の合計額と、基準額を下回る分の合計額を均衡させることとなっている。これに対し、低所得者の保険料負担の軽減を強化するため、平成27年度（2015年度）より、公費による更なる負担軽減を実施している。

中で、低所得者の負担軽減に要する公費の過度な増加を防ぐため、負担能力に応じた負担の考え方に沿って、高所得の被保険者の負担による再分配を強化すべきである。〔資料Ⅱ－1－77 参照〕

イ) 介護保険の利用者負担（2割負担）の見直し

介護保険の利用者負担について、現在、2割負担の対象は所得上位20%となっている⁶⁸が、令和4年（2022年）10月に後期高齢者医療制度において所得上位30%の方について2割負担が導入されたことを踏まえ、介護保険における2割負担の範囲拡大についても、ただちに結論を出す必要がある。

さらに、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことについても第10期介護保険事業計画期間（令和9年度（2027年度）～令和11年度（2029年度））を目指して検討していくべきである。〔資料Ⅱ－1－78 参照〕

ウ) 多床室の室料負担の見直し

制度創設時から、「施設介護については、居宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況から見て、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる」とされてきた^{69,70}。

しかしながら、介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

実態として、介護医療院と介護老人保健施設は、在所日数等を見れば、利用者の「生活の場」と言える状況にある。こうした状況を踏まえれば、

⁶⁸ 介護保険の制度創設時、利用者負担割合を一律1割としていたが、保険料の上昇を可能な限り抑えながら、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図るため、「一定以上所得のある方」（第1号被保険者の上位20%相当）について負担割合を2割、さらに、「現役並みの所得」を有する方の負担割合を3割に引き上げてきた。

⁶⁹ 平成17年度（2005年度）に、食費と個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しが行われた（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）。さらに、平成27年度（2015年度）には、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）の多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しが行われた。

⁷⁰ 「高齢者介護保険制度の創設について（平成8年（1996年）4月22日）」（老人保健福祉審議会）

居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、室料相当額については利用者本人の負担とする見直しを行うべきである。

この他、令和6年度（2024年度）報酬改定後を見据え、第10期介護保険事業計画期間の開始までに結論を得るべき事項として、ケアマネジメントへの利用者負担の導入、軽度者（要介護1・2）への訪問介護・通所介護についての段階的な地域支援事業への移行等についても、制度間の公平性や均衡等を踏まえて検討を行っていくべきである⁷¹。〔資料Ⅱ－1－79、80参照〕

⁷¹ なお、ビジネスケアラー等の介護者の負担軽減を図る観点から、利用者保護等に留意しつつ、保険外サービスの普及促進を図ることも考えられる。

本日の内容

1. はじめに
～報酬改定に向けた今後の検討の進め方～
2. 介護給付費分科会11月16日ダイジェスト！
特養・老健・介護医療院／特定施設／福祉用具
施設と医療機関の連携
＋財務省の秋の建議も
3. おわりに

是非、ご紹介下さいませ！



まずは、↓↓↓の動画をご覧下さいませ！

「報酬改定対応のガイダンス動画」です



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

87

介護保険制度改正 & 報酬改定セミナー



アーカイブ動画

全7本
資料あり
(11月現在)

介護保険制度改正詳細解説セミナー! (2023年1月11日)

～2022年度介護保険部会での議論総まとめ!今後の事業戦略を考える上での基本情報!～

マンスリー・ジャーナル

- 2023年7月
・医療と介護の意見交換会の内容
・多機能系、定期巡回、グループホーム
・通所系、ショート
- 2023年8月
・訪問系、居宅介護支援、施設系、入居系
- 2023年9月(分野横断的テーマ)
・地域包括ケアシステムの深化・推進
・自立支援・重度化防止を重視した
質の高い介護サービスの推進
・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
・制度の安定性・持続可能性の確保

介護保険制度改正・報酬改定 速報&解説LIVE!

- 2023年10月22日
介護保険法改正/医療と介護の意見交換会
- 2023年10月29日
介護給付費分科会10月26日ダイジェスト!
通所系サービス/ショートステイ
- 2023年11月5日
介護給付費分科会10月23日ダイジェスト!
定期巡回/多機能系サービス/グループホーム
- 2023年11月11日
介護給付費分科会11月6日ダイジェスト!
訪問系/居宅介護支援/処遇改善/新しい複合型

※今後も月2～3回ペースで更新していきます!

