

令和3年7月 加算算定状況調査結果 特別養護老人ホーム（完全版）

■調査概要

- 調査期間：令和3年8月23日（月）～8月31日（火）
- 調査方法：Microsoft forms による WEB 調査
- 調査内容：介護給付費算定に係る体制等状況一覧表に沿った内容
- 回答数：2,252 事業所（依頼会員事業所数：4,387、回答率 51.3%）

■各加算一覧

No.	項目名	あり(%)	なし(%)	頁数
1.	夜間勤務条件基準(基準型)	99.7	0.3	3
	夜間勤務条件基準(減算型)	0.3	99.7	
2.	職員の欠員による減算の状況(全体)	0.2	99.8	5
	職員の欠員による減算の状況(看護職員)	0.1	-	
	職員の欠員による減算の状況(介護職員)	0.1	-	
	職員の欠員による減算の状況(介護支援専門員)	0.0	-	
3.	ユニットケア体制	30.0	70.0	9
4.	身体拘束廃止取組の有無(減算型)	1.2	98.8	10
	身体拘束廃止取組の有無(基準型)	98.8	1.2	
5.	安全管理体制(減算型)	1.7	98.3	12
	安全管理体制(基準型)	98.3	1.7	
6.	栄養ケア・マネジメントの実施の有無	80.6	19.4	13
7.	日常生活継続支援加算	80.5	19.5	17
8.	テクノロジーの導入(日常生活支援加算関係)	4.8	95.2	23
9.	看護体制加算 I	87.3	12.7	25
10.	看護体制加算 II	65.9	34.1	27
11.	夜勤職員配置加算(全体)	86.2	13.8	29
	夜勤職員配置加算(加算 I・加算 II)	56.0	-	
	夜勤職員配置加算(加算 III・加算 IV)	30.2	-	
12.	テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算関係)	4.9	95.1	31
13.	準ユニットケア体制	2.8	97.2	34
14.	生活機能向上連携加算(全体)	8.1	91.9	34
	生活機能向上連携加算(加算 I)	2.2	-	
	生活機能向上連携加算(加算 II)	5.9	-	
15.	個別機能訓練加算	55.5	44.5	36
16.	ADL 維持等加算〔申出〕の有無	19.1	80.9	38

17.	若年性認知症入所者受入加算	29.0	71.0	40
18.	常勤専従医師配置	2.2	97.8	41
19.	精神科医師定期的療養指導	22.3	77.7	42
20.	障害者生活支援体制(全体)	0.4	99.6	43
	障害者生活支援体制(加算Ⅰ)	0.4	-	
	障害者生活支援体制(加算Ⅱ)	0.0	-	
21.	栄養マネジメント強化体制	29.6	70.4	43
22.	療養食加算	71.3	28.7	50
23.	配置医師緊急時対応加算	17.4	82.6	51
24.	看取り介護体制(全体)	69.8	30.2	51
	看取り介護体制(加算Ⅰ)	53.4	-	
	看取り介護体制(加算Ⅱ)	16.4	-	
25.	在宅・入所相互利用体制	9.6	90.4	54
26.	認知症専門ケア加算(全体)	9.8	90.2	55
	認知症専門ケア加算(加算Ⅰ)	8.0	-	
	認知症専門ケア加算(加算Ⅱ)	1.8	-	
27.	褥瘡マネジメント加算	35.4	64.6	58
28.	排せつ支援加算	21.5	78.5	61
29.	自立支援促進加算	12.3	87.7	64
30.	科学的介護推進体制加算	49.5	50.5	66
31.	安全対策体制	69.3	30.7	74
32.	サービス提供体制強化加算(全体)	23.9	76.1	76
	サービス提供体制強化加算(加算Ⅰ)	8.4	-	
	サービス提供体制強化加算(加算Ⅱ)	7.2	-	
	サービス提供体制強化加算(加算Ⅲ)	8.3	-	
33.	介護職員処遇改善加算(全体)	99.3	0.7	77
	介護職員処遇改善加算(加算Ⅰ)	91.7	-	
	介護職員処遇改善加算(加算Ⅱ)	5.6	-	
	介護職員処遇改善加算(加算Ⅲ)	1.7	-	
	介護職員処遇改善加算(加算Ⅳ)	0.1	-	
	介護職員処遇改善加算(加算Ⅴ)	0.2	-	
34.	介護職員等特定処遇改善加算(全体)	91.6	8.4	79
	介護職員等特定処遇改善加算(加算Ⅰ)	82.4	-	
	介護職員等特定処遇改善加算(加算Ⅱ)	9.2	-	
35.	LIFE への登録	81.2	18.8	81
36.	割引	4.8	95.2	90

(自由記述:問題点、困りごと等)

1. 夜間勤務条件基準 (基準型 99.7%、減算型 0.3%)

(1) 人材不足を背景に、実情に応じた基準の改定・緩和等が必要である。また、見守り機器等に助成金等の支援体制が必要

- ・ ユニット型施設は基準通りの配置ですと休憩を取ることができません。プラス1名もしくは休憩時間の1時間を夜勤者人数分介護報酬が必要と考えます。
- ・ 利用者数から算定する夜勤者数について、融通があってもいいのでは。
- ・ 前年度実績60名の境界
- ・ 介護に就業する人が少ない中、ほんの少し人が不足しただけで減算されるのは困る。もはや、事業所の責任だけの話ではない。
- ・ 見守り機器導入による算定が推進されていますが、基準が高く算定には至っていません。基準の緩和と助成金等支援体制の強化をお願いできればと思います。
- ・ 短期入所の利用実績の減少により、夜勤職員の配置が負担になってきている。柔軟な基準になると有難い
- ・ 加算が細かすぎて、分かりにくい。加算の数を減らして単位数を大きくしてほしい。
- ・ 加算より基本の介護報酬をあげてほしい。
- ・ 定員50名迄であれば「定数2名」の夜勤者にプラスすることで加算が得られるが、当施設の場合60名定員であるため51名を超えると当然ながら「定数3名」が夜勤者数です。こちらの定員設定の問題でもありますが、加算にかかる人員基準について検討していただきたい。
- ・ 職員の急な病欠等により、配置基準(時間での勤務人数)が危うい時がある。その際には、介護業務上必要な人数を時間外にて配置しているが、その人員も夜間配置加算の時間に含めるようにしてもらいたい。
- ・ 加算に必要な要件・書類の準備が大変で業務を圧迫している

(2) 資格を持つ職員や夜勤を希望する職員が減少している。介護職員の絶対数が減少して、基準を満たすことすら難しい。

- ・ 夜勤勤務をする職員が減少傾向。夜勤は重労働といったイメージ。
- ・ 人員不足で夜勤体制加算までは算定できません。
- ・ 吸痰資格を持つ職員の確保が課題です。
- ・ 介護職員の人材確保が困難。特に夜勤含めた様々なシフトに対応できる職員確保が困難。
- ・ 夜勤をしたくない職員が増えてきている。
- ・ 職員不足
- ・ 人員確保が困難 算定の要件を満たすことが困難 職員の夜勤の回数が増え負担

が大きい。

- ・ 職員の退職・異動等で不安定。
 - ・ 退職後の職員採用が進まない。
 - ・ 若い介護職人材が不足し、定年後の再雇用者が増加傾向にあり、今後の人材確保が不安である。
 - ・ 職員の退職・異動等で不安定。
 - ・ 退職後の職員採用が進まない。
 - ・ 人員の確保が一番の課題です。
 - ・ 結婚し出産して夜勤をする介護員が不足し、他介護員に負担がきている。
 - ・ 退職者に対して新入職者や等職員確保ができない状況である。
 - ・ 夜勤勤務をできる職員が限定される。
 - ・ 当施設は三交代であり、拘束時間も短く手当も地域内では標準のようです。それでも夜勤まで勤務可能な職員が募集しても集まらず、職員を確保するのが困難です。
 - ・ 夜勤ができる職員が少なく大変である。
 - ・ 有資格者の人員確保に苦慮している
 - ・ 昼間の職員数が確保しづらいのでは
 - ・ システムを導入したからと言って実際に介護を粉うのは人であるため、人を増やせるだけの大きな加算算定額にしてほしい。ユニット型に対してだけの算定に思える
 - ・ 現在、人員ギリギリのところどころでどうにか基準を満たしている。ケガや病気等で欠員が出ると正直なところ、シフトを回すことが難しくなる。
 - ・ 人口減少地域の為職員の募集を行っても応募者がおらず、基準体制の確保が困難。
 - ・ 職員確保が年々厳しくなり、退職者の補充ができておらず夜勤をする職員の夜勤回数が増えている。何とかパートで日勤者を確保しているが、ギリギリの状態。
 - ・ 夜勤ができる介護職員が年々減少しているが、人材確保が難しい。
 - ・ 夜勤を担える介護職員を募集しても就職に繋がらない状況で困っています。
- (3) システムが利用しづらい。
- ・ LiFe に拒否反応あり
 - ・ LIFE に関する説明が分かりづらく、返答に時間がかかる。
- (4) コロナ感染拡大の影響
- ・ コロナ禍における体調不良による欠勤等について
 - ・ 職員が、体調不良や家族のコロナ感染での休みがあった場合に、夜勤の変更などがあり調整が大変な時があった。
 - ・ 介護福祉士の喀痰吸引の資格がコロナ禍で実地研修に行けず取りづらくなっている

(5) 費用対効果が低い

- ・ 30人定員の特養では、加算分よりも人件費が上回る。
- ・ 複数職員での介護の必要なご利用者に対応するため、フロア毎に2人夜勤配置をしているが、このことも含めて全体で基準より多い職員を配置しないとローテーションが組めず、必然的に人件費も大きくなって、慢性的に収支がマイナスになっている。

(6) ローカルルールとの相違

- ・ 各県・市町村により、この考え方にずれがあり、ローカルルールの幅が大きすぎる。

(7) その他

- ・ 科学的推進体制加算Ⅱについては、算定単位が低すぎると思いました。

2. 職員の欠員による減算

(看護職員 0.1%、介護職員 0.1%、介護支援専門員 0%、なし 99.8%)

(1) 募集しても応募がない。また、その状況が継続することで募集に要する費用がかさんできている。派遣職員などコスト高。

- ・ 職業安定所からの応募は殆どなく、紹介業者を介しての高額な人件費支出が今後も懸念される。
- ・ 人材紹介料が非常に高い上に定着しないことも多いため、後手後手に回り、厳しい現状となっています。
- ・ 求人は続けているが十分に職員採用につながっていない。また、職員が高齢化しており将来的に職員体制が行き詰まる。
- ・ 看護職員にあっては、求人募集を行っても、若い世代の方がなかなか入ってこないことから定年後の再雇用者の活用により加算取得を可能にしている状況であることから、今後の人材確保が難しい。
- ・ 常に職員を募集している状態です。それに係る経費も年々、増加しています。高い費用を支払って派遣や紹介会社から雇用を行っても定着することが、あまり無いのが現実です。
- ・ 退職申出があった時点での募集となりますが時間がかかります。紹介派遣の場合は料金が高騰しています。
- ・ コロナワクチンに看護職員が高時給で集められているためか、看護職員を募集しても全く応募がない。
- ・ 全体的に応募が少ないので、長期的な体制確保が難しい。
- ・ 現状減算にはなっていませんが、当施設兵庫県姫路市の離島に存在し、介護職員をはじめ看護・介護支援専門員等の募集が難しく欠員になった後の補充に苦慮しています。市内（本土）でもなかなか応募しきれない中、離島での問題は制

度的な支援を望みます。加算についても積極的に取得したいと考えますが、職員の十分な体制が取れない、連絡船の時間に勤務が拘束され研修等が十分にできない（島外の研修に参加するのも人員に影響するため、島外の研修にだせない。）

- ・ 老人福祉法が出来てから、利用者と職員の割合は「総職員数」で「3：1」のままです。措置制度時、平成 27 年度の介護保険改定までとは利用者の介護度・重度化は全く異なります。それでも職員配置基準は変わっていません。単純に施設側の努力のみで職員数を増やすことは困難です。制度として、配置基準を見直してください。
 - ・ 求人を出しても人が来ません。
 - ・ 看護師の求人をハローワークに募集しても応募が来ない。人材紹介会社を通して、紹介料を年収の 2 割支払う為、経営が厳しい。看護体制加算の増を望みます。
 - ・ 人口減少地域の為職員の募集を行っても応募者がおらず、介護支援専門員など有資格者の確保が一層困難である。
 - ・ 介護職員の確保に困っている。募集をかけるもハローワークにも登録しているが紹介はなく、紹介業者からの斡旋が多く、紹介料として高額の手数料を取られるため、経営に大きな支障をきたしている。1 キロ弱で別市町村の級地が上位（6 級）の施設があるため、給料設定でも負けてしまうため、年々人件費及び紹介手数料が上がっており経営が悪化している。
- (2) 退職や異動に伴い看護師・介護職、専門職の確保が困難。また、現状は充足できていても、職員の高齢化などで将来的には不安。 外国人材（技能実習生、特定技能実習生など）コロナ禍での影響。
- ・ 看護や介護支援専門員はいくら募集をかけても確保できません。現在は 1 名の配置でギリギリな状態です。
 - ・ 看護職員も介護職員も十分な数とは言えず、人員確保は常に課題として向き合っている状況です。
 - ・ 地域にもよると思われるが、職員不足が続く。
 - ・ 欠員による減算とはなっていないが、介護職員の不足は圧倒的に強く、時間外も多く発生している現状となります。
 - ・ 看護職員の確保が難しい。
 - ・ 介護職員が少なく、資格取得者も一定の水準で、一人倒れてしまうと、日常生活加算がとりくくなっている状況です。
 - ・ 看護師不足
 - ・ 人員確保が困難
 - ・ 職員の退職・異動等で不安定。
 - ・ 退職後の職員採用が進まない。
 - ・ 専門職が十分に採用できない。

- ・ 職員の退職・異動等で不安定。
- ・ 退職後の職員採用が進まない。
- ・ 専門職が十分に採用できない。
- ・ 介護職員の確保が困難。派遣社員の導入なども進めているが、コロナ禍の中、他の施設とのダブルワーク等で出勤させられないものいる。
- ・ 現状、人員は確保できているが、将来的には職員の欠員が出てもおかしくない状況にあると考える。
- ・ 看護職員不足です。現在何とか最低基準人員を確保していますが今後は減算の恐れが高いです。
- ・ 職員の不足については、将来にわたり不安しかない。
- ・ 人材確保(介護職・看護職)
- ・ 人材不足が顕著且つ職員の高齢化が見られる。基準が満たせなくなる日が来るのではと危惧している。
- ・ 欠員ではないが、充足に至らず、予定加算の一部を取得できていない。
- ・ 看護師のオンコール対応の回数が年々多くなってきており、看護師の確保が難しい状況です。
- ・ 人員配置は常にギリギリの状況で、人材確保に苦慮している。
- ・ 特に看護職員の退職による補充が難しい
- ・ 看護師の確保が困難になっており、基準を緩和できる対応が必要となる。
- ・ 人材確保が難しい
- ・ 基準は満たしているが、職員数は常に不足気味
- ・ 介護職の新規職員の確保が難しくなっている。
- ・ 今後退職する看護職員が数名いるため体制確保に不安がある。
- ・ 必要人員の充足に苦慮している
- ・ 減算まで行かないが、看護職員・介護職員不足で休出・残業が多くなっている。
- ・ 介護職員が不足しています。
- ・ 介護職員の退職があると次の人手確保が非常に難しい。退職されない職場作りを現在している。
- ・ 看護師の人材確保が困難
- ・ 看護師の人材確保が困難
- ・ 看護師が高齢化している。新しい職員の確保が出来ない
- ・ 介護、看護職員の人材や質の確保が大変困難である。
- ・ 減算にはならないが、派遣職員の利用、紹介料などの費用が大きくなっている
- ・ 職員確保が難しく、無資格未経験の職員も増え、経験の多い職員に指導なども含め負担が重くなっているように感じます。
- ・ 基準を下回ることはないが、新規採用が難しく、外国人の技能実習生の活用をしている。新たな外国人技能実習生の採用を進めているが、コロナウィルスの影響によ

り入国が出来ず、採用の目途が立っていない。

- ・ 職員不足により、ぎりぎりの配置です
- ・ 地方にある事業所では人材の確保をすることが非常に難しい。
- ・ 有資格者の人員確保に苦慮している
- ・ 基準は満たしているが、常に職員の不足を感じている。必要な時間帯に必要な人員をと考えてはいるが、そのようなこちらに都合の良い条件の応募があるわけなく、職員の応募も派遣や紹介が主となっており、不要な経費が増大するばかりとなっている。
- ・ 現在、自施設の職員年齢層が高くまた、立地的にも若い世代のいない僻地で、30～40代の職員確保が大変困難な状況。また、新型コロナウイルス感染症により医療従事者同様、クラスター化しやすい職場で制限やストレスも多く
- ・ 退職する職員もおり、かなり厳しい状況である。
- ・ 補充に大変苦労します
- ・ 看護、介護は複数人配置されているため欠員発生時にある程度、余裕をもった補充が可能だが、介護支援専門員は常に多数を雇用、配置している訳ではないので、職員の異動や、退職の際に苦労が多い。
- ・ 基準上の人数は問題はないが、実際に介護するに当たり、人員不足である。
- ・ 今現在は専門職の看護師やケアマネが確保できていますが、将来的に難しくなってきている。
- ・ 看護、介護職員の確保はぎりぎりです。
- ・ 技能実習生の入国が遅れており、計画が立てにくい。
- ・ 過疎地域では正看の確保は困難な状況。また、病院看護師と給与で格差がある事も原因の一つ。
- ・ 上記の職員以外の欠員も現実には起こっている。福祉施設で働きたいと思う人がなかなか居ない中、このような減算は厳しい。人材が溢れているのであれば減算も分かるが、逆に欠員により他の職員でカバーしている状況なので加算にしてほしい。
- ・ 介護・看護職員の採用が困難である。
- ・ 人口が減少し、職員がなかなか集まらず苦労している。年齢的に退職したいという職員をなんとか繋ぎ止めている状況
- ・ 人材確保が大きな課題となり加算・体制におおきく影響が出ている。
- ・ 介護職員、看護職員の高齢化、さらに新規職員獲得が困難になっている。今後の加算にも影響されると考えられる。
- ・ 介護及び看護職員の確保に困っている。

(3) 実情に応じた基準の改定・緩和が必要

- ・ 利用者数から算定する看護職員数について、融通があってもいいのでは。
- ・ 前年度実績50名の境界
- ・ 看護師の確保がとても困難であるため体制の緩和をして欲しい。特に過疎地域で

は非常に大きな問題である。

- ・ 介護士及び看護師の現行の基準は現状に見合っているのか、検討が必要ではないかと思われます。
- ・ 減算まで行かないが、看護職員・介護職員不足で休出・残業が多くなっている。
- ・ いずれの専門職についても、加算を取得するための配置要件が小規模特養の実情とかけ離れている。
- ・ 加算に必要な要件・書類の準備が大変で業務を圧迫している。
- ・ 専従にしたほうが質の向上に繋がる
- ・ ケアマネは専従にした方が質の向上に繋がる

(4) コロナの影響

- ・ コロナ前と比べ差が顕著です。

3. ユニットケア体制（あり 30.0%、なし 70.0%）

(1) 従来型、一部ユニット型で対応中

- ・ 従来型特養のため該当せず
- ・ 従来型を利用してユニットケアを実施している（準ユニットケア加算取得）
- ・ 人員体制はユニットケアと同様に配置していることもあり、ケアの内容はユニットケアと同等と思っている。
- ・ 一部ユニット型対応の施設です
- ・ 当施設は、従来型施設です。食事リビングなどは、ユニット単位に近い対応をしておりますが、基本的には、ユニットケアは実施しておりません。
- ・ 従来型の4人対応のため
- ・ 従来型特養については対応不可。
- ・ 従来型施設：対応不可
- ・ ユニットケア加算取得を認めて欲しい。

(2) 建物の構造上対応が困難。また、費用面から改築等は困難

- ・ 施設開設当初が、多床室による集団介護が基本であったため、建物構造の変更は、いろいろな面（資金・敷地）から、ユニットケア体制に持っていくのは難しい。
- ・ ハード面の問題で、ユニットケアの体制構築は難しい。
- ・ 従来型施設のため、ハード的に不可能

(3) ユニットケアは利用者及びご家族の金銭的負担が大きくなるため、ユニットケア以外を希望する場合が多い。

- ・ 地域性の話だが収入が低い地域のため、多床室を希望される家族が多い。
- ・ また、近隣に多床室の施設も多く、介護医療院もできたため、本人の年金額や家族の手助けが得られない場合は当園のユニット型は選択肢に挙がらない場合があ

る。

- ・ 今年度の補足給付の改正で食費負担が増え、地方ではユニット個室はますます高根の花となっている。まじめに生きてきた人が料金が高くて特養の個室にも入れないのは問題だ。
- ・ ユニットケア体制になったことで利用料が上がり入居を拒否する方がいる。
- ・ 利用料が従来型のため、利用料が安くおさえられている部分のニーズが多い。
- ・ そもそも、ユニットケアを望んでいない利用者が存在する。ユニットケアのシステム自体ではなく、料金で敬遠していることを複数の家族より聞いている。

(4) ユニットケアに要する人材の確保が困難

- ・ 人材確保が難しい。
- ・ 職員数の不足。施設構造の問題がある。
- ・ 職員数の不足。施設の一部がユニットケア対応の構造であるが、地域密着型となる。地域密着型となれば、人口の少ない地域ということもあり、対象者が少なく運営が難しくなる。

(5) 配置基準の緩和が必要

- ・ 感染対策も含め職員への負担が重くなっております。
- ・ ユニットケアを行うにあたり、上記の職員配置基準では全く足りていない。建物の作りだけを整えたなんちゃってユニットケアならいいかもしれないが、入所者のQOLを考えたケアとしてのユニットケアを行うならば人員の必要数は増大する。
- ・ 人員は満たしているが早番不在 非常勤対応 夜勤残業がある

(6) その他

- ・ ユニット型施設：対応可
- ・ 特養 85 床の内 45 床が従来型特養で 40 床がユニット型特養です。

4.身体拘束廃止取組の有無（減算型 1.2%、基準型 98.8%）

(1) 職員研修の機会の確保が困難である。また、実施方法の検討

- ・ 取り組んでいるが、全体研修がコロナもあり難しくなっている。
- ・ 取り組みは実施しているが、新型コロナウイルス感染症流行に伴い、研修は動画が主となっている。また、委員会も感染対策を踏まえた上で、少人数で短時間の開催となっている。クラスターが多数発生し、状況によっては職員が自宅待機の対象となる場合があり、人員不足もある。どのように進めるべきか悩んでいる。
- ・ 必須の研修が多すぎる。効率的にできる方法を示して欲しい。

(2) 検討に要する時間的な余裕が無く、十分な議論がなされていない。

- ・ 職員不足の中、十分な議論等が行える時間に限りがある。
- ・ 職員不足の中、十分な議論等が行える時間に限りがある。

- ・ 勉強会の資料の参考になるものが欲しい。年2回を効率よく、かつ職員に分かりやすく伝える方法
 - ・ 身体拘束廃止に向けた研修会が2回以上/年必須だが、ネタが尽きる。
- (3) 取組は進めているが、拘束廃止が取り組めていない。減算適用が厳しい。
- ・ 認知症介護度の高い方の入居が増えてきた現在、簡単に身体拘束やめろというのは人員不足もあわせて簡単なことではない、ということを世の中は理解すべきだ。好きでやっているのではない
 - ・ 身体拘束廃止に取り組んでいるが、胃瘻・経鼻経管栄養の入居者が増え、ミトン着用も増えている。
 - ・ 身体拘束を限りなく少なくする取り組みはしているが、0にすることは現実的に無理である。
 - ・ 7月に行った骨折事故後の再発防止策が身体拘束に該当していたため、自治体へ申告したところ「3ヶ月の減算」との指導を受けたが、罰則規定を柔軟に対応できるように検討していただきたい。当方では、身体拘束自体を容認することは考えておりませんが、法人の運営上大きな影響を及ぼす減算であります。身体拘束に至ってしまった経緯や施設の実績等を考慮し、例えば1ヶ月単位の減算であれば納得できるのかもしれませんが。
 - ・ 2021/5-2021/7 実績分に対して、減算適用。
 - ・ 2021/8 実績分から基準型へ移行予定。
- (4) 取組は進めているが、それに応じて職員の負担も増加している。
- ・ 職員間で拘束なくケアを工夫し対応しているが、対象者が増えると職員の負担が大きい
- (5) 機器導入への補助金制度の拡充
- ・ 年齢層の高い介護士の負担軽減のため、見守り機器を導入していきたいが資金繰りが困難。全額補助支給でない限り高額な機器は導入できない。
- (6) 基準改定が必要
- ・ 罰則が厳しいと、「隠そうとする施設」が増える可能性があると思いますので、一考いただきたい。
 - ・ 身体拘束による人権や尊厳の侵害は許されない。このことを前提として、現状の特養では受け入れが困難な高齢者が存在している。自傷や他害、大声や徘徊等、認知症あるいは精神疾患を有する高齢者は居場所が大きく制限されているのが現実ではないか。
- (7) その他
- ・ 3か月に1度は委員会を開催し、同時にいろんな研修会も行っています。
 - ・ 身体拘束はありません

5.安全管理体制（減算型 1.7%、基準型 98.3%）

(1) 研修を修了した

- ・ 早々に研修の設定を行っていただき、受講・取得することができました。
- ・ 研修開催ありがとうございました。

(2) 十分に議論する時間的余裕が無い

- ・ 職員不足の中、十分な議論等が行える時間に限りがある。
- ・ 職員不足の中、十分な議論等が行える時間に限りがある。
- ・ 半年間の猶予期間は短すぎる。
- ・ マニュアルの整備に時間がかかる。

(3) 通年での研修受講を希望

- ・ 安全対策担当者研修について、通年で研修を受けれるようにしていただけると大変助かります。（年度替わりの人事異動などに対応しやすくなるため）

(4) 事故防止委員会の設置・運用の在り方

- ・ 委員会のあり方について
- ・ 事業所単位で委員会を設置し、担当者を置かなければならないのか。
- ・ 要件にある担当者とは、現行の事故対策委員会のメンバーであれば特に制限はないのか。
- ・ 当該担当者の要件として安全対策体制加算の要件にある外部研修を受けた者が良いのか。
- ・ また担当者には書面による任命が必要なのか。
- ・ BCP の策定を進めているところであるが、感染症（新型コロナウイルス等）シミュレーションなど具体的にどのように行っている、または、行えばよいか等、参考までに知りたい。
- ・ 法人で1つ事故防止委員会を設置し、各事業所から数名ずつ委員を選出している（特養、併設短期、通所3事業所）。
- ・ 安全管理体制加算対応の外部研修を受講修了したが、安全対策部門の設置とは事故防止委員会等内に設置なのか別に設置するという事なのか。

(5) 現時点では未算定。または今後対応予定

- ・ まだ取得してませんが、10月から算定予定です。
- ・ 現在、未算定。
- ・ R3.9.30 までに対応予定
- ・ R3.9.30 までに対応予定
- ・ 9月から基準型へ
- ・ 2021.9月中に加算算定予定
- ・ まだ研修を終了していないため、9月中に終了できるようにします。

(6) 安全管理体制の運用方法の改善

- ・ 解釈などで安全管理体制は整備しているが、もっとわかりやすい方法(例えばチ

ェックボックスでのチェック式)での通知はしていただけないものか。

- ・ 安全管理体制を構築していく上で、業務量は増加している。
- ・ 3年の経過措置が設けられてますが、3年までにやらないとダメなこと具体的に知りたい。
- ・ 安全管理体制担当者として配置されている職員の異動や急な退職などの際には、新たな担当者が配置されるまでの期間は減算となるのか。
- ・ 当施設は離島にある。島外から船で通勤する職員が4分の1を占めており、いざという時の人員確保に課題がある。また、地域全体が被災した場合には孤立する可能性が高い。
- ・ 利用者の行動を抑制せずに、安全を確保する方法が知りたい。
- ・ 指針の作成にあたり、モデル指針があれば参考にさせていただきたいと思えます。

(7) 補助金の拡充

- ・ 事故防止の観点から積極的に見守り機器を導入していきたいが資金繰りが困難。全額補助支給でない限り高額な機器は導入できない。

(8) 要望

- ・ 事故の発生・再発を防止する取り組み事例等、今後更なる体制作りを行っていく上で参考になる研修等を開催してほしい。

6.栄養ケアマネジメントの実施の有無（あり 80.6%、なし 19.4%）

(1) 管理栄養士の確保が困難

- ・ 管理栄養士の確保が難しい
- ・ 委託の為、施設職員の栄養士がいない
- ・ 給食委託を行っており、管理栄養士1名以上の配置体制を行うことは難しい為、強化加算には至らず。
- ・ 栄養士が栄養管理を行っており、管理栄養士は配置されていない。
- ・ 管理栄養士が退職後、補充が栄養士だったため算定不可となった
- ・ 管理栄養士が不在
- ・ 現在管理栄養士がいないため、今後の管理栄養士の採用、配置について検討中。
- ・ 50名を超える入所者の施設で、2名以上の管理栄養士を雇用することは難しく感じております。
- ・ 栄養士の確保が厳しい。まして管理栄養士となるとますます厳しい現状にある。
- ・ 田舎の施設だと管理栄養士の確保が難しい。
- ・ 管理栄養士が兼務で行っているが、十分な時間の確保が難しい。

- ・ 地域の立地条件等の兼ね合いから栄養士確保が難しいことや、給食業務の外部委託に関しても委託料と提供する食事の格差等に弊害が生じている。
- ・ 管理栄養士が兼務で行っているが、十分な時間の確保が難しい。
- ・ 求める勤務形態での管理栄養士の人材確保
- ・ 体制加算から変更となり、更に追加でも対応調整がすぐつかずに加算の確保が難しい
- ・ 人材確保が難しい中、資格保持者を見つけるのは至難の業ではないか。
- ・ 管理栄養士等の配置に関する要件が厳しい。実際、利用者に対しての栄養ケアマネジメントは実践できている。
- ・ 管理栄養士を1名配置しマネジメントしているが、それ以上管理栄養士の配置はできず加算算定ができない。
- ・ 現状管理栄養士不在の為、雇用の是非や栄養マネジメント仕事量、現栄養士との仕事割について思案中。
- ・ 管理栄養士の確保
- ・ 管理栄養士の確保が困難。
- ・ 管理栄養士の新たな確保が困難
- ・ 管理栄養士資格者の確保が困難である
- ・ 加算算定と同程度の支援内容を行っているが、管理栄養士の採用が出来ず、加算算定要件に合致しない為算定が出来ていない。
- ・ 管理栄養士人員不足
- ・ 管理栄養士の不在
- ・ 栄養士はいるが、管理栄養士の応募が少ない為、人員確保に困っている。
- ・ 管理栄養士でないと加算がとれない。
- ・ 介護支援専門員同様、複数名を雇用、配置できない施設においては、退職等の際に落ち着いて人材を採用確保することが困難と感じる。
- ・ 管理栄養士が1名しかいなので強化加算は算定できませんが、継続してマネジメントは行っています。
- ・ 70名の特養ですが、管理栄養士+栄養士の配置が必要なため、今後も取得は難しい。
- ・ 上記と同じように過疎地域での人材確保は困難。
- ・ 経過措置により、まだ取組めていないが栄養士の負担増が懸念される
- ・ 厨房職員がげん減少してきているため、栄養士が厨房の現場に入ることが増えてきて、栄養士の仕事が過重労働になってきている。
- ・ 昨年10月に入所定員を50人から53人に変更した。今年度は昨年度の入所者数の実績により、管理栄養士1人の配置で良いが、今年度の実績が50人を上回ると、管理栄養士又は常勤の栄養士がもう一人必要になってくる場合がある。

(2) 今後算定予定

- ・ 現在、整備中。今年度中には実施予定。
- ・ 9月よりの開始に向けて、準備中。
- ・ 管理栄養士を配置しているが、次年度から本格的に取得に向けて取り組む予定
- ・ 令和3年9月より栄養ケア・マネジメントと実施予定
- ・ 加算取得にむけて準備中。
- ・ LIFE登録に向けて整備中
- ・ 2021.4より栄養マネジメント強化加算へ移行

(3) LIFE登録が煩雑

- ・ LIFEへデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他のLIFE関連の加算も同様)
- ・ LIFEへの登録をこれからするところであり、加算に対して、情報の収集等へのハードルが高すぎる。(人員不足にて)
- ・ PDCAサイクルは非常に大切ではあるが、LIFE等の事務作業が多様化煩雑化しており、何度も同じことを繰り返し行う必要がある。LIFEシステムもまだまだ実用性に乏しく感じ、各施設が導入している介護システムからのみの送信提出で良いのではないか。事務作業の手間ばかりであると考え。
- ・ 栄養ケアマネジメント加算の廃止から栄養マネジメント強化加算の新設になり、LIFEの導入により管理栄養士の業務が増えるため現在取得できていない。

(4) 未算定

- ・ 栄養ケアマネジメントは実施しているが、加算なし
- ・ 本体報酬に入ってしまった、加算がなくなってしまった。
- ・ R3年介護報酬改定により、基本サービスに組み込まれています。

(5) 算定基準の緩和

- ・ 本体報酬に組み込まれることになったが、それを考えると本体報酬は実質上ほぼ上がっていない。
- ・ 管理栄養士1名配置している。強化加算算定の要件に常勤換算で管理栄養士又は栄養士が0.5人足りない状況である。
- ・ 負担が多すぎる、単位が低すぎる
- ・ 栄養ケア・マネジメントを実施し、栄養ケア・マネジメント強化加算を取得していますが、管理栄養士の雇用が大変難しく、管理栄養士の体制条件を緩和をしてもらいたい。
- ・ 1人しか配置しない栄養士が、病気で長期休職などした場合、まったく加算がとれず、さらに減算の可能性もあるので非常に困っている。LIFEにより特養の栄養士の役割が重要になるといっているが、現実には栄養士に大した仕事はない。たいがい、事務の手伝いなどやらされている。

(6) 費用対効果が見込めない

- ・ ICT化を進めているのは分かるがケアプランや栄養計画書等様々な書類に対して押印の省略が可能であるが、利用されている方の家族等まだまだICTに対応できない方が多くシステム整備にも多額の費用が必要である。
- ・ 加算取得に対しても設備投資費が非常に多額となるため難しいことが多い。
- ・ 人件費との兼ね合いで採算がとれない。

(7) 疑問・質問事項

- ・ 栄養ケア計画に対し、記入例等あれば拝見したい。
- ・ 入居者それぞれの嚥下状態に合った食事形態を提供できているか不安。加算取得が基本報酬に組み込まれることになったが、もっと細かな研修を頻繁に行ってほしい。また、嚥下困難な入居者が増えてきている為、言語聴覚士などの配置も必要ではないかと思う。
- ・ "引き続き今年度も変わらず実施しているが、現在、当施設には常勤の栄養士が1名いるのですが、やはり経過措置後には管理栄養士を1名雇用、もしくは現職の栄養士が管理栄養士の資格取得をしなければ減算となるのでしょうか。"
- ・ 当法人の別施設（車で20分くらい）より管理栄養士が来て栄養ケア・マネジメントを助けてくれています、Q&A等見てもそれではダメなんだろうと思っ
てはいます。なにか明確な答えを載せていただけますとありがたいです。
- ・ 結局経過措置後は、非常勤栄養士であっても可となるのでしょうか。勉強中です。
- ・ 当施設には栄養士みの配置で、管理栄養士がいない。外部の管理栄養士の協力が必要になったが、具体的にどのようなことを依頼すればよいのか分からない。頻度、業務内容等。
- ・ 委託業者の栄養士を算定できず、強化加算の取得に繋がらず残念に思っています。内容についての実施は可能であり、同じ厨房内で委託業者の栄養士数は十分に確保されているので、加算につなげる方法を模索しています
- ・ 管理栄養士等の採用が難しく加算が取れない。栄養関係については、以前栄養ケアマネジメント加算取っていたが、入居者様本人にとって、栄養ケアマネジメントが必要なのか?疑問に思うところがある。
- ・ 3年猶予はありますが、管理栄養士がいないと加算は取れないのでしょうか。栄養士なら減算になるのでしょうか。(提携は無理)定員が40名以下であれば、栄養士がいなくても提携等のサポートがあれば問題なかったが、管理栄養士がいないと減算になるのか?

7.日常生活継続支援加算（あり 80.5%、なし 19.5%）

(1) 入所者及び入所待機者の介護等の実情と加算要件が見合っていないため、基準の見直しが必要である。

- ・ 介護度3の受け入れが多く算定できない
- ・ 重度の待機者が少なくなってきた。行動障害等があっても職員が不足しているため十分対応が難しくなってきた。
- ・ "今回加算対象となくなってしまったが、サービス提供体制強化加算と入れ替えながら加算の届け出をしなければいけないことが割と労力があるようになってきている。両加算の人員体制に関する届出は共通として、
- ・ 利用者様の状況のみ出すとするなど、分離できると良いのではないか。"
- ・ サービス提供強化加算との関係が不明
- ・ "入所判断基準として、介護度の軽い方であっても、緊急性や介護を担う介護者がいない等の観点から介護度の重い方だけを入所させるには、福祉としての観点から外れてしまうと考えられることから、入所優先度から加算の取得が難しい。
- ・ 施設経営だけを考へ、緊急性等を考えないのであれば可能であるが。"
- ・ "サービス提供体制強化加算の上位区分が設定されたことから、重度利用者の受け入れに対する評価が低減されたように感じている。
- ・ 事業所内で介護福祉士割合が80%を超えている場合は、重度利用者への質の高いケアの提供が見込めることから本加算との併算を認める措置があっても良いと考える。"
- ・ 認知症高齢者日常生活自立度は医師の診断書に基づいているが、実態に合わない、軽度の判定がされている事がしばしばある。
- ・ 要件を満たさなくなったら、年度途中でも加算を外さないといけないため予算が立てにくい。サービス提供体制強化加算のように、昨年度実績に応じて年間で加算が取れるようにしてほしい。
- ・ "この加算を取らなければ経営は成り立たない。しかし、算定要件である要介護4、5の人が多く入居すると、重度な方が多く、入居期間も短くかつ入院率も高い為結果的に稼働率が下がってしまう。
- ・ また、要介護3でも認知症自立度3aの人が多いと、BPSDが強くて在宅での生活が出来ない人であるため、職員も疲弊して回らない状態になっている。この加算は基本報酬に包含されるべきであり、仮にあったとしても金額を下げるべき。"
- ・ 新規入居時、認知症状があるにもかかわらず、医師の意見書と現状があっていないことがある。
- ・ 緊急時の入所等受けたいが、加算を取るため受けられないことがある。地域の医師の意識があまりないため、認知症自立度が適正に判断されていない。

- ・ "加算要件を満たす為に介護度 4, 5 や認知症状の重度の方を優先的に受け入れているが、人員配置等体制上は決められた枠の中で行っており、対応に負荷がかかっている状態が長期的に続いている。
 - ・ 要件を満たさない方（介護度 3、認知症状軽度の方など）は、より入居しにくい環境となっている。"
 - ・ 算定が「新規入居の総数」になったことにより既に入所されている方が重度になっても算定に反映されない為、重度の方は増加しているが算定には反映されないという状況に陥っている。
 - ・ 必ずしも入所時の ADL が認定時と同じとは限らず、軽度で認定されていても重症化している場合がある。実態に即していない。
 - ・ 加算算定の為の介護度コントロールが困難。入所時の診断書に認知症自立度を記入して頂けない場合がある。
 - ・ 新入所時の要介護で判断されるため、更新時の要介護度で判断してほしい
- (2) 入所者及び入所待機者の介護等の実情と加算要件が見合っていないため、基準の緩和が必要である。
- ・ "数年前の介護報酬改定において基本報酬を大幅に下げ、この加算を設けられたが、介護 4 以上、日常生活自立度Ⅲa 以上の枠を埋めるのは、施設数（介護付有料老人ホーム、住宅型有料老人ホームや新たに特養）が増える中厳しい状況です。
 - ・ 要件を下げるか、本報酬に戻すか働きかけていただきたい。"
 - ・ 日常生活継続支援加算を当初より算定している。新規入所者割合での算定だが、重度化が進み、介助量が増大している。医療ニーズも増加している。算定要件の緩和を望む。
 - ・ 収益が本加算に掛かる比率が高いため、報酬本体に戻す、もしくは加算要件を大幅に緩和とならなければ、状況次第で収益が急激にマイナスとなる可能性があるため、正しい議論を行った上で調整していただきたいです。
 - ・ 重度者割合が、入所者の割合でなく、入所時の割合で判定するのは加算の中身に沿ってないような気がする。
 - ・ 要介護 4 以上の待機者が少ない状況である。在宅介護であれば、重度の方より、ADL は問題なく、徘徊等が多く目が離せない方のほうが、大変だと思われる。
 - ・ 新規入居者で介護 4.5 の人を探すのが大変。認知症加算
 - ・ "何とか維持しておりますが要介護度 4、5 の方の新規入所率を 70% から 60% ~ 50% へ下げてほしい。近年、措置ではなくとも虐待事例や緊急保護的に入所対応することが増えてきております。
 - ・ 利用者の事情の優先、保護が使命と考えております。"
 - ・ "市内にたくさん入所施設ができて、入居希望者の奪い合いになっている。そん

な中、介護度の高い方を入居させてこの加算を維持するのが困難である。経営努力だけであ維持するのが困難な加算は、条件をあらためてほしい。

- ・ とうか、本当に現実をわかっている方がこれら加算を考えているのか、甚だ疑問である。"
- ・ 加算条件が厳しい様に思います。
- ・ 新入所受入れで要介護4・5の割合を70%以上にしなければならないのが大変。結構要介護3の方の入所申込希望が多い為。
- ・ "新規入所者を判定する際、総合的に判断して優先順位を決めますが、必ずしも介護度や認知症度が算定要件を満たすばかりが続くとは限らず、
- ・ ケースごとの優先順位を純粹に判断しそのまま入所をさせることで、逆に加算が算定できなくなったりするので、そのバランスを保つのが難しいです。(非常に苦労しています)"
- ・ "30床の小規模特養の場合、年間の入所者数は大規模な特養と比べればどうしても少なくなります。よって、1人の新規入所者の介護度や認知度等の加算要件によって加算算定の可否が大きく変わってしまいます。
- ・ このような加算設定は適当でないと思います。"
- ・ 体制の要件の確認が都度必要であり、一定期間の範囲で要件を満たすこととした変更を希望する
- ・ 新規入所者の条件設定を継続的・安定的に満たすことが難しい。
- ・ 退所者数の増と入所申込み減により、重度待機者も減少傾向。介護度や認知症障害自立度の要件を満たすことが難しくなっている。
- ・ 施設数が増え、待機者確保が難しい中、本報酬減収分に相当するこちらの加算を取得するための条件が厳しい。
- ・ 新規申し込み者の要介護度の低下(要介護3)あり要介護4、5の者が占める割合を保ちにくくなっている。
- ・ 加算条件の一つの新規入所者に対する介護度・認知区分の割合を、既存入所者に対する割合に戻して欲しい。現状の加算要件だと介護度3の方は常に後回しになる。
- ・ "算定要件で、入所者のうち要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数となっているが、要介護度は変化し、入所時は4・5であっても、入所後すぐに3になる方も居る。逆もしかりで、要介護3の方でもすぐに4・5になる方も居る。
- ・ それを考えると、入所時の介護度だけでは現実離れしており、また必要な方でも要介護3の方の入所控えにも繋がっている。"
- ・ 重度のご利用者を受け入れることの医療面での負担が大きい
- ・ 要介護4・5の方や認知症Ⅲ以上の方は他施設や病院などに入所している人も多くなり、算定要件を満たす事に苦慮している。