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

88

介護保険制度改正 & 報酬改定セミナー

お申込み特典

特典
①

介護保険制度改正の
有料動画プレゼント！

特典
②

経営者、管理者限定
グループコンサルティング
無料参加権！

特典
③

グループコンサルティング
参加者限定の個別相談会
無料参加権！



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

継続的な学習の重要性！

■成長のために

- ・ **ギャップ**を埋める & **強み**を活かす
- ・ **時間とエネルギー**をかけた分だけ成長する
- ・ **よい情報を浴び続ける**、そういう**環境**に身を置く
- ・ **成長は螺旋階段**、その時々で**受け取るものも違う**
- ・ **ミラーニューロン効果**（思考・行動に影響、**時間差で効果!**）、**感度**が高まる
- ・ **知れば知るほど分からないこと**が増える、**知りたいこと**が増える
- ・ **学びが理想**をつくり、**理想が学び**を生む

■メンテナンスのために

- ・ いつも良い状態を保てるとは限らない……。
- ・ **定期的に軌道修正**させてくれる、**人・環境の存在**が必要

■自分自身、そしてチームワーク

- ・ **シャンパンタワー**：自分が満ち足りて、人を満たすことができる
- ・ **研修はチームで参加**、普段は話さないことも話す、施設を越えた連携

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

継続的な学習の機会を持つために



影響力・インパクト



回数・頻度

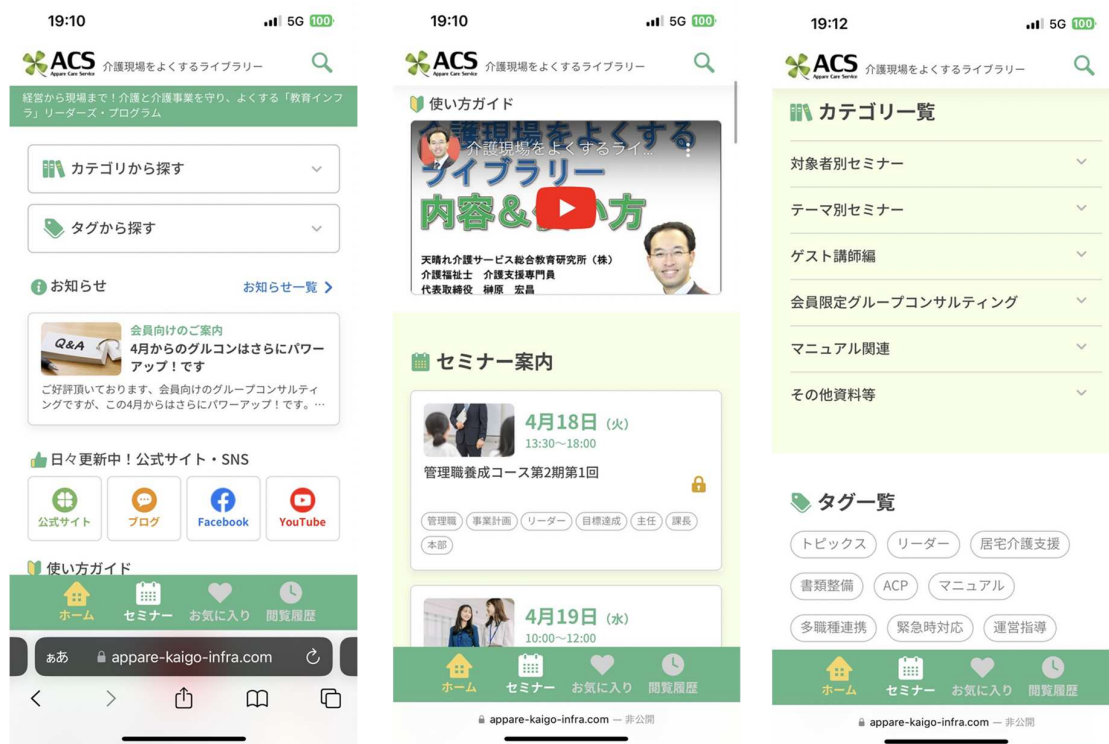


$$\text{習慣化} = \text{インパクト} \times \text{回数}$$

研修・動画の内容 経営から現場まで400本以上！

- 経営者・経営幹部向けセミナー（20時間相当 + α ）
- 管理職向けセミナー（20時間相当 + α ）
- ケアマネジャー向けセミナー（10時間相当 + α ）
- 全職員向け法定研修シリーズ（10時間相当 + α ）
- 新人職員向けセミナー（10時間相当）
- 赤本・青本・緑本通読セミナー（20時間相当 + α ）
- 1日集中講座シリーズ！（30時間相当）
（稼働率、人材確保、管理職養成、実地指導、ケアマネジメント等）
- 令和3年度介護報酬改定セミナー（10時間相当）
- リーダー、相談援助職のための説明力向上講座（5時間相当）
- 最新情報&トピックス「マンスリー・ジャーナル」（20時間相当）
- 工藤ゆみさんのコミュニケーション力向上講座（20時間相当）
- 進絵美さんの面談スキル向上講座（5時間相当）
- 吉村NSの看護セミナー（5時間相当）
- ケアマネジャー受験対策セミナー（15時間相当）