- ・ 入所者獲得（定員割れを防止する）のために加算をあきらめた
- ・ 「新規入居の総数もしくは入居者数の総数で算定」等の緩和を希望している。
- ・ 要介護度4・5の待機者が少なくなってきており、今後継続的に加算を算定できるか不安がある。
- ・ 前12箇月または2ね6箇月の新規入所者数が算定要件の母数になることから、時期によって入退所数に予期せぬ偏りが生じた場合に、算定要件を満たすことが難しくなるのではと感じている。
- ・ 要介護4・5の方70%、及び認知症自立度Ⅲ以上の方65%の基準を満たす待機者は、入院もしくは施設（老健）入所されている方が多いことから、加算取得するためには新規に受け入れる調整が必須であり、時間が掛かっている。
- ・ 介護度3で入居の必要性があっても、日常生活継続支援加算の全体的なパーセンテージを考えるとなかなか受け入れが難しい場合がある。ある月に介護度3を入れたことで後々要件であるパーセンテージを切るのではないかということを考えてしまう。
- ・ 今回取得ができなくなりました。取得要件が厳しいです。
- ・ 取得要件の緩和について検討していただきたい
- ・ 加算を維持するために、待機者はいても、条件にかなわない場合、（要介護4以上もしくは認知症生活自立度Ⅲ以上）すぐに入所させられない場合もある。
- ・ サービス提供体制強化加算と同時算定が出来ないため、要件を満たすかどうか毎月確認を行い、変更となる場合はその都度加算届の変更を行っている状況。加算届については、日常生活継続支援加算とサービス提供体制加算を両方行い、毎月要件を満たすかどうか確認した上で、どちらか取得可能な加算を算定できるようにして頂きたい。（都度、加算変更届を行う負担をなくして頂きたい）
- ・ 認知症自立度の割合で算定をしている。実際には認知症がありⅢ以上であるにも関わらず、主治医意見書はⅡ以下のため入所を見送る場合がある。
- ・ 市からの措置入所分の方の自立度も計算に入れると、必要パーセンテージがギリギリになることがある。
- ・ 要件の1つである、「要介護度4または5の方の割合が半年間または1年間の新規入居者のうちの70%」は、正直高いと感じる。入居者の入居状況や職員の配置に関するものは、変動が多いと算定の可否が流動的となってしまう、法人の収入としての期待値は下げざるを得ず、返還を考えると中々算定に手が出せない状況。
- ・ この加算の為に実質、入所出来る人が限られてくる様になる。
- ・ 特に介護度など関係なく、希望される方を順に受け入れしているので、新規入所者の平均介護度や認知症の部分ではなく、喀痰吸引の要件のみでクリアしている。入居中の方の体調が安定した方ばかりになると、加算が取得できなくな

る可能性がある。

- ・ 新規入居者の「要介護度」・「認知症日常生活自立度」で基準を満たすことが困難である。当施設の地域は過疎地域であり、入居者の入れ替わりも少なく、選定対象者も少ない中では、この基準を満たさないが緊急性を有する入居希望者も多い。
- ・ 新規入所者の日常生活自立度確認につき介護認定開示請求を行っているが、施設の場合開示されない場合もある。
- ・ 昨年末まで加算取得していたが、入所希望者の減少により要件に合う方を継続して入れることが困難になり加算断念した。小さな自施設において36単位は大きな収益であった。要介護度や認知症度での入所率は、入所のタイミングや人数で変わるため、厳しい加算要件である。また、入所時の介護度や認知症度は、特に医療施設からの入所者において大きく判定が違うと感じる。(特に認知症度)
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立支援度について、入所時点となっていることで、極端なことをいえば、低い人を入れる順番を変えてでも、高い人を入れるというような調整をはかる気がします。新規入所から前6か月又は前12か月という基準でいくと、この人を今月入所させると算定にかかわるから翌月にまわしたりとかになるのかと思うので、現状の施設内での認知度の比率を取る方式の方が良いと感じます。加算のために本来の介護の目的を見失うような気はしません。
- ・ 本地域全体で特養待機者が減少しており、加算要件を満たすことは実質不可能。かなり大きな加算であり、収益に多大な影響を与えている。介護報酬については、地域性や施設の特性を配慮したものが求められているのではないか。
- ・ 介護福祉士取得者が多いので、クリアできていますが、特定行為が必要な利用者数や入所時の認知症3以上についてはなかなかクリアできません。どうしても新規入所者は4~5の方になってしまいます。
- ・ 元々算定しましたが、認知症高齢者の日常生活自立度「Ⅲa」以上の方の確保が難しくなり算定をやめました。入所者の入所時の状態と主治医意見書作成時点での状態がかけ離れていることが多々あります。また、主治医意見書の情報が、本人の状態と合致しないケースも多々あります。例：明らかに認知症高齢者の日常生活自立度がⅢa以上ある方でも「自立」と記載されている場合がある。
- ・ 認知度や介護度が、入所後の判定ではなく、入所前の認定調査をもとに加算要件の計算をするため、実際の入居者とレベルの差がある上、加算も取得できなくなっているのは、明らかにおかしいと思います。
- ・ 要介護度3の待機者が多い中、加算算定の為介護度4又は5の方を選択せざるを得ない。

- ・ 介護福祉士の人数は確保できているが、新規利用者の介護度4以上の割合を確保するのは非常に困難である。重度介護者が増え続けており職員の介護負担が増すばかりで限界に近いものがある。
 - ・ 介護度のほうで取得をしてきたが、介護度の高い方が少なく、介護度3の方の申し込みのほうが多くなってきているため、認知症生活自立度で維持しているものの、判断基準が医師の評価など申し込み時からは把握しづらい。
 - ・ 「新規入所者の介護度4、又は5の割合」で神経を使っている。現状入所申込者の3割以上が要介護度3。
 - ・ 実際は在宅で要介護度3の方の介護の方が大変という事例も多数ある。
 - ・ 算定要件を満たしながら、要介護度3の方も入所してもらうために「割合」を計算して帳尻を合わすたびに、やりきれない気持ちになる。
 - ・ 加算取得の算定要件を満たすための入所待機者はすぐにはいらっしやらず、空床が長引くため取得は難しい。
 - ・ 介護福祉士比率は、割合を切る場合には速やかに届出を提出し、割合が増えた場合にはだせないなどの仕組みが矛盾している
 - ・ 入所申込者の介護度、日常生活自立度が低下してきており、サービス提供体制強化加算へ変更する可能性が増えてきている。
- (3) 介護福祉士等、必要な有資格者の確保が困難。また、施設所在地が僻地であること等の理由から人材育成の研修の機会への参加も困難。
- ・ 介護福祉士の退職等で現在は算定を外しています。介護福祉士は育成に力を入れていますが、施設のロケーションが山間へき地であるため、実務研修等へのアクセスが困難です。
 - ・ 経管、たん吸引の人数確保が難しい
 - ・ 重度の待機者が少なくなっている。行動障害等があっても職員が不足しているため十分対応が難しくなっている。
 - ・ 介護福祉士の安定確保に苦慮している
 - ・ 人員確保に苦慮している。
- (4) 今後算定予定
- ・ 体制上は可能なので県への申請はしましたが、介護ソフトの導入(変更)・ライフとの関係で未実施。今後実施予定。
- (5) 進んでこの加算をとっていない。
- ・ 待機者から該当する方を選んで入所してもらうのが難しいためこの加算はとってません
- (6) 算定済み
- ・ 現状は旧来からの基準で算定できている
- (7) 対象者なし
- ・ 待機者で胃瘻者の方がいない

(8) 意見・質問等

- ・ 加算の確保を考えながらご入居者に入居いただいているので、ここ数年重度化が加速した感が否めない。
- ・ 要介護度 4、5 の割合や認知症自立度の割合を維持することが難しい。介護福祉士の割合要件においては維持できている。
- ・ 特養の実情に合っていて単位数も大きいのでありがたいです
- ・ 緊急受入等で要介護度が下がることもある。
- ・ 主治医意見書の日常生活自立度が実態と合っていない時の（実際はⅢa 以上あるのにない）証明方法があれば知りたいです。

8.テクノロジーの導入(日常生活支援加算関係) (あり 4.8%、なし 95.2%)

(1) 導入したいが、費用面の負担が大きい。または、大きな費用対効果を見込めないため、導入を見送っている。

- ・ テクノロジーの導入に対しての恩恵があまりにもないと思います。導入コストと運営コストに見合う報酬が必要
- ・ 初期投資額が大きい。
- ・ 導入したいが費用が負担
- ・ 導入経費を賄うには、加算報酬額が釣り合わないため、導入を見送る形になっている。
- ・ 是非取り組みたいが資金不足
- ・ IT の導入にコストがかかるため、費用対効果が薄い
- ・ 費用負担が重いため算定しておりません。
- ・ 費用の問題
- ・ それ以上に修繕や買い替えが必要な物品があり、到底追いつかない。
- ・ 見守り機器を全居室導入はかかる費用が多く、不可能。
- ・ 利用者全員の見守り機器については費用が掛かりすぎるのと、補助金が鹿児島県は 150 万までと少ない。(宮崎県は 750 万まで)
- ・ テクノロジー 100% 導入するにあたり、購入予算の確保が課題である。

(2) 業務負担につながるほどの機材やテクノロジーが見当たらず、導入の必要性を感じない。

- ・ 有効な機器の活用を進めていったとしても、提供すべき介護サービスの状況や必要性等を踏まえると、人員配置を減らすことは困難。
- ・ テクノロジーの導入に関する要件は、全利用者に見守り機器を使用することとなっていたと思いますが、要介護 3～5 の利用者が入所する特養においては、自発的動作が難しい利用者も多く、全利用者への機器の設置の必要性が感じられません

- ・ "若干の訪室回数等の削減が見込めないこともないが、これにより人員を削減できるほどのクオリティを備えた機器は見当たらないと判断している。
- ・ 現時点では機器の導入により人員配置を削減した場合、現場スタッフの労力が増えるだけのように感じている。今後の開発に期待したい。"
- ・ ICTの導入は今後必須となると思われるが、長くやっている介護の施設で、すぐに切り替えるというのは困難なこともある。
- ・ "テクノロジーを導入してもメリットを感じる加算ではない。
- ・ またテクノロジーは必須だと思うがこのような導入方法だと長期的な戦略にはならないのではないか。"
- ・ ICT機器導入に関して初期投資や職員への周知に時間がかかる問題がある。

(3) 既にテクノロジーを導入している。

- ・ PCでの情報集約 新規入居者受け入れ基準の判定（認知症・要介護度）を行っている。
- ・ "テクノロジーは導入し活用や研修会も実施しているが、現状加算算定に関してテクノロジーの要件がなくとも算定条件を満たしている。
- ・ 将来的には職員が増える可能性が低い為、テクノロジーの導入要件は注視しているが要件緩和が微々たるものであると感じている。"
- ・ 加算算定のための導入ではないが、介護ソフトをタブレットで対応できるようPCと連動できる体制を構築している。
- ・ テクノロジーは導入しているが、介護福祉士は6:1以上配置している。
- ・ 加算とは関係なく全床ではないが、見守り機器を多数導入し、介護記録はタブレットで作成、移乗支援機器も導入している

(4) 検討中

- ・ インカム、入浴用リフター、床走行式リフト、カメラ付き見守りセンサーの導入をしている。夜勤職員の負担軽減として見守りセンサーの充実が課題となっている。また、トイレでの排泄支援において職員の身体的負担が大きいこともあるので、介護ロボット等の導入を検討している。

(5) 今後導入予定

- ・ テクノロジーは今後、算定する予定です。
- ・ LIFE 関連の加算については、取組中
- ・ テクノロジー関係の導入が遅れている
- ・ 整備に関する保諸制度について、初回のみでなく更新の際の制度があれば安心して導入できる。また、多床室用のツールが少なく選定ができない

(6) 導入しているが未算定

- ・ 機器等導入しているが、加算条件を満たす台数を入れていない。

(7) 疑問・質問等

- ・ テクノロジーを導入しなくても介護福祉士は足りています。

- ・ 重度化によって、人員配置を手厚くせざるをえない。
- ・ どのようなテクノロジーの導入があるのか。補助金制度などはあるのか。

9.看護体制加算 I（あり 87.3%、なし 12.7%）

(1) 採用が難しく、看護師が恒常的に不足している。

- ・ 常勤の正看護師を見つけることが難しくなっています。8時間勤務が難しい方の相談が多いです。
- ・ 看護スタッフの確保が難しい。
- ・ 看護職員は慢性的に不足しています。しかし、仮に雇用するにしても人件費の支出が重すぎます。
- ・ 職員の退職・異動等で不安定。
- ・ 退職後の職員採用が進まない。
- ・ 恒常的に人材確保が難しい。
- ・ 福祉業界全般的に看護師不足の状況であり、正看護師、准看護師の区別での加算の必要性を感じない。
- ・ 職員の退職・異動等で不安定。
- ・ 退職後の職員採用が進まない。
- ・ 看護職員不足です。
- ・ "看護師の確保がとても困難であるため体制の緩和をして欲しい。
- ・ に過疎地域では非常に大きな問題であるため地域医療との連携により加算取得ができる仕組みにして欲しい。"
- ・ 人材確保
- ・ 看護師の確保が難しい。病院との給料の差があり、赤字経営でも、最大限の給料を提示しているがなかなか来てくれない。
- ・ 退職申出があった時点での募集となりますが時間がかかります。紹介派遣の場合は料金が高騰してます。
- ・ 看護師の確保が困難な中で加算の継続が難しい
- ・ 人材確保（正看）が難しい
- ・ 看護職員の確保は万年の課題といえる状況
- ・ 正看護師の人材確保が困難。
- ・ 看護師の採用・人員確保に苦勞している
- ・ 看護師の確保が難しいので准看護師の配置も対象として欲しい。
- ・ 算定要件で看護師ではなく看護職員にしてほしい。
- ・ 正看護師の余裕のある配置が困難
- ・ 正看護師（准看護師含む）職員の確保が難しい
- ・ 看護師不足の状況で、体制を確保することが困難になるつつある。

- ・ 人員確保に苦慮しながら進めております。
- ・ 配置基準よりも2名多く配置できているが、高齢化が進み、生産年齢人口が減少している地域であるため、今後新たな採用が難しいと感じている。
- ・ 看護師の採用確保の課題がある
- ・ 看護師の配置出来ていない。
- ・ 正看護師の確保
- ・ 正看護師配置今はできているが、人材不足により今後確保できなければ加算が取れなくなる。要件として正看護師の配置については見直しをしていただければと思います。
- ・ 看護師・看護職員の使い分けについて疑問を感じている。
- ・ 常勤の看護師（正看）の配置が難しい
- ・ 正看護師の確保が課題です
- ・ 正看護師の確保が困難。
- ・ 応募が少ないので体制確保が難しい
- ・ 人員確保に苦慮している。
- ・ 看護師の給与をまかなうには、この程度の加算では足りないし、そもそも人手不足で看護師・准看護師を採用することが困難。
- ・ 看護師の特養・短期それぞれの事業に1の配置は加算算定できても赤字になるため、困っています。
- ・ 高齢者事業所はもちろん、医療機関においても看護師は不足しており、将来的には看護師不足を補うためのシステム構築が必要になると考えている。。
- ・ 准看護師の職員数はゆとりがあります。正看護師の職員がなかなか集まらず、困っています。
- ・ 看護師の採用が厳しい。又特養においての看護師の役割と准看の役割の差がなく、給与のみ高くなる。
- ・ 人口が減少し、職員がなかなか集まらず苦労している。年齢的に退職したいという職員をなんとか繋ぎ止めている状況
- ・ 看護師の確保が困難
- ・ 常勤看護師が退職してしまい、加算が取れなくなった。新規採用は大変困難である。

(2) 加算が実情に見合っておらず、改定が必要。

- ・ たまたまとれているという感じ。すべてに依るが、努力でまかなえない加算は考え直してほしい。
- ・ 職員確保費用と収支のバランスを良くして欲しい。
- ・ 経管栄養については、ハイレベル看護師の業務とするべき重要事項であるためプラスポイントを付けるべきではないか。
- ・ 定員50名と定員51名とで、看護師基準が1名変わります。51名以上は3名が

基準ですが、51名以上100名迄の利用者定員に対する看護師の配置は、細かく区切ってもいいのではないのでしょうか。

- ・ 単位が低すぎる

(3) その他

- ・ 9月から算定（看護師育休から復職）
- ・ 併設ショートと空床ショートで同じようにサービスを提供しているが、空床の場合は算定できますという場合、分けるのが難しく、要件上算定可能でも実際は算定出来ない。

10.看護体制加算Ⅱ（あり65.9%、なし34.1%）

(1) 看護師の採用、確保が困難

- ・ 入退職が変動する中、届け出もあり取得が難しい。
- ・ 届出にて申請しているが、現在看護体制加算Ⅱは体制上で算定できていない状態。
- ・ 職員確保が厳しい
- ・ 看護師の確保が難しい。
- ・ 看護師の採用に苦慮
- ・ 看護師の確保が困難
- ・ 取得困難です。人がいない
- ・ 人材確保
- ・ 看護職員（職員）確保が難しく体制を整えることが難しい。
- ・ 看護職員の確保が難しい。病院との給料の差があり、赤字経営でも、最大限の給料を提示しているがなかなか来てくれない。
- ・ 退職申出があった時点での募集となりますが時間がかかります。紹介派遣の場合は料金が高騰しています。
- ・ 看護人材の不足。制度により介護職員の処遇は向上したが、同様の業務を行っている看護職員は不平を感じている。
- ・ 離職にもつながりかねず、採用したくても、介護職員との格差がネックとなり、面接に来てもなかなか採用まで至らない。
- ・ 看護師の退職により人員確保を急いでおります。
- ・ 看護師の方も取り合いで確保に苦慮しております。
- ・ 確保が難しいなか、+1の配置は不可能
- ・ 今後退職する職員の状況により加算が取れなくなる可能性があり、現在人員の確保に苦慮している。
- ・ 看護師の採用・人員確保に苦労している
- ・ 看護職員不足の中、確保が難しい

- ・ 正看護師の配置がない
- ・ 看護職員の人数が数年前より減っており、この加算の算定も近いうちに難しくなる可能性がある。
- ・ 減算にはならないが、派遣職員の利用、紹介料などの費用が大きくかかっている
- ・ 人員確保に苦慮しながら進めております。
- ・ 配置基準よりも2名多く配置できているが、高齢化が進み、生産年齢人口が減少している地域であるため、今後新たな採用が難しいと感じている。
- ・ 看護師の採用確保の課題がある
- ・ 看護師が退職し加算が取れない時がある。募集しても来ない。
- ・ 看護職員数の安定的な確保
- ・ 人員確保に苦慮している。
- ・ 求人を出しても看護師の応募がなく取れない
- ・ 看護師採用が困難となっています。
- ・ 看護職員の人材確保が非常に困難である。
- ・ 体制確保が難しいため
- ・ 人口が減少し、職員がなかなか集まらず苦勞している。年齢的に退職したいという職員をなんとか繋ぎ止めている状況
- ・ 看護師の確保が困難

(2) 看護師の数の現状と加算が見合っていないので、基準の改定・緩和が必要

- ・ 利用者数から算定する看護職員数について、融通があってもいいのでは。
- ・ 前年度実績50名の境界
- ・ 職員確保費用と収支のバランスを良くして欲しい。
- ・ ショートで算定するための看護職員や、機能訓練指導員としている看護職員も一体化でサービスを提供している部分は実情に合わせて按分というか、『常勤』の要件を柔軟にしてほしい。
- ・ "看護師の確保がとても困難であるため体制の緩和をして欲しい。
- ・ 特に過疎地域では非常に大きな問題であるため地域医療との連携により加算取得ができる仕組みにして欲しい。"
- ・ 看護体制加算：看護師が加算ぎりぎりの配置の時、加算数を満たさないたびに取り下げ申請をし、また満たせば再度、体制届けにて申請をする形となっており、場合によっては加算要件を満たしていても、体制届けの提出の関係で、加算を取得できない月が出てしまう。施設で注意し、加算要件を満たさなかった月は加算をとらないようにし、その都度の体制届けの提出は不要としてもらいたい。
- ・ "同敷地内の隣接する施設の看護師が交代で夜勤をし、2施設の緊急対応をしているが、待機場所が同じ建物内でないこと、

- ・ 夜勤ナースが日によって、自施設の看護師でないことから、24時間連絡体制があると位置づけてもよいのかわかりにくく、取得がしづらいつ感じている"
- ・ 採算がとれない
- ・ 単度が低すぎる
- ・ 併設短期の加算取得要件がわかりづらく、取得していない。

(3) 今後算定予定

- ・ 令和3年9月利用分より算定予定です。
- ・ 今年中に算定予定
- ・ 令和3年9月より算定予定です。
- ・ 9月から算定（看護師育休から復職）
- ・ 8月より算定
- ・ 来月から加算対応

(4) その他

- ・ 介護福祉施設での回答同様

11.夜勤職員配置加算（加算Ⅰ・加算Ⅱ56.0%、加算Ⅲ・加算Ⅳ30.2%、なし13.8%）

(1) 職員不足により取得できない。

- ・ 夜間も8時間勤務体制をしている為多くの職員が必要となり、夜勤職員は必要最低限の人数しか配置できない。またこれ以上職員を増やそうとすると人件費もかかるため困難である。
- ・ 職員不足により職員の病欠等で加算が取れない月がある。
- ・ 職員不足のため、夜勤職員配置加算を取得するだけの体制がとれない。
- ・ 以前は加算を取得していましたが、職員数の減少により困難となっています。
- ・ 職員不足で体制がとれない
- ・ 人員確保に苦慮している。介護職員増員による加算を検討してほしい。
- ・ 現在の介護職人員にて加算算定な時間帯に配置することについて、急な病欠、入院、有給取得が重なると厳しい月が出てくる。この先、人員不足が慢性化することにより自施設では加算できなくなると思う。

(2) 職員数が不足している。職員の負担が大きい。また、採用にかかる費用がかさんでいる。

- ・ 慢性的に人手不足な状態です。
- ・ 職員が不足しておりギリギリの状態である。
- ・ 職員の退職・異動等で安定しない。
- ・ 退職後の職員採用が進まない。
- ・ 職員が不足していてギリギリの状態である。
- ・ 職員の退職・異動等で安定しない。

- ・ 退職後の職員採用が進まない。
- ・ 人員不足の中、基準以上に職員配置を行っていますが、ご利用者は介護度も高く、夜勤帯の現場は就寝、起床介助、食事介助、排せつ介助に大きな労力を要します。また転倒のリスクが高いため神経を張り巡らせて対応しているのが現状です。
- ・ 人材確保
- ・ 人材確保がままならない。
- ・ 退職申出があった時点での募集となりますが時間がかかります。紹介派遣の場合は料金が高騰してます。
- ・ 人員確保に苦慮しながら進めております。
- ・ 介護職員の減少に伴い、夜勤が出来る職員に限られてくる。夜勤者の身体的・精神的負担軽減としてカメラ付きの見守りセンサー等の増台を検討している。コロナウィルスの影響により外国人技能実習生の入国が先延ばしになっており、新たな夜勤が出来る職員の配置が難しくなっている。
- ・ 職員の欠勤などでの調整が大変な時がある。
- ・ 人員の確保と育成
- ・ 職員の確保困難。
- ・ 日勤希望者は多いが、様々なシフト可能な職員が見つからない。
- ・ 喀痰吸引ができる職員が不足
- ・ 夜勤職員の人材確保が難しい。

(3) 必要な資格を持つ職員の採用が困難

- ・ 夜勤介護職員の採用に苦慮
- ・ 喀痰吸引研修修了者の要件での算定をしているが、コロナ禍で実務研修が受講できず、体制確保が厳しい

(4) 有資格者の育成の促進を見据えた算定基準の緩和が必要

- ・ ほとんど就寝している時間帯に人を増やして加算をとる意味がわからない。介助の多い日中に人を増やしたほうがよいのでは？
- ・ 新型コロナウイルスの濃厚接触者が出たときに夜勤体制に大きく影響する（シフトの変更など）喀痰吸引の研修修了者の確保が難しくなり、夜勤職員配置加算Ⅲの算定が出来なくなる。収益にも影響があるので緩和措置が欲しい
- ・ 岐阜県では介護職員の喀痰吸引資格を経過措置者も可とのことで、算定できており、毎年1名ずつ正式な資格取得者を増やしているが、自施設での研修で指導を行うナースの手間が多く発生する。
- ・ 介護職員による喀痰吸引等の体制整備をしていますが、基本研修等が必要な職員の研修派遣及び実務者研修受講支援をしても最終的な実地研修ができなくなってきています。利用者で吸引等を必要とする方が少なくなってきており、法人全体でも研修開催できる施設がなくなっています。自施設・自法人外での実

地研修の場が欲しくなっています。看取り介護等今後も吸引等を必要とするケースが出てくると思われまので、医療的ケアに従事できない職員が増えてくると、夜勤帯など看護師不在の時間に支障が生じてくると懸念しています。

- ・ 喀痰吸引業務登録を進めるにあたり、介護職員の喀痰吸引実地研修を自施設外で受けられるようにして欲しい。
- ・ 自施設は登録研修機関ではなく（現在頻繁に吸引を必要とする利用者がいないため）喀痰吸引研修修了者の確保が困難な状況にある。
- ・ 取得要件の喀痰吸引資格の取得に要する時間が長いので、負担になっている。
- ・ 喀痰吸引研修の修了要件が厳しい。時間と手間が大幅にかかりすぎるため、なかなか修了者を養成できない。
- ・ 必ず1名は特定行為従事者が泊まるようにしています。昨今の新型コロナウイルス感染症の関係で勤務変更等の際加算取得が大変です。

(5) 補遺用対効果が低い

- ・ 採算が合わない

(6) その他

- ・ 運営基準上の夜勤者数と加算の夜勤時間数の関係が整理できていない。組み合わせにより、合理的な配置が出来るだろうと、思っているのだが。
- ・ ユニット型特養についてはなし。
- ・ 小規模施設の為、配置が難しい。
- ・ 宿直を置かず、夜勤に看護職員を配置することで算定している

12.テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算関係) (あり 4.9%、なし 95.1%)

(1) テクノロジーの導入にかかる金銭的、人的負担と加算が見合っていない。

- ・ テクノロジーの導入に対しての恩恵があまりにもないと思います。導入コストと運営コストに見合う報酬が必要
- ・ "基準以上配置ができていれば、見守り支援機器の設置割合を満たしたとしても当該加算を満たすための要件の分、
- ・ 手間がかかるので積極的に適用したくない。"
- ・ "ベッドの見守りシステムを導入していますが、夜勤時にいくつもコールが鳴り、集中管理システムのモニターもなく、
- ・ また、ICT化により電子記録ソフトやPHSもあり、機器が増え大変な印象があります。業者に説明しても理解していただくこと難しく費用もかかり検討中です。"
- ・ "テクノロジーの活用により介護職員の負担軽減があることは理解できますが、かといって急変する利用者や事故発生時の人員確保を考えると、
- ・ 人員を減少できるようなものではないと思います"

- ・ テクノロジー自体は導入しているが、既存の会議と必須の検討会議のタイミングが合わず加算に反映できない
- ・ 今後導入予定ではあるが、上記加算を取得するまではいかない。
- ・ "今後、ICTを導入していく予定ですがICTを取り入れても介助には人の手がいるので人員を少なく配置することは考えておりません。
- ・ ただ、安全確認をするうえで、ご入居者も職員も安心を確保できると思います。"
- ・ 導入することで職員の負担軽減にはなるが、機器だけに頼り、各居室の様子を見に行くことすらしなくなると危惧している。
- ・ テクノロジーを導入しても夜勤者を減らすことは不可能と思われる。
- ・ 加算の単価が低いわりに算定条件が高いと思います。

(2) 金銭的負担が大きいいため、テクノロジーを導入できない。

- ・ 初期投資額が大きい。
- ・ 導入したいが費用が負担
- ・ 是非取り組みたいが資金不足
- ・ 効果について未知数であり、対応機器も限定的で財源もないため。
- ・ テクノロジーの有効な活用方法が未だ確立できていません。ハード面を現在構築中です。
- ・ 費用面の容易な補助制度があるとありがたい
- ・ 導入したいがコストが高い
- ・ ICT機器導入に関して初期投資や職員への周知に時間がかかる問題がある。
- ・ 導入費用が大きな負担となる。
- ・ 見守り機器の導入において、環境整備にも資金がいるため高額な機器を導入することは難しい。

(3) テクノロジーは導入しているが、加算は取得していない。

- ・ テクノロジーはあるが、加算は取っていない。人が足りている
- ・ テクノロジーは導入しているものの、加算としては届け出をしていない（人員要件を満たしているため）。
- ・ "テクノロジーは導入し活用や研修会も実施しているが、現状加算算定に関してテクノロジーの要件がなくとも算定条件を満たしている。
- ・ 将来的には職員が増える可能性が低い為、テクノロジーの導入要件は注視しているが要件緩和が微々たるものであると感じている。"
- ・ 加算とは関係なく全床ではないが、見守り機器を多数導入し、介護記録はタブレットで作成、移乗支援機器も導入している

(4) 補助事業を活用し、導入

- ・ 東京都のICT補助事業を活用し、見守りカメラ・眠りSCANを導入している。
- ・ 見守り機器など費用負担が重いため、現状での離床センサーを活用しておりま

す。

(5) 今後導入予定

- ・ 令和3年9月よりテクノロジーの導入による夜勤職員配置加算算定予定。
- ・ 現在検討中である
- ・ センサーの導入を適宜実施しているが、将来的にはICT機器を導入したい。

(6) 費用対効果が低い

- ・ テクノロジー導入が、職員不足の解消に繋がらない。
- ・ テクノロジーは導入しているが、重度化により、夜勤者の人員配置を削減したり、休憩時間を多く与えられる状況にない。夜勤職員の身体的負担軽減が課題。
- ・ テクノロジーを導入しても現在の人員を削ることは現実的には厳しい。
- ・ 夜勤業務の実際を考えたときに小数点を計算した配置の工夫は困難で、利用者へのケアにプラスとは考えられません。
- ・ 当施設は4階建てで、2～4階が居住棟となっており、夜勤は各フロア1名+休憩や緊急搬送時などの交代要員1名で勤務を組んでいる。この人数は最低限必要と考えており、テクノロジーを導入してもこの人数は減らせない。
- ・ テクノロジー導入の費用、修理にかかる費用・頻度、逆に利用者の安全が確保できないのではないか
- ・ テクノロジーを導入しても夜勤職員の配置を現状より減らすのは現実的には難しい。
- ・ 危機が入っていても人員は実際にはへらせない。報酬評価にすべきであるとおもう
- ・ 機器が導入されても人員は実施には減らせない。報酬評価にすべきである
- ・ インカム導入しており、夜勤職員同士の連携が円滑に行えている。見守り機器等が充足していないため、介護ロボット導入補助事業等を活用し、夜勤職員の負担軽減を図る必要がある。

(7) 体制が不十分

- ・ 機器の導入はすすめているが、算定基準に該当させる体制にはいたっていない

(8) 制度への疑問

- ・ センサー等を多く導入すれば夜間職員を減らせるとのことだが、現状従来型の当施設では人数を減らすことなど到底無理な話であり、加算の意味が分からない。

(9) その他

- ・ イメージと製品が異なる。
- ・ 日常生活支援加算同様

13.準ユニットケア体制（あり2.8%、なし97.2%）

- (1) 体制上必要な改修ができない。また、高額な費用がかかるため建物の改修ができない。"
 - ・ 行政の建物を指定管理で運営している状況ですので、対応に必要な改修が出来ない。
 - ・ 建物の構造上改修にかかる経費が大きくなり、導入が困難
 - ・ 準ユニットケア体制に対し前向きではあるものの、施設の改修にお金を回す余裕がない。
- (2) 設備面では基準を満たしているが、人員基準について不足している。
 - ・ 設備上は整っているが人員配置ができない。
 - ・ ほぼ近い間取りにしているが、取得となると人員基準が間に合わない。報酬に見合わない。
 - ・ 将来的にこのような形態の居住環境にすることが望ましいと考えており、現在は施設のグランドデザインを考えているところ。
- (3) 従来型
 - ・ 従来型
- (4) 取り組んでいない
 - ・ 取り組んでない。

14.生活機能向上連携加算（加算Ⅰ2.2%、加算Ⅱ5.9%、なし91.9%）

- (1) 基準の緩和が必要。
 - ・ 外部委託の必要があり、加算取得以上の支出額となる。
 - ・ 加算に取り組む余裕がない。
 - ・ 利用者が介護度4・5が中心のため、向上させるのは現状は難しい
 - ・ 法人内他事業所に勤務している専門職で対応した時加算がつくようにしてほしい。
- (2) 専門職の確保が困難
 - ・ 機能訓練指導員の確保が困難である。
 - ・ 個別機能訓練担当者の不存在
 - ・ 常勤専従でPTを配置しているため、医療機関のPTとの連携や加算の取得に必要性がないと考えている。
 - ・ 専門職員の確保が難しい。（採用できる金額の加算）
- (3) 連携先の確保が困難及び体制が整わない
 - ・ 連携できる事業所がない
 - ・ 医療機関の理学療法士等との連携が難しい。実践を重ねていくうえで取りたい加算ではあります。

- ・ 連携先確保困難
- ・ 連携へ時間をさける余裕がないと思っております。現場職員の負担を極力減らすよう生活リハビリを中心に実施しております。
- ・ 常勤専従で PT を配置しており、医療機関の PT との連携の必要性や加算取得の必要性が少ないと考えている。近隣医療機関の PT/OT/ST との連携が難しい。
- ・ 外部事業所のリハビリ職員との連携は困難であると思われます。
- ・ 自事業所でリハビリ職員を確保し利用者支援をしているのに、外部からリハビリ職員が入り支援するのは困難である考えます。
- ・ 外部の専門職への依頼は難しい
- ・ 近隣に連携してもらえるリハビリ事業所、医療機関が見つからない。
- ・ 外部のリハビリテーション専門職との連携やカンファレンスの時間確保が難しい

(4) 他加算を算定

- ・ 生活機能向上加算Ⅰ・Ⅱを算定している。

(5) 費用対効果が低い

- ・ 外部のリハ専門職への謝礼等を考慮すると、加算を取る必要性を感じとれない。

(6) 算定予定

- ・ 県への申請はしましたが、介護ソフトの導入（変更）・ライフとの関係で今後実施予定。

(7) 疑問・要望

- ・ 例えリモートでも、こちら側から協力していただける医療機関を探すのが難しい。また、どの程度の報酬を支払えばよいかもわからない。
- ・ 当施設に理学療法士 2 名、作業療法士 1 名が常勤しているため、病院で理学療法士として勤務している方を非常勤として雇用しているが、事業所間での契約がなければ加算として認められないとのこと。雇用している理学療法士としては、他事業所に勤めていることを病院には知られたくないとのことでしたので、個人の意向を尊重し、病院への相談はしていない状況。雇用している意図は加算の趣旨と同様だが、加算取得ができないことが悩ましい。
- ・ 医師との連携など、介護老人福祉施設向けの加算の色合いが強いと考える。介護老人福祉施設の実情に合わせた生活機能向上加算などを作ってほしい。

15.個別機能訓練加算（あり 55.5%、なし 44.5%）

(1) 専門職の不足・確保が困難

- ・ 常勤のリハビリ職の採用ができていない。
- ・ 常勤の機能訓練指導員が見つかりません。扶養内の方の相談を受けます。
- ・ リハビリ専門職の採用が困難。仮にいたとしても人件費の圧迫が課題。
- ・ 機能訓練指導員の確保が困難である。
- ・ 看護師配置ができず加算の算定ができない
- ・ 配置基準が”常勤専従”のため、資格保有者の確保が難しい。
- ・ 専門職の採用が進まない。
- ・ 求人がこない
- ・ セラピストの人材確保
- ・ 個別機能訓練担当者の不存在
- ・ 常勤の機能訓練指導員が見つかりません。
- ・ 看護職員の確保が難しい中、PTOT となるとさらにハードルが高く感じている。
- ・ 専門職がいない
- ・ 看護職員の体調不良により、数名が休職中である。よって現在算定が出来ていない。
- ・ 人員不足の為、取得不可。（看護職員）
- ・ 専門職、看護師の採用が難しく人がそろっていないため、取得できていません。
- ・ 職員が配置出来ていない
- ・ 専門職員の確保が難しい。
- ・ 専従の機能訓練員がおらず、計画作成に至らない。
- ・ SS 併設 看護師不足もあり 0.1 の人材が出せず加算なし
- ・ 求人を出しても機能訓練指導員の確保ができない状況が続いている

(2) 基準の改定及び緩和が必要。また、基準の明確化、簡素化が必要

- ・ "今回の改正では国から計画書の参考様式が示されていますが、施設サービス計画に包括して作成する場合、どのような項目を載せるべきなのか悩む点も多いです
- ・ 施設サービス計画書に栄養、口腔、機能の他、褥瘡や排泄、自立支援に関する内容を一本化して作成した場合の参考となる計画書の事例があると助かります"
- ・ 現在、独自に作成して同意を得ていますが、それが正しいものなのか判断できず困っています
- ・ "以前は算定していたが、内容のわりに加算単価が低く、機能訓練指導員を雇うまでの費用となっていない。他の職種による兼務やサービス間を跨ぐ配置、
- ・ 半日勤務者可等の要件を追加するか、加算自体の単価を上げてほしい。"

- ・ 打ち込み内容が多く複雑である。
- ・ 理学療法士と個別の指導は行えるが書類作成する時間が取りにくい。
- ・ 仕事内容にしては、単価が安く感じる
- ・ 3か月毎に計画の見直しを行うのが負担になっている。
- ・ 加算額に対し、専門職の採用に関する経費が大きい
- ・ 加算のために人員を配置すると介護報酬では賄うことが出来ない。
- ・ 利用者が介護度4・5が中心のため、向上させるのは現状は難しい
- ・ 機能訓練指導員の常勤1があるため、PTなどを他の部署にスポットで手伝ってもらったりできないので、どうか要件緩和してほしい。

(3) 算定予定

- ・ 10月から算定予定
- ・ 令和3年8月より、理学療法士配置した為、現在取得に向けて取組中

(4) LIFE 入力への簡素化・改善

- ・ LIFEへデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他のLIFE関連の加算も同様)
- ・ LIFEへのデータ入力が多く、機能訓練の実施時間が以前より減った
- ・ LIFEのシステムが理解できずにソフトウェアの更新が追いついていなかった。
- ・ ②「機能訓練の目標」を選択する際、「ICFコード」内からは、腑に落ちる選択ができない場合があり困っている。
- ・ 記録職員名が毎回消える。目標と訓練内容の項目がICFコードによる選択制のため、個別性の内容が表現できず、その内容を入居者家族に送付しても伝わらない可能性があり、エクセルを用いてフリーコメントで作成しており転記に時間を要する。介護度・日常生活自立度(障害老人・認知症老人)は基本項目にも入力するが共有されない。

(5) 他加算を算定

- ・ 既存の個別機能訓練加算のみ算定
- ・ 個別機能訓練加算Ⅰのみ

(6) 負担大

- ・ 3月に1回の計画書の作成は負担が大きい。
- ・ 計画書の作成やカンファレンスなど、機能訓練に特化したことより通常援助を充実させることで余裕がないと感じております。通常援助の質を低下させないよう努めております。
- ・ 3月に1回の計画書の見直しの負担が大きい。科学的介護推進体制加算と同様に6月に1回の計画見直しでも良いのではないかと思う。
- ・ ①「健康状態・経過」のうち、「ICD10コード」で入力したデータは計画書に反映されないため、手入力で2重に入力しなおす手間がかかっている。
- ・ 多くの入所者を1人のOTが見ているため、ひとりの負担が増えている。

(7) 費用対効果が低い

- ・ 常勤の機能訓練士を配置しているが、人件費に見合う単位ではない。
- ・ 機能訓練指導員の常勤専従配置は赤字になるため算定困難です。
- ・ 機能訓練指導員は常勤専従なので業務内容に応じ、雇用できるくらいの加算額であればいいなと思います。
- ・ 加算Ⅱは個別機能訓練計画書と生活チェックリストの提出が必要で入力にかかる時間と労力を考えると単位数が月 20 単位ではやっている意味がない。

(8) 未算定

- ・ Ⅱは算定していません

(9) 疑問・要望

- ・ 算定要件が常勤の機能訓練指導員を配置する事となっているが、計画や実施内容が適切であれば非常勤であっても認めて欲しい。
- ・ 看護職員不足です。今後、専従配置が難しいです。看護職員兼務を可能にしてほしいです。
- ・ 理学療法士の常勤採用について、法人の理解が得られない。
- ・ 利用者及び家族が機能訓練の必要性を感じていない。
- ・ 生活圏での訓練内容の充実化をしていく事が課題。
- ・ 研修があるか調べても分からない
- ・ リハビリ専門職 (PT,OT,ST) を配置している場合、生活機能向上連携加算は算定の必要がないため、それらを賄う何かしらの加算を新設してほしい。
- ・ 今後、LIFE が推進され、特養で働くリハビリ専門職は必要であると考えます。
- ・ 非常勤 PT によるリハビリは入っているが、計画書管理等までの体制整備ができていない。

(10)運用中

- ・ 作業療法士を採用し算定してる
- ・ 痛みを確認しながら、行うので注意が必要である。

16.ADL 維持等加算[申出]の有無 (あり 19.1%、なし 80.9%)

(1) 基準の緩和が必要

- ・ 算定基準等が分かりにくい。
- ・ Barthe Index の評価が困難である。
- ・ 要介護度が高いご利用者が入居している特老での ADL 利得 0 以上はは困難と思われる。
- ・ 算定要件の該当者が限られている
- ・ ADL の評価について特養は見直してほしい。
- ・ 算定の評価が難しく算定していない

- ・ 加算に取り組む余裕がない。
 - ・ 算定のための用件が難しく取る気にならない。
- (2) LIFE の操作等が不明確で、それにより業務負担も増加している。
- ・ LIFE システムの入力に難点がある
 - ・ LIFE へデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他の LIFE 関連の加算も同様)
 - ・ LIFE へ出力予定のデータの入力が終了しておらず算定できていません。
 - ・ LIFE への情報入力に時間がかかりできていない。業務が煩雑化している。
 - ・ データ入力が終わっておらず算定できていません。
 - ・ L I F E の導入ができていない
 - ・ LIFE 上でデータ送信が必要となるが、データ入力漏れを防止するためにも、7 月目対象の利用者は表記の色を変えるなど、LIFE 上で注意喚起がされると、入力後の確認作業の効率化が図れる。
 - ・ LIFE へのデータ入力の際に、7 月目対象者となる利用者は LIFE 上で表記の色を変えるなどしてもらえれば、入力漏れや入力後の確認作業の効率が良くなると思う。
 - ・ LIFE の提出やフィードバックがわかりづらい。要件の説明が具体的でなく解釈が困難。
- (3) 専門職が不足している
- ・ 評価・管理する担当者の不存在
 - ・ 人員不足により月ごとの ADL 評価ができない
 - ・ バーセルインデックスの使用方法和専門性を持った職員が確保できていない
 - ・ 専門職員の確保が難しい。
 - ・ 算定方法が難しい バーセルインデックスの評価できる職員がいない
- (4) 費用対効果が低い
- ・ 手間、結果に対して単位数が伴わない。
 - ・ 書類の負担が多く、手間がかかってしまうが、それに見合った報酬かどうか検討している。
 - ・ 行うべきものと思うが、費用対効果で見た場合効率が悪すぎる。
 - ・ 請求システムでの入力が煩雑で、LIFE に提出ができるようになるまで非常に時間がかかるため、業務量が加算単位数に見合わない業務量が増えた。また、業務量が増えたためにシステムの追加契約も必要となってしまう、出費も増えてしまった。
- (5) 取得内容が不明確
- ・ 加算取得のタイミングが分かりにくい。
 - ・ 問題点や困ったことがわからないくらい、今後の取得が不透明
- (6) 負担が大きい

- ・ 評価表作成に係る時間が割けない
- (7) 体制が整わない
- ・ 組織体制が整備されていない。
- (8) 算定予定
- ・ 現在、調整中
 - ・ 8月に申出予定。
 - ・ 令和3年8月より、理学療法士配置した為、現在取得に向けて取組中
 - ・ 10月の時点での状況で申請を検討しています。
 - ・ LIFEへの入力と提出。
 - ・ 今後取得見込み
 - ・ 県への申請はしましたが、介護ソフトの導入(変更)・ライフとの関係で今後実施予定。
- (9) 未算定
- ・ 申請はしているが、加算請求はしていない。(取得条件がわかりにくいいため)
 - ・ 現在、未算定。
 - ・ 令和4年度取得に向けて具体的な準備方法がわからない。
 - ・ 申しでは有りですが、まだ算定はしていません。加算要件の内容の理解が難しいです。アウトカム加算であるため来年度4月より取得と考えております。
 - ・ 現在取得はしていません。
- (10)意見
- ・ 入居者の重度化に伴い、機能訓練での向上より現状維持を目指した援助の質確保に努めております。

17.若年性認知症入所者受入加算（あり29.0%、なし71.0%）

- (1) 算定済みで対象者がいない。
- ・ 「あり」で届出はしているが、現在該当する利用者は無い。
 - ・ 届け出はありますが、対象の方がいないため算定は行っていません
 - ・ 対象者いれば対応可能
 - ・ 体制は「あり」であるが、これまでに対象者がいないため加算なし
 - ・ 加算登録はしているが対象者がいません
 - ・ 該当者なし
 - ・ 該当者がいれば算定していますが、8/10付では算定者はいないです。
 - ・ 該当者がいない。
 - ・ 県への申請はしましたが、対象者なし。
- (2) 算定基準が明確でない。
- ・ 算定基準が曖昧で算定しづらい。