介護現場をよくするライブラリー



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

93

人材確保・育成・定着コース

【人材確保・育成・定着コース第1期】全6回

■第1回：10月12日（水）
「人材確保の具体策」

■第2回：11月9日（木）
「選考方法の具体策」※13時～17時半

■第3回：12月22日（金）
「人材育成・定着・評価の具体策」※13時～17時半

■第4回：1月24日（水）→10日（水）
「人事部門の重要性」

■第5回：2月7日（水）
「まとめ・発表」

※各回とも13:30～18:00

■フォローアップ講座：3月6日（水）14:00～17:00

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

94

ケアマネ・相談援助職養成コース

【ケアマネジャー・相談援助職養成第1期】全6回

■第1回：10月24日（火）

「ケアマネジメントの基礎」 ※13時～17時半

■第2回：11月30日（木）

「説明力向上 & 合意形成の具体策」 ※13時～17時半

■第3回：12月27日（水）

「各種困難事例、意思決定支援、家族支援、ハラスメント対策等」

■第4回：1月25日（木）→24日（水）

「組織の中での立ち位置・役割」

■第5回：2月21日（水）

「まとめ・発表」

※各回とも13:30～18:00

■フォローアップ講座：3月21日（木）14:00～17:00

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

95

面談スキル向上講座（進塾）

SSM

面談（傾聴）スキル向上講座

①自己理解

②他者理解

③自己理解の支援

④自立支援

⑤相談援助の役割（価値）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

96

介護と介護事業を守り、よくする「教育インフラ」 リーダーズ・プログラム！（年会費制）

1. 毎月10～15本の新着セミナー＆QA
2. 経営から現場までを網羅した動画コンテンツ
2023年10月現在で400本超！ショート動画も好評
3. 毎年のシリーズ企画
ACGs、コミュニケーション、介護職向けなど
4. 少人数12名限定のコース研修（半日×6カ月）
コンサルティングレベルのレクチャー＋GW＋QA＋課題
管理職養成／稼働率・サービス改善／面談スキル
人材確保・育成・定着／ケアマネジャー・相談援助職養成
5. 各種グループコンサルティング
月1回30分、月1回90分、月1回120分
月1回45分の個別コンサルティング

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

97

新企画！ケアラーズ・クラブ

- 毎月1回、30分のグループQAセッション（zoom）
※榊原からの導入＋皆さんからのQ&A
※後日動画あり
- 通常セミナー（2,000円～10,000円！）
毎月1回ご招待！（※コースセミナー除く）
※後日動画あり
- ケアラーズ・クラブ（月会費制／法人・個人）

月額800円！（税抜）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

98

Facebookライブ！／YouTube動画

天晴れ介護サービス総合教育研究所
チャンネル登録者数 996人

アップロード動画 ▶ すべて再生

- よく頂くご質問シリーズ！Qリーダは率先して動かないといけないか？ Q上司がいらない所での態度が悪い..... (30:26)
- 6月開催セミナー総集編！訪問介護の赤本・青本訪問看護による予防強みを見つける質問自己・他者理解・目標 (35:55)
- BCP作成の今～皆さんの所は？ (25:20)
- ざっくり加算要件！「居宅介護支援」編 (34:06)
- ざっくり運営基準！「居宅介護支援」編 (33:50)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

99

週刊メールマガジン 介護現場をよくする研究&活動通信

介護現場をよくする研究&活動 通信 バックナンバー

[バックナンバー一覧へ戻る](#)

日時	タイトル
2020/11/19(木) 09:30	【報酬改定の議論大詰め！ポイント総整理】介護現場をよくする研究&活動 通信 第123号

■ □ ■ ————— □ □ □
 【報酬改定の議論大詰め！ポイント総整理】
 介護現場をよくする研究&活動 通信 第123号
<http://www.appare-kaigo.com/>
 2020.11.19
 天晴れ介護サービス総合教育研究所 榎原宏昌
 □ □ □ ————— □ □ □

〇=====

◆目次◆

1. 今週の活動と気付き
 2. 注目のニュース
 3. セミナー・イベント情報
 4. zoomセミナー情報
 5. 天晴れライブラリー・名言のご紹介
- 編集後記

➤毎週木曜日のメルマガ「介護現場をよくする研究&活動通信」
ホームページより（天晴れ介護、で検索）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

100

LINE公式アカウント始めました！

■対象者

- ・介護事業の永続的な成功を目指す経営者・経営幹部の方
- ・独立開業や管理職・専門職・講師業等でスキルアップしたい個人の方

※LINE登録特典動画「経営から現場まで！介護事業の永続的な成功を実現する3つの取り組み」をプレゼント！（^^）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

101

アンケートにご協力お願いします！

今回のライブ（動画）のご感想などあれば教えてください

記述式テキスト（短文回答）

今後のライブ（動画）で、聞いてみたい内容などありましたら教えてください

記述式テキスト（短文回答）

現在、抱えている課題などありましたら教えてください

記述式テキスト（短文回答）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

102

制度改正・報酬改定 速報&解説LIVE！

ご清聴ありがとうございました！
また次回、ご参加下さいませ(^^)/



天晴れ介護サービス総合教育研究所

榊原 宏昌