- ・ 加算に取り組む余裕がない。
- ・ 若年性認知症と判断する証明をどうするのかいつも迷う。

(3) 未算定

- ・ 実績なし。
- ・ 7月は算定なし
- ・ 現在考えていない。

(4) 体制の整備

- ・ 特にありませんが、周辺症状の多い入居者へ対応するほど現場に余裕がないと想像しております。
- ・ 若年性認知症について、全員への周知・理解が難しそう

18.常勤専従医師配置（あり 2.2%、なし 97.8%）

(1) 医師の確保が困難であり、かつ費用対効果が低い。

- ・ この単位数では医師を採用出来ません。
- ・ 医師の確保が困難
- ・ 加算の金額で常勤医師の確保は難しい
- ・ 山間へき地の小規模特養にはとても配置が可能とは考えられない。
- ・ 専従医師確保困難。
- ・ 土日祝日無医療地域であることから無理である。
- ・ 医師を雇用する法人があるのか疑問を感じる。
- ・ 医師の常勤での雇用は入居者様にとっては安心につながるが、人件費的に正直困難である。
- ・ 受診の手間を省くために、常勤専従医師を確保したい。
- ・ 専従医師に支払うだけの収入が、現在の介護保険単価では確保できない
- ・ 社会福祉法人が常勤医師を雇用委託する財源がない
- ・ 特養で常勤専従医師を確保できる経済的余裕がある施設はあるのでしょうか？
- ・ 常勤専従医師は雇用できない
- ・ 医師確保が難しい。財政的に無理。
- ・ 加算を算定したところで、医師の人件費はカバーできません。嘱託医が不要となりますが、トータルコストでマイナスと思われまますので、検討しておりません。
- ・ 医師の配置は難しい

(2) 未算定

- ・ 加算取得については予定ありません
- ・ 現在考えていない
- ・ 協力医療機関と連携が図れているため配置に必要性がない

(3) その他

- ・ 現実的に可能なのでしょうか。これまで複数の医療機関と関わる機会がありましたが、そこまで協力的な医療機関はなかったです。地域での医療体制の差が大きいとも考えられます。
- ・ 現実的に医師の人件費が基本報酬に入っているのが疑問がある。加算に該当しない施設でも嘱託医として契約し非常勤として人件費を出しているが、これについても基本報酬に入っているのか疑問。

19.精神科医師定期的療養指導（あり 22.3%、なし 77.7%）

(1) 医師の確保が困難、確保に係る財政的負担が大きい。

- ・ 引き受けて下さる医師が見つからない。
- ・ 認知症の利用者も多く、精神科医師を探したが施設に往診に来てくれる精神科医師がいない
- ・ 専門医による認知症の診断を受けて入所される方は少なく、入所後の対応に悩むことがある。精神科医の協力を受けた場合は通院をしなくてはならず、毎日のように通院が入っていることもある。服薬調整も難しく、主治医や通院先の専門医との連携が難しいと感じる。定期的な療養指導を受けたいが難しい。
- ・ 精神科医師の確保が難しい。
- ・ 委託料の問題から難しい。
- ・ 医師確保が難しい。財政的に無理

(2) 基準改定が必要

- ・ 協力病院により往診してもらえているので助かっていますが、同じ病院でも事情により同一法人の別施設では診てもらえない状況にあり、精神科医師を確保するのが困難な地域もあります。認知症介護の推進の観点からも大切な療養環境だと思いますので、受け入れてもらえるよう介護保険からの後ろ盾となるような支援策があればと感じます。
- ・ オンライン診療や電話による指示などでも加算算定できるようにして欲しい。

(3) 費用対効果が低い

- ・ こちらも常勤専従医師配置と同様、加算でカバーできません。入所者にとっては有益だと思われませんが、事業者としては費用対効果で踏み出せません。もっと手厚い単位数になるようにしていただきたいです。

(4) 予定なし

- ・ 加算取得については予定ありません

(5) 研修の強化

- ・ 認知症の利用者への対応として認知症に関する正しい理解を行う研修等の実施が課題

20.障害者生活支援体制（加算Ⅰ0.4%、加算Ⅱ0%、なし99.6%）

(1) 対象者なし

- ・ 該当者なし
- ・ 対象利用者がいなく、職員体制もできていない。

(2) 疑問

- ・ 共生についても疑問あり。そこでの交流はほぼ無い状況である。

21. 栄養マネジメント強化体制（あり29.6%、なし70.4%）

(1) 管理栄養士の不足、確保が困難

- ・ 管理栄養士の雇用確保が難しいです
- ・ 管理栄養士の確保
- ・ 現在在籍していますが、飽和状態と伺っていた管理栄養士は中々見つからないようです。さらに常勤の管理栄養士となると難しいと伺いました。
- ・ 管理栄養士の確保
- ・ 管理栄養士不足により取得出来ていない。
- ・ 管理栄養士が不在
- ・ 現在管理栄養士がいないため、今後の管理栄養士の採用、配置について検討中。
- ・ 雇用中の栄養士が管理栄養士ではない。
- ・ 管理栄養士の採用が困難。
- ・ 別の管理栄養士の配置が困難
- ・ 管理栄養士を2名の確保が困難
- ・ 栄養士2人配置は不可能。
- ・ 人員が配置できず取得できていない
- ・ 人員配置（専門職の加配）が困難
- ・ 管理栄養士の配置基準の変更により加算取得が困難となった。
- ・ 栄養士2名の配置ができないこと、看護師（正看護師）がいないため実施しておりません。
- ・ 管理栄養士の確保が困難
- ・ 希望する勤務形態での管理栄養士の人材確保
- ・ 管理栄養士2名の確保が難しい
- ・ 管理栄養士の人員確保
- ・ 管理栄養士の確保が困難。
- ・ 管理栄養士の資格取得の関係で算定できていない。
- ・ 管理栄養士の増員が困難なため。
- ・ 加算取得のために、常勤換算で0.5人管理栄養士・栄養士が不足している。そ

他のミールラウンド等の要件は満たすことが出来るのではないかと考えている。

- ・ 管理栄養士一人で算定出来ない。
- ・ 算定の為の人員配置基準は、現実的ではありません。
- ・ 管理栄養士を募集している状況
- ・ 強化体制加算になった場合、管理栄養士 1 名の場合、厨房が自前か委託型かで配置が変わります。なぜ、委託型になった場合は除数が変わるのか、理解に苦しみます。
- ・ 管理栄養士の複数確保は困難。
- ・ 管理栄養士の確保が困難

(2) 基準改定・緩和が必要

- ・ "管理栄養士を加配すると加算に見合う報酬を得ることが出来ません。
- ・ また、特養はほぼ中リスク以上のなか週 3 回のミールラウンドはかなり業務を圧迫しているので緩和をお願いしたい。"
- ・ 管理栄養士の配置基準が高すぎる
- ・ 委託給食の体制をとっており、管理栄養士 1 名以上の配置は難しい。人員増に至るまでの加算点数を望む。
- ・ "給食業務を委託しているが、委託先と一体的に業務を行っている実情から、算定要件を緩和し、
- ・ 委託先の業者に栄養士が配置されている場合でも要件を満たすとしてほしい。"
- ・ 実質栄養士が 2 人以上いなければならないが、経営的に難しい
- ・ 基準の見直しまたは栄養士増員に見合う報酬設定
- ・ "算定要件が高すぎる。サテライト型の施設において、一方のみ算定可能な条件となっているのには疑問。
- ・ (60 名従来型特養・20 名地域密着型特養) 当法人では 20 名の地域密着のみで算定 (2 名の管理栄養士が協働で業務をしている) "
- ・ 給食管理が外部業者であるため、人員基準を満たさない。外部業者も人員に含めて頂きたい。
- ・ 定員 70 名では、栄養士 2 人を雇用は採算がとれず難しい。
- ・ 栄養士によるアセスメントの回数が増え実施できない
- ・ 栄養ケアマネジメントは実施しているが、管理栄養士、栄養士の配置基準を満たしていないため加算は算定していない
- ・ 管理栄養士の配置基準を満たすための人件費を考慮すると算定を行うまでに至らない (減算を回避することが限界)
- ・ 管理栄養士が兼務のため十分な体制が整えられない。
- ・ 管理栄養士が育児休暇後の時短勤務にて、配置基準が満たされない。
- ・ 法改正の算定要件で栄養士の配置人数を満たさなくなったため、算定中止

- ・ 管理栄養士が兼務のため十分な体制が整えられない。
- ・ 配置上委託先の栄養士をカウントできれば取得可能となる。
- ・ 管理栄養士を2名、配置できない（人件費）ため、この加算は取得できない
- ・ 管理栄養士をもう1名配置するほどの加算でもなく、実質、減算だと解釈する
- ・ 栄養マネジメント強化加算を取得していますが、管理栄養士の雇用が大変難しく、管理栄養士の体制条件を緩和をしてもらいたい。
- ・ 加算を算定しても、管理栄養士の人件費を捻出できない。
- ・ 管理栄養士が常勤であるが、算定要件にあてはまらない。
- ・ "4月より算定予定にしていたが、管理栄養士1名による配置であることを理由に、監督官庁より『体制が満たしていないため算定不可』と不受理となっていた。
- ・ 7月に入り、「現状の体制での算定可」と回答が変わり、8月より算定開始。当初から基準の解釈について協議しているが受理して頂けなかった。
- ・ 基準の解釈に曖昧な部分があるのではないか。"
- ・ "当園は従来型54床とユニット型40床が併設されており、別々に事業所指定を受けている。
- ・ 現在それぞれに1名ずつ管理栄養士を配置（計2名）しているが、従来型は要件の50を超えているため加算を取得できないのか。"
- ・ 加算の人員基準のハードルが高すぎる。
- ・ 加算要件の人員を満たすことができない
- ・ 前回の栄養マネジメント強化加算が基本報酬へ包括化され、収入源の一番の要因となった。
- ・ 管理栄養士の配置基準が困難
- ・ 栄養士の配置基準が厳しすぎる
- ・ 10月より算定予定であるが管理栄養士の確保が大変である
- ・ 管理栄養士の員数の算出方法を緩和してほしいです。
- ・ 管理栄養士1名が産休中であるため、要件を満たさず。復帰後、算定開始予定。
- ・ 管理栄養士を1名常勤で配置しているが、利用者の数対管理栄養士の数が常勤換算すると要件に合わなく算定できない。もう一人雇うとなると加算の額より人件費のほうが多くなる。
- ・ 栄養士を2名配置するのは運営上厳しい状況である。
- ・ 77名定員です。この加算のために(管理)栄養士2名を雇用することは現実的ではありません。
- ・ 栄養士の育児休業に伴い加算取得できないため
- ・ 管理栄養士が育児休業中のため取得できない。
- ・ 配置基準不足

- ・ 管理栄養士が1名育児休暇中に付き算定できていない
- ・ 管理栄養士1名
- ・ 管理栄養士の増員が必要になったことで算定できないのがおかしいと思う
- ・ 昨年10月に入所定員を50人から53人に変更した。今年度は昨年度の入所者数の実績により、管理栄養士1人の配置で良いが、今年度の実績が50人を上回ると、管理栄養士又は常勤の栄養士がもう一人必要になってくる場合がある。
- ・ 短期入所15床あるため、管理栄養士ひとりでは常勤換算1ではないので、加算算定できないと県から言われました。
- ・ 栄養マネジメント強化加算を算定しようにも2名の栄養士の確保が難しい。また、今までの栄養ケア計画に係る様式が古い様式使用していたため、強化加算に対応した最新版のケアマネジメント様式変更することに多くに時間がかかってしまう。
- ・ 管理栄養士を配置という条件が厳しい。同じ敷地内で併設している施設がある場合は、1人は管理栄養士、1人は栄養士など柔軟な対応にしてほしい。
- ・ 短期入所と併設のため、管理栄養士常勤換算で1とならないため、加算算定できない。

(3) 算定予定

- ・ 10月より導入予定
- ・ R3.9月～栄養マネジメント強化加算算定予定
- ・ 今後取得する予定
- ・ 10月1日からの取得予定です。
- ・ 体制は整っているため、算定予定。
- ・ 条件が整い次第取得予定。
- ・ 有として届出は行ったが、実際に加算取得をするのは、8月からとなった。
- ・ 8月より算定予定
- ・ 今年中に算定予定
- ・ 8月1日付で加算算定予定です。
- ・ 今月から開始予定のため、準備・管理をしっかり抜けなく実施していきたいです。
- ・ 2021年度下半期より算定予定
- ・ 加算取得検討中。
- ・ 今後取得見込み
- ・ R3.9月より算定予定。
- ・ 管理栄養士が2名在籍しているのですが、1名が育休中のため算定不可です。2名そろった段階で申請します。
- ・ 令和3年6月分から算定開始している
- ・ 今後、取得予定

(4) LIFE への登録が未入力及び煩雑である。

- ・ life 入力等が間に合っていないため強化加算は取れていない
- ・ Life にてデータ提出していないためまだ加算を行っていません。
- ・ 管理栄養士の確保難、記録システム導入難、LIFE 入力難
- ・ 管理栄養士の確保に苦勞を要す。LIFE を含む実務負担が大きい。
- ・ LIFE 入力に関して、記録ソフトの関係上、3 度手間がかかり、負担が大きい。
- ・ 届出はしていますが、LIFE への入力が完結していないため、まだ算定はしていません。
- ・ LIFE の運用
- ・ 使用しているソフトと LIFE が連携できる項目が限定されているため、手作業の負担が大きい。
- ・ LIFE へデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他の LIFE 関連の加算も同様)
- ・ 人員確保・LIFE の活用
- ・ LIFE へ出力予定のデータの入力が終了しておらず算定できていません。
- ・ 入力作業が大変。
- ・ LIFE の導入が出来ていない
- ・ LIFE への入力と提出
- ・ 現在、導入している介護ソフトから LIFE への転送までの過程がスムーズではない。
- ・ LIFE 登録に向けて整備中
- ・ 栄養ソフトと LIFE の連動協議中
- ・ 栄養マネジメント強化加算を取得するにあたり、当施設で使用している介護ソフトが LIFE との連携を行うためのインターフェースや帳票の実装に時間がかかっている。また、従来型・ユニット型併設施設で栄養マネジメント強化加算の管理栄養士の配置を兼務できるかどうかの見解が出ていない。
- ・ システムの問題もあるが、LIFE 関連加算を算定する場合、既存のシステムでは手間しかないと感じる。
- ・ LIFE のシステムが理解できずにソフトウェアの更新が追いついていなかった。月によって出力できない月もあった。
- ・ LIFE ソフトの導入ができておらず、対応できていない。
- ・ PDCA サイクルは非常に大切ではあるが、LIFE 等の事務作業が多様化煩雑化しており、何度も同じことを繰り返す必要がある。LIFE システムもまだまだ実用性に乏しく感じ、各施設が導入している介護システムからのみの送信提出で良いのではないかと感じる。事務作業の手間ばかりであると考えます。
- ・ LIFE へのデータ登録が負担となっている。
- ・ LIFE に手間がかかる。

- ・ 栄養のプランは LIFE に直接入力ではなく、栄養管理ソフトに入力してそのデータを LIFE にインポートするのだが、訂正箇所があった時に栄養管理ソフトと LIFE の双方を訂正しなければならない。

(5) 費用対効果が低い

- ・ 人員確保が困難であり、確保できても点数が低い為費用対効果を得られない
- ・ 加算取得による収入が人件費に見合わないため
- ・ "LIFE を活用することとなるが、使用している介護ソフトが対応していない場合や、専用ソフトに別途費用が必要となる場合があり、
- ・ これまで使用してきた介護ソフトを簡単に変えるわけにもいかず、またエクセルにて加算専用の様式を用いて行えばよいのだが、作業に手間がかかることから、
- ・ 加算取得に伴う費用対効果が見込めない。"
- ・ "L I F E への入力作業等が有り、現状の管理栄養士では出来などのことで、新たな栄養士又は、管理栄養士を採用しないと対応ができない。
- ・ 加算以上のコストが掛かる"
- ・ 当施設では加算の為には現状管理栄養士 1 名→3 名必要となるが、人件費的に対応が難しい。
- ・ ユニット型入所定員 100 名に対して管理栄養士 2 名配置の負担が大きい。
※ P D C A によってケアの質が向上するというを前提にやらなければならない業務であり、将来的には基本報酬に組み込まれる加算だろうと踏んでいるが、管理栄養士 1 人では時間配分が難しい。例え栄養士 1 人増員しても加算の収入分が人件費になってしまうなどを考えると採用も難しい。
- ・ 加算取得に対しても設備投資費が非常に多額となるため難しいことが多い。
- ・ 単位が低すぎる
- ・ 給食業務を委託している場合、管理栄養士 ⇨ 栄養士の配置は経営的にも困難で収入のメリットも少ない。

(6) 体制の不整備

- ・ 加算届は、既に行っているが、準備が整っていないため未取得
- ・ 体制ありとしているが、作業に手が回らないため実際にはまだ算定していない
- ・ 週 3 回のミールラウンドの記録の時間の確保が困難。
- ・ ICT 化を進めているのは分かるがケアプランや栄養計画書等様々な書類に対して押印の省略が可能であるが、利用されている方の家族等まだまだ ICT に対応できない方が多くシステム整備にも多額の費用が必要である。

(7) 連携が困難

- ・ それぞれの施設で管理栄養士の仕事内容は異なるので、介護職員との連携をどのようにするか難しい部分がある。
- ・ 他職種とのカンファレンスの時間の確保が困難。

(8) 実質的な減算

- ・ 実質減算。

(9) 疑問・要望

- ・ "栄養士が精神の病気で休職している。休みは権利なので限界まで利用するが、替えのきかない職種でそうされると、施設としてはどうすることもできない。
- ・ さらに、復帰時には、時短も要請している。県に確認したところ、病気による時短勤務は、人員基準を満たさないこと。もはや、どうすればいいのかわからない。"
- ・ 管理栄養士の試験会場が新型コロナウイルス感染地域により見送った職員が2名いた。
- ・ 看護体制加算の要件と同様に、合計人数（94名）に対して管理栄養士2名を配置していれば加算可能とはならないのか。
- ・ "今回の改正では国から計画書の参考様式が示されていますが、施設サービス計画に包括して作成する場合、
- ・ どのような項目を載せるべきなのか悩む点も多いです 施設サービス計画書に栄養、口腔、機能の他、褥瘡や排泄、
- ・ 自立支援に関する内容を一本化して作成した場合の参考となる計画書の事例があると助かります"
- ・ 現在、独自に作成して同意を得ていますが、それが正しいものなのか判断できず困っています
- ・ 低栄養状態のリスクレベルの判定が栄養ケアマネジメントの判定の仕方と一部異なる為、戸惑う。
- ・ 現在は、マネジメント未実施で3年間の経過措置を受けており減収にはなっていない。なるべく早い段階で強化加算に取り組む必要があるものの、具体的に何から始めたらいいのかわからない。
- ・ 何をすればよいか分からない。通常の栄養ケア計画で、ミールラウンドを週3回行うだけでよいか。
- ・ 栄養士または管理栄養士とありますが、解釈がどうもしっくりこなくて、またはとありますが、3年後には管理栄養士でなくてはダメなのか良くわかりません。
- ・ 算定内容の栄養計画の策定にあたり、課題とケア内容のミールラウンドも踏まえた具体例を提示して頂きたい。
- ・ "従前から管理栄養士を配置して栄養マネジメント加算を算定していたが、今回の改正によりさらに増員が必要となった。
- ・ しかし、なかなか人材確保が困難であり算定開始には至っていない。加算を算定したとしても、増員分の収入が見込めない中で、あまりにも人件費、業務量の負担が重くなってしまふところは今回の制度改正の大きな痛手である。栄養

マネジメントの義務化の必要性はあると思うが、実際の施設運営の観点から、
次回の介護報酬改定に向けて単位数および算定要件を見直す必要がある。"

- ・ "管理栄養士 1、栄養士 1 を配置しており、管理栄養士の募集はしているが、定員 80 床で+0.2 以上の雇用ができていない。
- ・ ICT の活用や低栄養の方の割合等による要件を加味してほしい。"
- ・ 実質管理栄養士を施設に 2 名置くことは困難である。1 名でもしっかり栄養管理を行っていただけない残念な改正だと思った。
- ・ "当施設では栄養ケアマネジメントおよび加算に係る配置をすべて管理栄養士としているが、
- ・ 質の担保および人件費の観点から栄養士を配置している状況との差別化（上位区分の設定など）について検討願いたい。"
- ・ 介護福祉施設での回答同様
- ・ 当施設では、ユニット型個室と従来型多床室とがあり、管理栄養士 1 名栄養士 1 名を、ユニット型のみ算定している。
- ・ 以前の常勤 1 名に加え 2021.4 より非常勤職員 1 名採用にて算定。併設の栄養アセスメント加算も算定しているため、それぞれの事業所での常勤換算の管理が必用

22.療養食加算（あり 71.3%、なし 28.7%）

(1) 基準改定・緩和が必要

- ・ 加算に取り組む余裕がない。
- ・ 貧血食の場合、ヘモグロビン濃度の数値の確認の頻度などが明確に記載されてなく不安
- ・ 低栄養状態の入居者に療養食を提供しなければならないのか、低栄養を優先したいと考える為、あまり加算には繋がっていない。
- ・ 療養食加算で、短期入所の方毎回利用時に食事箋をもらいにくい。状態が変わらないのであれば、1ヶ月とか3か月単位でも大丈夫にしてもらおうと、利用者の家族の負担が減る。（医師に苦情を言われた方がいる）

(2) 対象者無し

- ・ 該当する利用者様が現状不在のため、未実施ではありますが取り組んでいきたいと思います。
- ・ 現在は対象者がいないため算定していません。

(3) 費用対効果が低い

- ・ 手間や材料費に対して単位数が伴わない

(4) 疑問

- ・ 厨房業務が委託でもできるものなのか、どのような食材なのか、簡単に導入で

きるものなのか

23.配置医師緊急時対応加算（あり17.4%、なし82.6%）

(1) 専門職の確保が困難

- ・ 嘱託医は遠方から来ており、地域自体が実質無医状態となるため。
- ・ 医師の常勤配置が困難
- ・ 嘱託医の都合等で対応できるときとできないときがある
- ・ 体制整わず
- ・ 24時間対応できる医師の確保が難しい。
- ・ 医療機関と介護施設の連携が難しい
- ・ 医師確保が難しい。財政的に無理。
- ・ 医師が特養の配置医師にメリットを感じられず、年々協力が得難くなっている。医療系ではない法人では、配置医師、産業医の確保が難しい。

(2) 算定基準が難しい

- ・ 使いどころが難しい
- ・ 施設での看取りとして、時間帯や曜日によって医師との連携が難しいこともある。
- ・ 協力医療機関との契約上の理由から難しい

(3) 算定予定

- ・ 来月から加算対応
- ・ 県への申請が未申請だったため、9月から実施

(4) 算定予定なし

- ・ 加算取得については予定ありません

(5) 対象者なし

- ・ 「あり」としてますが、今のところ該当なしです。

(6) 要望

- ・ 看護師（正看）が不足のため取得できません。准看でも可能にしてほしい。
- ・ 「あり」で届出はしているが、7月には実績は無かった。

24.看取り介護体制（加算Ⅰ53.4%、加算Ⅱ16.4%、なし30.2%）

(1) 専門職の確保が困難

- ・ 正看護師の採用が出来ないため、看取りは行っているが算定できていない。
- ・ 昼夜問わず夜間対応可能な看取り医が配置できず。体制整備は行うも、十分な看取り対応はできない状態です。
- ・ 看護師（正看護師）が不足のため取得できません。准看護師でも可能にしてほ

しい。

- ・ 栄養士が休職しているので算定不可。
- ・ 看取り介護や研修は行っているが、嘱託医全員が連携、協力があるわけではなく算定できない。
- ・ 正看護師の条件が難しい。
- ・ 嘱託医師が夜間や週末の対応が出来ない、とのことで算定が難しい。
- ・ 正看護師の確保が難しい
- ・ 看取りを行いたいが、協力医師が見つからない。
- ・ 常勤の看護師が整備できていない。
- ・ 常勤の看護師の配置が難しい。退所理由が死亡退所の方がほとんどであり、実際に加算算定時と変わらない対応している状態。加算体制の緩和、少しでも加算取得ができるようにしてほしい。
- ・ 正看護師の確保が課題です
- ・ 正看護師の確保に難航している
- ・ 看取りは以前より実施しているが正看護師がいなくために算定できていない。お看取り対応や連携、ご家族ご本人の満足度等、違いはないと思われまます。
- ・ 常勤に正看護師がいなくてもとれるようにしていただきたい。
- ・ 看護職員でも同じ単価で加算を取れるようにしてほしい。看護師の採用は厳しい。

(2) 算定基準の改・緩和が必要

- ・ 今回の改正で看取り期間が30日から45日に変更になり、30日を超える数については、過誤修正しなければならず、業務負担が大きい
- ・ 看取り加算の区分が1~4に増設されましたが、1(30日~45日)から看取りと判断し加算を取ることは難しい
- ・ "加算算定が「死亡日以前31日以上、45日以下」で可能とはなっているものの、月を遡っての請求は、
- ・ すでに先月分の請求は確定していることもあり、処理しづらいため算定は見送っている。"
- ・ 今後取得予定ではあるが、今まで取得実績がないため体制や書類、連携等について検討していく。
- ・ "看護師の確保が難しい中で看護師の配置を必要としているのは厳しすぎる。看護職員だけの体制でも看取り加算が算定できるように緩和して欲しい。
- ・ もし、看護師がいなくなり加算が算定できなくても当施設では看取りは継続する考えです。他の施設もこのような状況にあるところも少なくないはず。コロナ禍の中では特に看護師の確保が難しいです。"
- ・ 実際は見取りは行っているが、加算を取るまでは至っていない状況
- ・ ほぼ同等の対応はおこなっているが、加算に係る事務負担が大きく、加算対象

としての対応はできていない

- ・ ハードルが高いです
- ・ 加算算定は行っていないが、看取り期までの対応は常に行っている。(算定根拠が困難)
- ・ 医師の看取りに対する考え方の違いから、45 日前からの看取り介護開始が難しい。
- ・ 島内の診療所と連携し看取りを実施している。ただし、医師個人の思いに依存している部分が大きく、将来的に看取りを継続していくためのシステム構築が必要となる。
- ・ 事業所としての看取り介護体制はとっているが、加算算定要件に値する対応にはいたっていない
- ・ 協力病院に所属する医師に対して負担が大きいため、算定していない。
- ・ 体制はできているが、請求できていない。
- ・ 加算は算定していないが、看取りは嘱託医と連携し行っている。
- ・ お看取り介護は多数行っているが、夜間に亡くなった場合の医師の診断が翌日になるため加算の取得ができない状態です。このような場合でも丁寧に対応させていただいているので、加算上の配慮がほしいです。
- ・ 准看護師も適用して欲しい

(3) コロナの影響

- ・ "看取り介護体制を今まではほぼ算定していましたが、新型コロナウイルスの猛威により、利用者家族が居室に訪れることができなくなり、
- ・ 従来通りの看取り加算としての業務加算が取り辛くなっているが、実際は医師、看護師等は従来通りの看取り業務を行っているので、
- ・ この新型コロナウイルス時期の看取り加算については多少の憂慮があっただけで、このべきではないだろうか。
- ・ 全国的にこの加算は新型コロナウイルスの関係で、どの施設も取得し辛くなっているのではないのでしょうか。職員の負担は従来通りである。"
- ・ 今回の改正で算定を検討しましたが、感染対策面を考慮した際に進めないこととしました。
- ・ ご家族によっては看取り介護計画に同意が得られないこともある。コロナ禍で面会を制限せざるを得ず、より細やかな連絡が必要となった。
- ・ コロナにより、家族との関係性を保つことが難しい。
- ・ 新型コロナ感染症により面会制限などある中で、看取りの方が複数名になったり、長期にわたると職員の負担が今まで以上に増す。
- ・ 新型コロナウイルス感染防止のため、家族が施設へ入ることが出来ない。カンファレンスなどの実施が困難である

(4) 連携が困難

- ・ 看取り介護を実施したいが、医師の協力が中々とれない状況である。
- ・ 施設での看取りとして、時間帯や曜日によって医師との連携が難しいこともある。
- ・ 施設内でのケアに関することはできているが、医師との連携の部分で加算取得には至っていない。

(5) 体制の不整備

- ・ 職員教育も含め、体制が整っておりません。
- ・ これまでの配置医師は看取りに協力的であったが、医師が変わり看取りより入院という方針が変わった。
- ・ 地方の町村部では、医師を確保するのがやっとなりで医師に対して意見が言える状況ではなく、看取り体制の確保が困難になっている。

(6) 算定予定

- ・ 今後取り入れていきたい

(7) 未算定

- ・ 加算取得について検討していく予定。未着手である。

(8) 算定済み

- ・ 上記加算は、加算Ⅰ及び加算Ⅱどちらも体制確保しています。

(9) 対象者なし

- ・ 算定の届け出を行っていますが、対象の方はいません
- ・ 7月は算定なし

(10) 要望等

- ・ "医療機関との連携の上で、医師会等から【施設での「看取り」】を推進いただけるような働きかけをお願いできると有難いです。
➤ 協力病院の価値観が反映されやすいと感じます。"
- ・ 亡くなられた時には、人員を1名確保（呼び出し）しているので、もう少し加算額を上げて欲しい。
- ・ 医師より看取りはできないといわれています。
- ・ 嘱託医が看取りと診断されてからの対象にして欲しい。
- ・ 看護体制加算同様。

25.在宅・入所相互利用体制（あり9.6%、なし90.4%）

(1) 算定基準の緩和が必要

- ・ 特養は介護3以上の受け入れとなり介護の手間が増えている中、今現在は対応難しいと思われる。
- ・ あまり意味のない加算かと思います。

(2) 対象者無し

- ・ 対応可ではあるが、ニーズ今のところ見られず。
- ・ 今のところ、実績はない。入居が空いたところをうまく活用できれば良いが。
- ・ 対象者がいない。
- ・ 現在対象利用者がいない。
- ・ 実績はありません。

(3) 未算定

- ・ 算定なし。
- ・ 現在体制を整備する予定はない
- ・ 算定も検討したが、職員に余裕がなく対応できない。

(4) その他

- ・ 住民基本台帳法による入所者の住所地を整理しないまま、この様な加算があること自体おかしい。

26.認知症専門ケア加算（加算Ⅰ8.0%、加算Ⅱ1.8%、なし90.2%）

(1) 実践者研修の受講が困難、算定基準の改定

- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響で認知症リーダー研修の開催が行われていない現状があるため、研修受講者の条件を1事業所に1名配置など条件緩和を検討してほしい
- ・ 認知症介護実践リーダー研修でなく、通所介護と同様に実践者研修修了者も認めてほしい。
- ・ 認知症研修が少なく、応募しても落選する
- ・ 専門研修の受講人数枠に制約があること、研修期間が長いことなど、研修を計画的に進めていくことが難しい。
- ・ 取得したいと考えていますが、認知症実践者講習の研修の枠が少なく受ける事が出来ない状況です。もう少し研修を増やして頂きたいです。
- ・ 職員が不足しておりギリギリの状態であり日程的にも研修への参加が難しい。
- ・ 有資格者の配置がリーダー研修修了者以上となると、なかなか難しい。実践者研修修了者人数での加算を検討してほしい。
- ・ 職員が不足しておりギリギリの状態であり日程的にも研修への参加が難しい。
- ・ 職員の退職・異動等で安定しない。
- ・ "認知症の実践者研修までは受けている人が数名いるが、リーダー研修を受けないと取れない加算は厳しい。
- ・ リーダー研修は数名しかとらないし、研修期間も長いから受講させることが困難。"
- ・ いずれ算定したいと考えているが、認知症実践者研修にいくら募集しても受講

できない状況が続いている。

- ・ 認知将専門ケアは、特養にとって必須のケアであると思う。当施設もちからを入れているが加算要件が厳しい。認知症介護実践リーダー研修を受講することは容易でない。当施設は認知症介護実践者研修受講者を順番にリーダー研修を受講できるよう進めているが、定員 100 人の利用者に対応するには、まだまだ時間を要する。要件の緩和をお願いしたい。
- ・ "当施設は重度の認知症の方を中心に受け入れているため、ほとんどの入所者がⅢランク以上である。
- ・ そうなると実践リーダー研修受講者の配置も多く必要となり加算取得につながっていない状況である"
- ・ "該当する外部研修（リーダー研修）に、なかなか出席させることが業務上負担である。
- ・ eラーニング、オンデマンドなどの工夫により受講できる体制があれば良い。"
- ・ 認知症介護実践リーダー研修に参加させる時間がない。
- ・ 資格取得が難しく時間がかかる。資格取得者も多数必要である。一人が、伝達や施設内研修を行うことで対応できないのでしょうか
- ・ 定期的な研修があるのか知りたい
- ・ 研修に応募するが、選に漏れてなかなか受講できない。
- ・ 研修を受けている基準がハードルが高い
- ・ 取得を目指しているが、人数に対しての配置が困難。研修がコロナのため開催されず、受けたくてもなかなか研修が受けれない。
- ・ 認知症介護実践リーダー研修の受講申し込みを行ってもなかなか落選する為、受講ができない。1年で1名受講できるかどうかの為、受講できる環境整備を希望。
- ・ 昨年度まで認知症加算を取得していたが、今年度の改定により要件を満たさないことになり、取得できなくなった。研修修了者が何人も必要となることや、認知症の資格を持った看護師の配置など、要件が厳しすぎる。この加算を取得できる特養があるのだろうかと思ってしまう。
- ・ 要件にある研修の開催頻度が少なく、研修に必要な人数が参加できない。
- ・ リーダー研修など長期にわたるものにいかせる余裕がない。また研修受講させても退職や異動の可能性もあり今後も取得は難しいと考えている

(2) 算定基準の緩和が必要

- ・ "認知症自立度は加算を取得するために主治医意見書を取り寄せる作業を行っています
- ・ 介護保険証等に認定調査時の結果等が記載されていれば、行政と現場、双方の業務負担ができると思います"
- ・ 安くなってもいいから条件を緩めてほしい。

- ・ "基準をぎりぎりで満たしている場合、基準を下回ると取下げの手続きが必要となっている。"
- ・ 基準が満たす月とそうでない月があることが考えられるので、届け出はなく、下回る月は算定しないという処理でよいとして頂きたいです。"
- ・ "4月の改定前は取得していましたが、改定により、専門的な看護師の配置が必要という条件により、外れました。"
- ・ 意義は分かりますが、少し、厳しいと感じました。"
- ・ 加算要件が厳しく、認知症実践者研修・リーダー研修へ参加を希望しても人数制限（法人で1名など）があり加算要件をクリアすることができない状況。積極的に認知症ケアを実践したく、職員のスキルアップも望んでいる為、希望者は受講できるようなシステムにして頂きたい。また、加算単位数の増も希望します。
- ・ 当施設の定員数には、5名のリーダー研修修了者が必要で、やっとそろそろ思ったら退職して5名に至らない。
- ・ 現在1名資格を持っていますが、もう1名が研修中です。対象者はほぼ全員（90名）と思われそうですが、その場合、5人もいるということなのか。

(3) 専門職の配置が困難

- ・ 加算取得に必要な資格を取得した職員数の確保が課題である。
- ・ 職員の退職・異動等で安定しない。
- ・ 資格保持者の確保困難
- ・ 専門職職員の不存在
- ・ 職員の配置上の問題がある
- ・ リーダー研修を受講する前の認知症介護実践者研修も、受講申し込みしても落選することが多く、また受講申し込み人数が1人に制限があるため、資格、その条件を得ることができない。
- ・ 専門職の配置基準が高くなっており、雇用難しい。
- ・ 研修の受講が人員不足と費用面から思うように進んでいない。
- ・ 専門的な研修を修了した者がいない。
- ・ 資格を持った職員の退職や休業に左右される。
- ・ 専門資格者の確保が困難。

(4) 加算額が見合っていない

- ・ 加算額があまりに低すぎる。

(5) その他

- ・ 取組む余裕がない

27.褥瘡マネジメント加算（あり 35.4%、なし 64.6%）

(1) 基準緩和が必要

- ・ 対象者により I と II の算定を分けているが、II で算定した方について、算定後に褥瘡が発覚することがあるため、管理が難しいと感じることがある。
- ・ "褥瘡が発生するリスクがあると判断された入所者で、「食事」「入浴」「排泄」で何らかの介助を要する方は、褥瘡ケア計画を作成しないといけないので、
- ・ 特養は全ての入所者が対象となる。すべての方の計画を作成していくには、手間がかかりすぎるうえに加算単位が少ない。"
- ・ 3月に1回の計画書の見直しの負担が大きい。科学的介護推進体制加算と同様に6月に1回の計画見直しでも良いのではないかと思う。

(2) 加算取得の要件が不明瞭

- ・ 7月より褥瘡が生じていない方については上位加算を算定したが、どのタイミングで上位加算を算定するのかいまだに不明で不安である。
- ・ "今回の改正では国から計画書の参考様式が示されていますが、施設サービス計画に包括して作成する場合、どのような項目を載せるべきなのか悩む点も多いです
 - 施設サービス計画書に栄養、口腔、機能の他、褥瘡や排泄、自立支援に関する内容を一本化して作成した場合の参考となる計画書の事例があると助かります"
- ・ 現在、独自に作成して同意を得ていますが、それが正しいものなのか判断できず困っています
- ・ "褥瘡マネジメント加算IIについて改善の根拠となる「褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者」と判断する具体的な明示がされていない為、
- ・ 千葉県からの回答待ち状態で改善していても算定できていない状況です。
- ・ （例えば計画書ひな形にある「危険因子の評価」で「自分で行っていない」がいくつ以上が褥瘡発生リスクがあるとされた入所者に当たるなど。
- ・ 県の回答でははっきりしていないらしく困ってはいます。"
- ・ 研修があるのか分からない
- ・ "①褥瘡が発生してから治癒するまでの間、どのくらいの期間ごとに評価すればよいか（例：1週間ごと、など）、明確な記述が見当たらず、判断に困っている。
- ・ ②褥瘡が複数箇所（例：箇所A、箇所B）発生した場合、「褥瘡の状態の評価」は、「箇所A」「箇所B」どちらに対して記載すればよいのかわからない。
- ・ ③月に数回作成しても、前回の記録がプリントアウトした紙面上にしか残らず、過去データを活用するのに不便である。"

(3) LIFE 入力等の業務の負担が大きい

- ・ LIFE の導入手順方法・操作方法の説明が、不十分なので、詳しく説明会をして

頂きたいです。

- ・ 記録システム導入難、LIFE 入力難
- ・ 介護記録システムが LIFE に対応していないため、入力業務作業が膨大になる。
- ・ LIFE へデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他の LIFE 関連の加算も同様)
- ・ LIFE による加算取得についてはデータ入力にかかる情報収集や確認に時間を要する。時間外等で対応しないとできない。
- ・ LIFE への入力と提出。
- ・ 算定要件と LIFE 入力について、県、LIFE 問い合わせセンターへ質問をどちらにしたらいかが分からない。
- ・ L L I F E ソフトの導入ができておらず、対応できていない。

(4) 業務負担が大きい

- ・ 相応の対応はできても記録や計画書を作る余裕がない。
- ・ 全入居者への計画作成は不可能である。※届け出のみで算定せず
- ・ 算定準備を進めるも、取り組み体制が整わない
- ・ 定期的な評価とデータ提出が困難
- ・ 取組む余裕がない
- ・ 算定を開始したが、単位数に対して、コスト（3 ヶ月に 1 回の見直しや LIFE への登録作業等）がかなりかかると感じた。
- ・ 書式や条件の割には単価が低いため、取り組むにあたり現場のテンションに繋がらない節があります。
- ・ 日頃から対策を実施しており算定することとしましたが、記録などの作業量で負担が増えました。
- ・ これまで築いた介護の質を評価してもらえるとということでは、上位加算創設はよかったです。しかし、評価・計画作成など新たにマネジメント体制を作り直す必要があり、提出とフィードバックを何度か繰り返して完成させていくには時間がかかりすぎると感じます。
- ・ L I F E 連携のインターフェースや帳票について、既存の介護ソフトの実装に時間がかかっており、データの入力等で手間がかかっている。
- ・ PDCA サイクルは非常に大切ではあるが、LIFE 等の事務作業が多様化煩雑化しており、何度も同じことを繰り返す必要がある。LIFE システムもまだまだ実用性に乏しく感じ、各施設が導入している介護システムからのみの送信提出で良いのではないかと感じる。事務作業の手間ばかりであると考え。
- ・ 加算点数と算定に必要な事務負担が合わないため算定していない
- ・ 計画書が全員に必要であり、まだ未作成のため、未実施。
- ・ 加算要件は満たしているが、会議や計画、書類の整備など手が回らず、加算請求はしていない状態である。

- ・ 申請はしているが、加算請求はしていない。(事務負担が大きいため)
- ・ 以前は取得していたが、加算メリットより、記録等の業務に追われるデメリットが大きかったので今回は取得しなかった。
- ・ 3月に1回の計画書作成が負担となっている。評価方法が大まかな評価であり、この評価方法で3ヶ月の変化を見ることはできないと感じる。評価、計画書作成を6月に1回にしても良いと感じる。
- ・ 人員不足により、3カ月ごとの褥瘡ケア計画の作成ができない

(5) 費用対効果が低い

- ・ "書類の作成等にかかる時間と報酬額が釣り合わない。褥瘡予防のプランは作成しているが、3カ月おきに更新するのは業務の負担が大きくなるため、
- ・ 加算をとらずにいる。もう少し、業務の負担に見合った加算額にしてほしい。"
- ・ 現在の加算要件であれば、もう少し加算額の増加をご検討願えないでしょうか。
- ・ 取得のための業務を考えると費用対効果が見込めない
- ・ 加算額が少ない。
- ・ 今後算定予定だが、計画作成やモニタリングの業務量と加算額に釣り合っているか慎重に判断したい
- ・ 労力に加算額が見合わないと思う。
- ・ 加算取得しているが、取り組みに対して割に合わないと感じている。
- ・ 手間の割に単位数が低すぎる

(6) 算定予定

- ・ 今年中に算定予定
- ・ 今後取得予定
- ・ 10月より加算取得に向けて進めている。
- ・ 7月まで、経過措置のⅢで取得。8月実績分より、算定開始予定（Ⅰ・Ⅱ）
- ・ 褥瘡の計画書を作成している最中。整い次第加算取得につなげていく予定。
- ・ 令和3年8月より算定開始
- ・ 令和3年5月分から算定開始している

(7) 専門職の配置が困難

- ・ 看護師（正看護師）が不足のため取得できません。准看護師でも可能にしてほしい。
- ・ 看護師不足である
- ・ 人員(介護職)の確保が困難。

(8) 未算定

- ・ 現在、未算定。
- ・ 対象者が少なく、また取得単位数も小さいことから未取得。
- ・ 他施設の具体的な取り組みや業務負担を見極めてから検討する。

- ・ 現在は対象者がいないため算定していません。

(9) 体制の不整備

- ・ 「あり」で届出はしているが、7月にはまだ加算取得に必要な体制の整備ができていないため、加算は取得していない。
- ・ 加算の申請はしているが、今は実際は出来ない状態。
- ・ 加算届は、既に行っているが、準備が整っていないため未取得。しかし、今年度までマネジメント加算Ⅲを取得予定。
- ・ 届出はしていますが、間に合っておらず算定していません

(10) 費用負担が大きい

- ・ ICT化を進めているのは分かるがケアプランや栄養計画書等様々な書類に対して押印の省略が可能であるが、利用されている方の家族等まだまだICTに対応できない方が多くシステム整備にも多額の費用が必要である。
- ・ 加算取得に対しても設備投資費が非常に多額となるため難しいことが多い。

(11) 意見・要望

- ・ "取組をしていても入居者の中で一人でも褥瘡ができると単位数が減ります。高齢者は栄養状態（喉の通りが悪く食べたくても思うように食べれない方）から褥瘡ができてしまうこともあります。できたとしても一日も早く完治する対応こそが大切であるので、その様な取組がしっかりできていれば単位数を減らすことのないよう今後検討してもらえたら幸いです。"
- ・ "当初、LIFEの活用について加算の概要が出されてからの準備期間が非常に短く、また概要についてもみえない点が多いことから、LIFEの登録は済ませましたが、5月までの届出には状況に応じた対応が必要となると考え、今年度は「褥瘡マネジメントⅢ」を算定することとしました。しかし、年度の途中からLIFEの届け出期限について8月まで延長となり、対応方法の目途がつかないところから上位加算の算定をあきらめていたこともあり、残念であった。"

28.排せつ支援加算（あり 21.5%、なし 78.5%）

(1) 算定基準の緩和・明確化が必要

- ・ 限られた職員体制、かつ重度利用者が多い施設の中において、積極的な支援が困難である。
- ・ 相応の対応はできても記録や計画書を作る余裕がない。
- ・ 全入居者への計画作成は不可能である。※届け出のみで算定せず。
- ・ 算定準備を進めるも、取り組み体制が整わない
- ・ LIFEによる加算取得についてはデータ入力にかかる情報収集や確認に時間を要

する。時間外等で対応しないとできない。

- ・ 定期的な評価とデータ提出が困難
- ・ 結果のハードルが非常に高いように感じる。継続して支援していくような加算の算定要件にしてほしい
- ・ 取組む余裕がない
- ・ 排せつ支援に取り組んでいるが、重度の方が多く、改善傾向がみられる利用者が少ない。
- ・ 排泄状態の改善は特養では現実的でない気がします
- ・ 入居者の重度化により排せつの改善が難しい
- ・ 利用者が介護度4・5が中心のため、向上させるのは現状は難しい
- ・ 改定前は算定していたが、改善後は単位数が下がったので算定していない。結果が出ないと加算をとるメリットがないが、正直、特養に入所される方で、改善の余地がある方は多くない。算定するための手間と単位数を考えると手を出しづらい。

(2) LIFE への入力作業等の負担が大きい

- ・ 医師連携難、記録システム導入難、LIFE 入力難
- ・ 介護記録システムがLIFEに対応していないため、入力業務作業が膨大になる。
- ・ LIFE への入力と提出。
- ・ 届出はしているが、LIFE 利用について職員周知中であり算定していない。
- ・ 算定要件とLIFE入力について、県、LIFE 問い合わせセンターへ質問をどちらにしたらよいか分からない。
- ・ LIFE への情報提出においては、日常のケア記録とは別個のLIFEのための新たなデータ入力となっており、日常の介助記録などをもとにケア内容の情報収集・評価をする方法がないものでしょうか。
- ・ L I F E ソフトの導入ができておらず、対応できていない。

(3) 費用対効果が低い

- ・ 取得のための業務を考えると費用対効果が見込めない
- ・ 加算額が少ない。
- ・ 算定を開始したが、単位数に対して、コスト（3 ヶ月に1回の見直しやLIFEへの登録作業等）がかなりかかると感じた。

(4) 算定予定

- ・ 今年中に算定予定
- ・ 今後取得予定
- ・ 10月より加算取得に向けて進めている。

(5) 未算定

- ・ 現在、未算定。

(6) 必要な人材の確保が困難

- ・ 正看護師の配置が必要との事なので諦めている。
- ・ 人員不足により、支援計画の作成ができない
- ・ 人員(介護職)の確保が困難。

(7) 業務負担が大きすぎる。

- ・ 医師との連携した計画書の作成が難しいこと。3月に1回の計画の見直しは負担が大きい。
- ・ 算定要件をクリアできるかの現場確認に時間がかかっている。
- ・ 今後、取得していかななくてはならないと考えているが、現場職員の負担増加を考えると少し加算取得を悩んでしまう。
- ・ 記録に要する時間と単価が見合わない
- ・ 他施設の具体的な取り組みや業務負担を見極めてから検討する。
- ・ 加算点数と算定に必要な事務負担が合わないため算定していない
- ・ 加算要件は満たしているが、会議や計画、書類の整備など手が回らず、加算請求はしていない状態である。
- ・ 申請はしているが、加算請求はしていない。(事務負担が大きいため)

(8) 体制の不整備

- ・ 組織体制が整備されていない。
- ・ 届出はしていますが、間に合っておらず算定はしていません
- ・ 県への申請は県への申請はしましたが、介護ソフトの導入(変更)・ライフとの関係で今後実施予定。支援計画書の作成ができていない。

(9) 意見

- ・ "今回の改正では国から計画書の参考様式が示されていますが、施設サービス計画に包括して作成する場合、どのような項目を載せるべきなのか悩む点も多いです
施設サービス計画書に栄養、口腔、機能の他、褥瘡や排泄、自立支援に関する内容を一本化して作成した場合の参考となる計画書の事例があると助かります"
- ・ 現在、独自に作成して同意を得ていますが、それが正しいものなのか判断できず困っています
- ・ 計画の作り方、どのような支援の方法があるのか、研修があるのか分からない
- ・ これまで築いた介護の質を評価してもらえるとということでは、上位加算創設はよかったです。
- ・ 加算算定上の評価については、もう少し例をあげて説明して頂きたい。一生懸命頑張っている施設と、算定内容の捉え方の齟齬により、算定出来ている施設があると思います。

29.自立支援促進加算（あり 12.3%、なし 87.7%）

(1) 基準の緩和及び算定要件の明確化が必要である。

- ・ 魅力的な加算であるが、対象者が限られること、医師の書類作成料、書類作成補助の手間が生じるため、見合わせている。
- ・ 理想のケアとしての位置づけは良いが、「多床室でのポータブル使用を控えること」「特別浴槽を使わないマンツーマンケア」、「医学的な評価」など、算定のハードルが高い。
- ・ "日常生活継続支援加算の算定により重度化が顕著であり、自立支援計画にいたる利用者は現実的には少ない。
- ・ より、自立支援を促進するのであれば、日常生活支援加算の算定要件緩和の再考を。"
- ・ 入居者のADL状況、嘱託医への新たな時間確保等取得にはハードルが高すぎる。
- ・ "当施設の入所者は要介護5及び4がほとんどで、食事・排せつ・入浴について全介助又は一部介助が必要です。
- ・ よって支援計画の項目に基づいての計画が立てられないので、加算は現在のところとってません。"
- ・ 非常に重要な加算項目であると認識しているが、入所要件が原則要介護度3以上となってから敷地内に病院もあることから看取り期の方が多く入所されている現状で、医師より入所者全員の医学的評価が必要にもかかわらず算定対象が数名しかいない。「医師が入所者全員を医学的評価」を「医師が対象者を医学的評価」であれば算定しやすい。
- ・ 有意義な加算だが、多忙な配置医師へ加算要件の内容を交渉することが困難。
- ・ 全入所者に対する定期的な医学的評価や支援計画の見直しが難しい。排泄、入浴における考え方の実現がハードルが高くイメージできない。
- ・ 入浴時、個浴槽に入るなどの要件があるが、全利用者に対し、個浴槽を提供するのが難しいが、どのようにすればよいか。
- ・ "支援計画の作成、その支援計画に基づく自立支援の促進（実行）に関しての留意事項が現状とかけ離れているのではないか。
- ・ 例えば、一般浴槽での入浴が原則求められているが、特養のご入居者は要介護3以上で心身に障害をもって入所されているため、一般浴槽をまたいで入浴できる方はほとんどいない。要件が厳し過ぎる。"
- ・ 定期的な医学的評価を医師に依頼することが難しい。
- ・ 医師による医学的評価を定期的に依頼することが難しい。
- ・ 特別養護老人ホームだと自立に向けた支援は難しいと感じてしまう。
- ・ ハードルが高い
- ・ 算定内容は理解できるが、実践と評価、PDCAサイクルについては全国の算定

している施設でバラツキがあるのでは？

- ・ 利用者が介護度4・5が中心のため、向上させるのは現状は難しい
- ・ "今回の改正では国から計画書の参考様式が示されていますが、施設サービス計画に包括して作成する場合、
- ・ どのような項目を載せるべきなのか悩む点も多いです 施設サービス計画書に栄養、口腔、機能の他、褥瘡や排泄、自立支援に関する内容を一本化して作成した場合の参考となる計画書の事例があると助かります"
- ・ 現在、独自に作成して同意を得ていますが、それが正しいものなのか判断できず困っています
- ・ 計画内容の詳細が分かりにくい。
- ・ "自立支援の促進の対応が必要である、の定義がよくわからないため、加算の取得をしていない。
- ・ 明確な定義は難しいと思うが、ある程度の例示をしていただくとありがたい。"
- ・ プランの立て方、身体的重度のご利用者に対する、尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画の立て方について。

(2) LIFE への入力作業等の負担が大きい

- ・ LIFE のフィードバックがないため、ケア連携が難しい
- ・ 介護記録システムがLIFEに対応していないため、入力業務作業が膨大になる。
- ・ LIFEへデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他のLIFE関連の加算も同様)
- ・ 算定要件とLIFE入力について、県、LIFE問い合わせセンターへ質問をどちらにしたらよいか分からない。
- ・ LIFEソフトの導入ができておらず、対応できていない。

(3) 体制の不整備

- ・ 「あり」で届出はしているが、7月にはまだ加算取得に必要な体制の整備ができていないため、加算は取得していない。
- ・ 全入居者への計画作成は不可能である。※届け出のみで算定せず。
- ・ 特養は介護3以上の受け入れとなり、介護の手間が増えている中、計画書等の時間など書類作成に時間が取られる。
- ・ 加算取得にはもっと算定要件を明確に分かりやすくしてほしい。何回も確認したりいろいろな資料を読み込むにも時間がかかる。
- ・ 取組む余裕がない
- ・ ケアプランがあるのに更に計画を求められてこの加算を取るのが難しい。
- ・ 嘱託医との調整に時間がかかる。
- ・ 届出はしているが、実施しなければならない項目が多岐に渡り、算定に至っていない。

- ・ 「あり」としているが、まだ算定していない。
- ・ 届出はしていますが、間に合っておらず算定はしていません

(4) 費用対効果が低い

- ・ "医師による6ヶ月に1回の医学的評価は嘱託医の嘱託報酬に含めるには現実的ではない。適正な額の支払いをすると赤字になる。
- ・ また、文書作成に時間がかかるため忙しい医師には現実的ではない。"
- ・ 人で不足の中、労力に見合わない。
- ・ 申請はしているが、加算請求はしていない。(事務負担が大きいため)

(5) 医師との協力体制の確立が困難

- ・ 医師による参入が難しい
- ・ 医師との協力体制は必要だと思うが、なかなか医師に協力を求めるものに関しての加算は、医師の業務を考えると取りにくい点もある。
- ・ 医師の多忙さから、そこまでの協力を求めることは難しい。
- ・ 医師や専門職の確保が困難。財政的に無理。
- ・ 嘱託医の協力が得るのは難しく、かなりハードルが高い。全般的に医療と介護の連携といっても医療側の意向に左右される面が大きい。

(6) 算定予定

- ・ 今後取得見込み
- ・ 今後取りたいと思っています。

(7) 意見・要望

- ・ "自立支援促進加算の取得要件に、特浴での入浴の禁止があるが、機械浴を使用しているご利用者が多数いる状況です。

この加算を取得している施設の割合や取り組み事例が知りたいと思っています。"

- ・ ぜひ研修会を開催してほしい。

30.科学的介護推進体制加算（あり49.5%、なし50.5%）

(1) 算定基準の緩和・要件の明確化が必要

- ・ "日常生活自立度については評価者が判断するものとなっていますが、認知症ケア加算等の日常生活自立度は主治医意見書から確認することとなっています。主治医意見書から確認する場合は情報が古い場合もあり、本来は評価者の判断とすべきと良いと思います。"

(2) LIFE への入力業務をはじめとする関連業務に係る業務負担の増大

- ・ 8月から取得予定ですが、基本情報の入力（病名や薬の情報など）に時間を割いております。現場職員の負担が増していることが、適正に報酬に反映されることを望みます。
- ・ 入力項目が多すぎる

- ・ 入力実務が膨大である。システム更新が制度変更においついていない。
- ・ "LIFE への情報入力の手間が職員の業務負担となっている。
(CSV 出力での提出を行っているが現状ではそれでも手入力と同等の手間がかかる) "
- ・ どの部署がどの部分を担当していくか検討が必要。業務の中に組み込まれ体制が整えば算定を開始したい。
- ・ 未だに入力方法等もよくわからず、登録段階で負担が大きく、まだ算定するに至っていない。
- ・ 不慣れにて、運用面に非常な労力を要する。
- ・ "多職種がそろっている施設、事業所は入力が可能であるが、介護、看護しかいない施設、事業所は栄養等の専門的な部分のデータがとりにくい"
- ・ 職員が不足し、日々のシフトを組むのに精いっぱいの中、LIFE に係る職員まで確保ができない。
- ・ 項目が多く入力作業に時間を要す
- ・ LIFE の入力に、加算ごとの項目に重複している内容があり、連動すれば作業が効率よく行えると感じます。
- ・ 事務作業量が増えて負担が重いです。
- ・ 入力が大変
- ・ データ入力に大いに時間を要する
- ・ 日常ケアの中でデータとして登録（記録）しなくてはいけない項目の意識付けがまだ進んでおらず、今後の課題。また、そもそもデータ入力に慣れていない。
- ・ 全利用者様の入力対応に時間を要す
- ・ LIFE への入力等ができ次第加算算定を検討しているが、入力できる職員がいないため困っている。
- ・ 入力作業における業務負担の増大
- ・ 今年度中に加算取得を検討しているが、まだ入力作業などが追い付いていない状況。
- ・ L I F E 連携のインターフェースや帳票について、既存の介護ソフトの実装に時間がかかっている。病歴などは I C D 10（国際疾病分類）で入力しなければならぬため登録に手間がかかる。また、既往歴などの発症日が分からない人の登録などはどの様にしたら良いのか分からないことがある。
- ・ 今まで、紙媒体で残していたもの（葉状など）をパソコンに打ち直す手間がかかりすぎて開始できません。
- ・ 事務作業が増大し、入力作業量が増えた。
- ・ PDCA サイクルは非常に大切ではあるが、LIFE 等の事務作業が多様化煩雑化しており、何度も同じことを繰り返す必要がある。LIFE システムもまだまだ

実用性に乏しく感じ、各施設が導入している介護システムからのみの送信提出で良いのではないかと考える。

- ・ 全員分の情報を提出しなくてはならないので、たとえ一気通貫ソフトを使っても、入力に時間がかかる。たしか分科会で書類作成の負担を減らすという議論があったはずだが、まったくそうになっていない。
- ・ いまだデータ入力が進んでいないため、準備段階から進んでいない。
- ・ 入力に慣れるまでは当面、四苦八苦すると思っている。
- ・ 「栄養補給法」について経管栄養の利用者の情報を打ち込む際、「嚥下調整食品の必要性」で「なし」を選択すると「食事の形態」が自動的に常食となってしまう。「誤嚥性肺炎の発症・既往」について「既往歴情報」で記載しても反映されない。他の加算と重複している内容が多いが連動していないため転記に時間がかかる。
- ・ システムの問題が多すぎてトラブルが多い
- ・ 記録システム導入難、LIFE 入力難
- ・ 不明点に対しての回答がありません。
- ・ 一応算定しているが、正しく実施できているの自信がない。(ライフ関係)
- ・ データ入力の簡素化が図れると良い。
- ・ 介護記録システムが LIFE に対応していないため、入力業務作業が膨大になる。
- ・ 情報の入力に係るマンパワーが不足
- ・ LIFE の導入について把握していない部分が多く手探りの状況
- ・ 県へ加算の申請はしているが、使用中の介護ソフトと L i f e の連携ができず、国保連への算定ができていない状況で困っている。
- ・ "LIFE の使い勝手があまりに悪く、データ入力の手間が大きい。使用しているソフト側の問題もあるが。十分な準備期間がなく始まってしまい、ソフトの整備がおいついていない。
そもそも国のインターフェイス情報の発信が遅れたことに原因があるわけだから、猶予期間をもう少し長くみて欲しい。少なくとも大手の介護ソフトの整備が整うまで。
現状では、その遅れを事業所が手作業で入力することでカバーしている。"
- ・ ライフへの入力方法の周知
- ・ "LIFE へデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。
(他の LIFE 関連の加算も同様) "
- ・ ライフの導入がうまくできず、まだ算定はしてありません。
- ・ LIFE 関連の加算については、取組中
- ・ LIFE へ出力予定のデータの入力終了しておらず算定できていません。
- ・ 入力が進まない

- ・ データ入力に時間がかかる。データ送信方法が難しい
- ・ LIFE に打ち込む内容が多すぎる。(医療コード等)
- ・ "今後算定する予定で現在準備中だが、なかなか LIFE が手を付けられないでいる。登録や入力に不慣れなせいもあってか、手間が掛かる為、進まない。またチームでうまく分担する必要があるが、うまく稼働できていない。今後の課題。"
- ・ データ入力が終わっておらず算定できていません。
- ・ "LIFE 関係のものはシステム自体扱いにくくスムーズに使えないなどのトラブルが多すぎる。
もっと時間をかけて導入してほしかった。算定しているが不安が大きい。"
- ・ "LIFE にデータを登録しているが、実際これでいいのかダメなのかその辺の解釈に不安が残る。よく確認して入力しているが何かの手違いでデータに不備が出た場合に、
加算の算定要件に該当しないなどあった場合、どうなるのか不安が残る。"
- ・ LIFE への入力、提出
- ・ サービス開始時、サービス中止時、少なくとも 6 月に 1 回の評価とあるが、入力ミス、入力漏れを防ぐ為にも LIFE 上で、データ送信の必要がある利用者については表示の色を変えるなどの対応をしてもらえれば、入力後の確認作業の効率が上がる。
- ・ LIFE の操作、入力情報量など煩雑過ぎる。事業所によって使用介護ソフトも違い、様式や語句(病名)など統一されていない。
- ・ 情報提供による行政側からのフィードバックの際、分かり易く現場のケアの向上に役立てやすい内容のものを期待します。
- ・ LIFE の操作の説明が解りにくいので、もっと簡単にしてほしいです。
- ・ LIFE ソフトの導入ができておらず、対応できていない。
- ・ LIFE : 加算要件の項目が分かりずらく、システムも対応が 100%でないため、算定が出来ない。
- ・ LIFE 入力マニュアルの各項目に対する内容が少なくわからない
- ・ LIFE がわかりにくく使いづらい
- ・ 科学的根拠に基づいた介護は必要と感じており、今後加算取得も視野に介護の在り方について検討していかねばならないと感じているが、どのように取り組んでいけばいいのかわからない。具体的な取り組み方、LIFE の活用例等教えて頂きたい。
- ・ LIFE への登録、入力は行い、加算は取得しているが、実際どこまで LIFE が運用できるのかよく分からない。
- ・ こちらのニュアンスで入力した内容がエラーになることも多々ある。エラーを回避したあと、内容を見直すと元の内容とは似ても似つかぬようになっている

と担当職員より声が上がっている。

(3) 算定要件が不明確

- ・ 加算算定にあたっての詳細決定が遅く、資料により曖昧である。介護ソフトの対応も間に合っておらず、準備期間も無かった。サポートセンター含む、環境が整っていない中での加算開始に疑問がある。
- ・ BIの提出については、通常、BIを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、①BIに係る研修を受け、②BIへの読み替え規則を理解し、③読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確なBIを別途評価する、等の対応を行い提出することが必要である。とあるが、県の担当者より、ADL維持加算に準じて、BIによる評価を行う職員を、外部・内部の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から指導を受ける研修に定期的に参加させ、その参加履歴を管理することなどによりBIの測定について、適切な質の管理を図る必要がある。加えて、これまでのBIによる評価を実施したことがない職員が、はじめて評価を行う場合は、理学療法士等の同席の下で実施する等の対応を行わなければならない。と言われております。
- ・ いまいち体制届など、詳細がよく理解できていない
- ・ サービス種類ごとに基準をもう少し明確に分かりやすくしてほしい。
- ・ 2回目以降の提出基準が曖昧。きちんと例をあげて説明して頂きたい。

(4) 体制の未整備

- ・ 環境が整っていない。
- ・ 体制が整い次第算定予定
- ・ 導入予定ですが、準備が出来ておらず保留中です。
- ・ 加算届は、既に行っているが、準備が整っていないため未取得
- ・ 組織体制が整備されていない。
- ・ 届出はしていますが、間に合っておらず算定はしていません
- ・ パソコンが苦手な人や理解するのが難しい人など全員で取り組むのに困難がありそう
- ・ 準備ができていない。算定する予定。
- ・ 算定するための体制が整っていない。
- ・ 加算取得や体制確保等の理解や研修検討がまだ必要

(5) 算定予定

- ・ Lifeにてデータ提供できるようになったら加算予定
- ・ 現在準備中で実際に算定はしていません。
- ・ LIFE登録準備中です。
- ・ 10月から算定予定
- ・ 9月に体制届提出予定。

- ・ 今年中に算定予定
- ・ 今後取得予定
- ・ 科学的介護推進体制加算取得に向けて進めているところである。
- ・ 下半期より算定予定。
- ・ 今後算定予定
- ・ 今後算定に向けて整備中。
- ・ 有として届出は行ったが、実際に加算取得をするのは、8月からとなった。
- ・ 今後、算定予定
- ・ 2021年度下半期より算定予定
- ・ 今後取得見込み
- ・ 令和3年8月より算定開始
- ・ 今後算定予定あり。
- ・ 令和3年6月分から算定開始している
- ・ 整備に時間を要し、令和3年9月から加算取得予定。
- ・ 今後、取得予定
- ・ これから体制を取り取得予定

(6) 導入費用の確保が困難

- ・ ICT化を進めているのは分かるがケアプランや栄養計画書等様々な書類に対して押印の省略が可能であるが、利用されている方の家族等まだまだICTに対応できない方が多くシステム整備にも多額の費用が必要である。
- ・ 加算取得に対しても設備投資費が非常に多額となるため難しいことが多い。

(7) フィードバックの取得と活用が困難

- ・ 4月より算定はしているが厚労省からのフィードバックの内容をどう活かしていけばよいか理解できない。
- ・ "始まったばかりでどのようにフィードバックを生かしてよいか分からない。自施設との比較についてもそのデータ算出に手間がかかりそれどころではないためできていない。
- ・ また実地指導で何を確認されるのかなど不安あり。"
- ・ "LIFE 関係全般に言えることだが、8月時点でフィードバックが暫定版として全国の総数や平均値しか出ていない為、LIFE への送信業務が増えただけとしか感じられない。
- ・ フィードバックを活用しやすい形(利用者個別のデータ推移など)を早期に出していただきたい。"
- ・ データの活用、フィードバックについて、例などを基に明確に示してほしい。
- ・ 情報提供した上でのフィードバックの情報がどこまで活用できるかが課題。
- ・ フィードバックの活用が課題
- ・ LIFEを送ってもフィードバックがないため、どのように改善したらよいか判断

できない。

(8) LIFE に対応したソフトの環境整備が困難

- ・ "請求予定。但し、請求システムが、一部、外部インターフェイス画面からの入力となっている。ソフト作成会社に確認したところ、システムがバージョンアップした場合、
- ・ 外部インターフェイスに入力した情報をそのまま移行して使用することはできないと説明がされており、手間がかかるため、現在、システムの改善待ち。"
- ・ 介護ソフトとの相性が悪く既往歴のデータ整備ができないため現状は加算請求はしていない。
- ・ 介護ソフトと連動されていない。
- ・ 既存ソフトから LIFE へのデータ移行が上手くいかず、LIFE に直接入力してるので作業が二度手間となっている。
- ・ 介護記録支援ソフトを使いこなせておらず、申請できない

(9) 未算定

- ・ 現在、未算定。
- ・ 現在、未算定。
- ・ 届出はしているが、LIFE 利用について職員周知中であり算定していない。
- ・ 将来的に算定したいがまだ詳しく理解していない。

(10) 準備中

- ・ LIFE 登録に向けて整備中
- ・ 要件や運用の仕方を確認し、現在加算取得に向け準備中

(11) 人材の確保が困難

- ・ 機能訓練指導員が基準に達しておらず、機能訓練加算の取得が不可能

(12) 業務負担が増え、加算額が見合っていない。

- ・ 業務量増大のわりに加算額が低い。このシステムがどのように介護の向上に役立つのか、まだ見えてこない。
- ・ とても入力に手間がかかるが、取得できる加算の単位数が低い。
- ・ 記録に対する時間と、単価が見合わない。益々職員が不足する
- ・ 請求システムでの入力が煩雑で、LIFE に提出ができるようになるまで非常に時間がかかるため、業務量が加算単位数に見合わない業務量が増えた。また、業務量が増えたためにシステムの追加契約も必要となってしまう、出費も増えてしまった。
- ・ 事務処理などの仕事量に対して、加算が見合わない。
- ・ 単位が低すぎる

(13) 意見・要望

- ・ 加算取得に当たっての情報提供が頂けたら助かります。
- ・ 他の加算取得では主治医意見書の判定を優先し、科学的介護加算では評価者の

判定となれば、1人の利用者に対して2つの判定が存在することとなり、システム上の対応が難しいだけでなく、LIFEのフィードバックにも矛盾があるのでないでしょうか？

- ・ "褥瘡マネジメント加算同様、現在の人員配置・体制で取得可能ではあったが、5月の請求までに対応ができるのか不安であったことから、当初算定をあきらめていたものの、
年度途中で8月まで延期となり、当初からそのように想定していただければ算定するよう動いていたのに、残念でした。"
- ・ "フィードバックでは数字が並んでおり、自分の事業所だけに対する数字ではない為活用できない。
どのように活用していけば良いのか分かりにくい。"
- ・ "4月より情報提供し加算算定しているが、LIFEシステムの操作マニュアルが膨大で隅々まで読んで理解しないとうまく入力できず、操作する職員にはとても分かりづらい。
要点を抑えたマニュアルが欲しい。また、管理者と操作員でログインが違い、入力できる項目がそれぞれ違うため、手間がかかる。操作方法確認のため、厚労省及びシステム管理しているが事業者への連絡が取れない。特に厚労省は、音声ダイヤルにしたがい、待機している最中に電話が切られる状態が何度も続いた。
毎月10日前は対応職員を増やすなど対策をしてほしい。"
- ・ フィードバックが、ケアプラン等の参考になるようなものではない感じがします。
- ・ "総論のADL評価について、Barthel Index (BI) のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において
一定の読み替え精度について検証されているICFステージングから読み替えたものを提出してもよいか。"
- ・ データ提出時期の管理をどのようにすればよいか、提出忘れ等がないか不安。
- ・ 現在、提出している情報をどう活用していくのか。何が科学的介護なのかが不明。
- ・ 算定要件とLIFE入力について、県、LIFE問い合わせセンターへ質問をどちらにしたらよいか分からない。
- ・ 栄養マネジメント強化加算同様
- ・ 半年後、1年後の対応について具体的な展開を知りたい。

31.安全対策体制（あり 69.3%、なし 30.7%）

(1) 算定予定

- ・ 研修未受講、老施協からの案内を待っている状況です。
- ・ 条件が整い次第取得予定。
- ・ 7月現在は取得していませんが、研修を受講させていただきましたので、算定予定です。
- ・ 全老施協の研修動画は分かりやすく、ありがたかったです。
- ・ 7月に WEB 研修で講習受講
- ・ 研修受講済みにて、10月より算定予定。
- ・ 全国老施協「介護施設における安全対策担当者養成研修」による研修受講中
- ・ 現時点では届け出をしていないが、下期に届け出予定。
- ・ 研修受講した。
- ・ R3.9.30 までに対応予定
- ・ 受講は先日終わったので体制を整えていくところ
- ・ まだ実際に算定実績はないが、ここで担当者の研修受講も済んだ為、今後は算定していく。
- ・ R3, 10より取得予定
- ・ 今後算定予定
- ・ 7月に研修を受講し職員を配置した。10月より加算取得に向けて進めている。
- ・ 現在担当職員が研修を履修中。取得後から加算算定を予定。
- ・ 全国老施協の実施する『介護施設における安全対策担当者養成研修』を終了したため、今後、加算の取得を行う予定。
- ・ 2021年度下半期より算定予定
- ・ 令和3年9月から加算取得予定。
- ・ 8/14 安全対策担当者養成研修終了

(2) 未算定

- ・ 研修に参加できている職員不在（研修もコロナウィルス感染者数増加で延期）の為、未算定の状況。
- ・ 現在、未算定。

(3) 加算額が見合っていない

- ・ 1回限りの20単位。100人入所しても2万円ほどにしかならず、意味なし。
- ・ 加算額が少ない。
- ・ 既存職員の業務量増大ある割に加算が低い
- ・ 入所時に一度だけ算定される加算に対して、20単位は少ないと感じる。
- ・ 9月1日から取得申請をしますが、入所初日に限り20単位とは別に無くても良いぐらいの加算と感じます。

(4) 検討に要する時間的・人的余裕がない

- ・ 職員不足の中、安全対策担当者を含めた十分な議論等が行える時間に限りがある。
- ・ 担当者をさらに増やしていく事が課題と思われる。

(5) 質問・意見

- ・ 外部研修に関して、オンライン開催など受講しやすい状況であるが、主催される団体によって研修内容が異なる為、困惑している。
- ・ "加算の要件にある安全管理対策部門とは、現行の事故対策委員会（当園名称）とは別に設置するものなのか。
また安全管理体制未実施減算の要件にある担当者とは別に担当者を配置するものなのか。"
- ・ なぜ入所時のみの加算なのか。
- ・ 担当者には研修の修了証とは別に任命の書類が必要なのか。
- ・ 「部門とは具体的にどういったものを言うのか」等、保険者に確認することが多く、条件が揃っていても算定に時間がかかる
- ・ 安全管理対策担当者を配置しているが、職員の異動や退職などにより、一時的に担当者が不在となった場合に減算対象となるのか。
- ・ 算定要件と LIFE 入力について、県、LIFE 問い合わせセンターへ質問をどちらにしたらよいか分からない。
- ・ 担当者の研修が義務付けられているが、同一担当者が複数年担当する場合に毎年研修を受ける必要があるのかが不明である。
- ・ 安全対策委員の選任をし、研修も受けてもらいました。毎月検討会等を行っています。9月末までに加算の申請をすれば良いのでしょうか。
- ・ 取り組みは実施しているが、新型コロナウイルス感染症流行に伴い、研修は動画が主となっている。また、委員会も感染対策を踏まえた上で、少人数で短時間の開催となっている。クラスターが多数発生し、状況によっては職員が自宅待機の対象となる場合があり、人員不足もある。どのように進めるべきか悩んでいる。
- ・ サービス種類ごとに基準をもう少し明確に分かりやすくしてほしい。
- ・ "県の研修を受けた際、加算要件の一つとして施設内に事故防止委員会ではなく、安全管理部門を設置して組織的に安全対策を実施する体制が整備されていなければならないという説明を受けたが、やはり事故防止委員会で担保できないものか。できないなら、安全管理部門の設置について具体的に情報がほしい。"

32.サービス提供体制強化加算（加算Ⅰ8.4%、加算Ⅱ7.2%、加算Ⅲ8.3%、なし76.1%）

(1) 加算要件の緩和が必要

- ・ 介護福祉士資格保持者どころか無資格者でもマンパワーを充足するのが難しい状況で非現実的な加算になりつつあるように感じる。
- ・ 加算要件が厳しくなっているので、介護福祉士の数の割合を検討してほしい
- ・ 加算Ⅰの条件はハードルが高すぎて、算定困難。
- ・ 加算Ⅰの算定条件（介護福祉士割合、勤続年数10年以上等）が厳しすぎる。
- ・ 介護福祉士80%は厳しすぎると思います。年々介護福祉士を取得する人が減っているという話も聞くので、この加算の事を考えると、ますます人材の確保が難しいです。また、要件にあるサービスの質の向上の取り組みというのが曖昧過ぎて具体的に何をすればいいのかわからない。
- ・ 昨年末より日常生活継続加算の代わりに、なんとかサービス提供体制強化加算を取得しているが、介護職員の確保が難しく今後取得できなくなると思われる。
- ・ 加算Ⅰの要件：居室でのポータブルトイレ使用しないとの要件が厳しすぎる

(2) 日常生活支援加算を算定している

- ・ 日常生活支援加算を算定。
- ・ 日常生活継続支援加算取得のため算定不可
- ・ 日常生活総合支援加算を算定している
- ・ 日常生活継続加算を算定のため
- ・ 日常生活継続支援加算を取得のため、算定条件を満たしているが、算定していない
- ・ 日常生活支援継続加算を算定していることから算定していない。体制上は加算Ⅰ相当である。
- ・ 日常生活継続支援加算取得につき取っていない。
- ・ 日常生活継続支援加算算定中
- ・ 日常生活継続支援加算該当のため。
- ・ 日常生活継続支援加算取得しているため算定できない
- ・ 日常生活継続体制加算取得の為、二重で加算できない。
- ・ 日常生活継続支援加算算定のため

(3) 空床・ショートで算定

- ・ 空床のみ
- ・ 短期生活介護のみ
- ・ ショートステイのみ
- ・ 併設ショートのみ算定

(4) 専門職の配置が困難

- ・ 職員総数に対する介護福祉士の割合がギリギリである。

- ・ 新規入職・退職や異動等で勤続年数も総数に対しての割合がギリギリである。

(5) 意見・質問

- ・ 一部ユニット型加算なので、サビ提供体制強化加算と日常生活継続支援加算と使い分けている
- ・ 施設での基準に示されている人員の確保が困難である。できればパーセンテージを下げてほしい。
- ・ 本加算と日常生活継続体制加算とが同時に取れない理由は何なのでしょう。
- ・ 日常生活継続支援加算が算定できない場合に算定いたします。

33.介護職員処遇改善加算

(加算Ⅰ91.7%、加算Ⅱ5.6%、加算Ⅲ1.7%、加算Ⅳ0.1%、加算Ⅴ0.2%、なし0.7%)

(1) 介護職員とその他の職員の賃金に不平等感が生じている。

- ・ "法人内で賃金調整は行っているものの、介護業務の補助を担うことがある介護支援専門員や生活相談員など介護職以外のその他の職員との賃金差が生じている。"
- ・ 介護職員だけ改善する仕組みをいつまで続けるのか疑問です。その他の職種との逆転現象を十分に調査いただき、ご審議いただきたい。
- ・ 介護職員以外との給与バランス
- ・ 他職種連携で成り立つ事業である為、介護職員処遇改善加算においても職種に問わず支給できるようにしてほしい。
- ・ 配分職種枠を拡げてほしい。
- ・ "加算の対象になる介護職員と他職種（ケアマネ・相談員など）との賃金の格差が顕著に表れ、
- ・ 職種変更や長期的な介護業界の人材定着の妨げになっている。"
- ・ 介護職員にのみ支給されるため、その他の職員への説明や同意が難しいと感じる。
- ・ 介護職員のみ配布されるため、職位域での収入に問題が生じている。
- ・ 介護職以外への配布も検討して頂きたい。
- ・ 介護職員だけでは施設は成り立たないため全職員に支給できる仕組みにしてほしい。

(2) 必要書類等の簡素化

- ・ 今年度からの書式変更などに伴い、計画段階での基準額の求め方等、教えて頂ければ幸いです。
- ・ 今年度からの実績フォーマットの計算入力複雑でわかりにくい。担当兼職員も理解していなかった。
- ・ 説明が出来る文書提出で確認してもらおう。

- ・ 実績報告書の作成が煩雑すぎる。本体報酬に含めて使用用途を弾力化してほしい。
- ・ 毎年、計画書と実績報告書の作成と提出が大変。もっと簡単な方法はないのかと思う。
- ・ 計画書や報告書などの事務が煩雑
- ・ 度々加算取得内容や様式の変更があり、複雑で事務量が多く負担が大きい。
- ・ "介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算を取得していますが、職員への支給や実績報告など管理がとても大変です。
- ・ 両加算について簡単な方法を考えてほしい。"
- ・ "職員処遇改善加算については、介護職員の待遇改善には貢献していると思われませんが届出・報告が総合事業を含め各担当機関（県・市町）に分かれており書類が煩雑になりがちで解釈が難しいことも見られる。可能であれば交付金の時のように提出報告先を一本化して頂けると助かります。
また看護職員や事務職員等も介護のサポートをすることが多々見られるが配置基準の問題もあり処遇改善の対象になりにくいのでその点を緩和して頂けるとありがたいと思います。"
- ・ 人手不足の中、実施すべき研修や内容が多い。提出書類の簡略化になっていない。
- ・ 事務処理が煩雑
- ・ "あまりにも決まりが多く、計算が複雑過ぎて時間が掛かる。もっと簡単にしてほしい。
令和2年度からの様式が特定処遇改善加算と統一されたことでさらに分かりにくくなった。
職員配置はいろいろなケースが出てくる。その際の計算方法を詳細に示してほしい。"
- ・ 計画書、報告書の作成が複雑。
- ・ 介護職員以外からの不満も多く施設の裁量で対策できるようにして欲しい
- ・ 計画・報告に係る事務作業の簡素化。看護職員、他職員も対象とした手当(人材難)にしてほしい。
- ・ 毎年、感じますが特定も含めて、もっとシンプルで簡単な方式にできないものかと思います。精一杯、職員に支給していますが実績報告のたびに事務方は苦労します。
- ・ 計画書、実績報告書の作成が煩雑（特に報告書）で、時間を要する。何とかしてもらいたい。
- ・ 計算が複雑であり、毎年報告様式も変わるので業務が増えている。
- ・ 実績報告が余計に手間がかかっている。基本報酬に組み込むべきである。特に

今回の様式変更は意味がないと思われる。

(3) 意見・質問

- ・ "介護職員処遇改善加算の様式が毎年変わり事務量の軽減に全くなっております。外部の社労士のフォローで対応ということではなく、元々本報酬であったように大元からの見直しをしていただきたい。そして、入退職の激しい介護で前年度賃金との比較による配分割合はさらに困惑させられます。慰労金のように人数を申請し、受取書に署名していただく形や給与としなければならぬのなら加算分だけを支給する形ではだめなのでしょうか。年々人件費が増えることは今後困難と見られますがいかがでしょうか。"
- ・ "介護職員の処遇改善のための加算であることは十分認識しているが、人件費は上げないと離職につながるし、入居者数が減ると経営的に厳しいときもある。法人として数%残してもいいというルールがあってもいいのではと他事業所との間で話し合いを行ったことがある。"
- ・ この加算は残して欲しい。
- ・ 計画作成と実績報告の整理を是非とも希望する。本来は報酬に内包すべき。
- ・ 処遇改善という名称が、人員確保をする際に現状は処遇が良くないというイメージになるので本体報酬に組み込んでいただきたい。
- ・ "加算をいただけて職員の給与があがってよかった。ただ、あの実績報告書は意味が分からない。介護職は毎年簡単に入退職で人が変わる業種であるのに、前年度と比較することに意味があるとは考えにくい。"
- ・ 基本報酬に含めてほしい。
- ・ "平成 24 年（平成 21 年から助成金）から始まり、早い時期から基本単価に組み入れると言われていたが、いまだに組み入れができていない。介護職員等特定処遇改善加算の創設があり、煩雑になり解りにくいものとなっている。また、加算の額が増えること人件費比率がどんどん上がっている。経営的に限界が近づいている。"

34.介護職員等特定処遇改善加算（加算Ⅰ82.4%、加算Ⅱ9.2%、なし8.4%）

(1) 介護職員とその他の職員の賃金に不平等感が生じている。

- ・ 基本報酬に含めてほしい。
- ・ 算定要件が分かりにくいと思います。
- ・ 介護職員だけ改善する仕組みをいつまで続けるのか疑問です。その他の職種との逆転現象を十分に調査いただき、ご審議いただきたい。
- ・ 介護職員以外との給与バランス

- ・ 従業者の10年未満介護福祉士やその他の職員へも配分比率を上げてほしい。
(ならしてほしい)努力する職員が介護福祉士10年以上とは限らないため。
- ・ "経験のある介護職員・その他の介護職員・その他の職種とグループ分けすることで事務処理が煩雑になっています。
同じ施設で働く職員ですから職種で差をつけるのは個人的にはあまり納得できません。"
- ・ 加算の対象になる介護職員と他職種(ケアマネ・相談員など)との賃金の格差が顕著に表れ、職種変更や長期的な介護業界の人材定着の妨げになっている。
- ・ 特定対象の介護職員と一般介護職員の支給比率が廃止されれば介護職員以外の職員にも多少なり支給できる。
- ・ 処遇改善、特定共に計算方法が複雑で、もっとシンプルにできないものかと思う(事務方の負担大)
- ・ 計画・報告に係る事務作業の簡素化。他職種との均衡。手当支給条件緩和。
- ・ 職員間、職種間の格差が大きくなりすぎるため算定していない

(2) 必要書類等の簡素化

- ・ 処遇改善加算と一体的に報告Sするなど実績報告書の作成が煩雑すぎる。本体報酬に含めて使用用途を弾力化してほしい。
- ・ 計画作成と実績報告の整理を是非とも希望する。本来は報酬に内包すべき。
- ・ 計画書や報告書などの事務が煩雑
- ・ 度々加算取得内容や様式の変更があり、複雑で事務量が多く負担が大きい。
- ・ "介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算を取得していますが、職員への支給や実績報告など管理がとても大変です。
両加算について簡単な方法を考えてほしい。"
- ・ 他職種連携で成り立つ事業である為職種に問わず平等に支給できるようにしてほしい。支給管理の事務作業がとても大変である。
- ・ 処遇改善と同様、人手不足の中、実施すべき研修や内容が多い。提出書類の簡略化になっていない。
- ・ 事務処理が煩雑
- ・ 実績や計画の様式がわかりにくい
- ・ 計画書、報告書の作成が複雑。
- ・ 毎年、感じますがもっとシンプルで簡単な方式にできないものかと思います。
特定が入ってからなおさら複雑になり、実績報告のたびに事務方は苦労します。
- ・ 計画書、実績報告書の作成が煩雑(特に報告書)で、時間を要する。何とかしてもらいたい。
- ・ 縛りがあるため分配方法、分配額等公平性を保つ支給が困難。計画書及び実績報告の事務作業の負担が大きい

- ・ 計算が複雑であり、毎年報告様式も変わるので業務が増えている。
- ・ 「介護職員等処遇改善加算」として一本化してほしい。現在は処遇改善と特定処遇改善と二つあり、計算等非常に事務処理に労力を費やしている。

(3) 算定予定

- ・ 今後取得予定ではありますが、まだ取り組みができておりません。

(4) 意見・質問

- ・ 年収440万円の縛りは固定なのか、経済の変動で上昇下降があるのか。
- ・ 新型コロナウイルス感染症特例加算が9月末で終わるが、引き続きとか変わりになる加算はないのか？
- ・ "介護職員等特定処遇改善加算の様式も毎年変わり事務量の軽減に全くなっております。今後人材もいなく一人ひとりの負担が増えます。処理できない事務量では本来のサービス提供に影響が出ます。切実な願いです。改善していただけないでしょうか。"
- ・ 上記、処遇改善同様
- ・ この加算は残して欲しい。
- ・ 法人で取得を考えているが、法人トップが加算の取得を拒んでいる状態
- ・ 特定の算定要件緩和（440万円又は月8万円の改善）

35.LIFE への登録（あり81.2%、なし18.8%）

(1) 登録・操作・入力等について煩雑であり、その分業務負担が増加している。

- ・ 表示を10件から50件に変更した後、LIFEに情報を登録した際、表示が10件に戻っていたり、操作がやや複雑な感じがあります。
- ・ 1施設に1人以上LIFEの操作や構造がわかり、扱えるようにするための体制・仕組み・研修を行うべきではないでしょうか？
- ・ 個人情報の管理の為、仕方がないことだとは思いますが、LIFE管理者がバックアップデータを操作職員に渡して提出する流れが少し手間に感じます。
- ・ 登録はしているが作業が多すぎて加算に必須の作業が継続して出来ない
- ・ 申請した時期と登録完了通知の時期がバラバラだったこと（法人内の同事業施設と比較して）。
- ・ データ送信後、確実にデータ送信できたか、どうかが確認できず困る。送信したデータでエラー対象者は通知がほしい
- ・ 定期的送信を開始しているが、戻って来たデータを如何に活用したら良いのか分からない。（データが複雑で何処を読み取れば良いのか分からない）
- ・ LIFEの様式の中で一部、修正したいところがあるものの、PDFなので修正できない。（例：個別機能訓練計画書の事業所名が「通所介護事業所〇〇〇〇」となって印刷される）

- ・ "システムの操作性及び利便性の向上を早急に図っていただきたい。具体的には各加算において入力項目が同じものは自動で反映されるようにしてほしい、必須項目で入力漏れがあった場合はエラーメッセージが表示されるようにしてほしいなどなど。"
- ・ 実際に入力していて、不明点がありすぎます。
- ・ LIFE の申請は終わっているが、体制が整っておらず加算取得には至っていない。研修会に参加するなど勉強中です。
- ・ LIFE へデータを提出しているが加算要件を満たしているのかチェックする機能がないので若干の不安を感じる。(他の LIFE 関連の加算も同様)
- ・ 登録はしていても実際の活用は難しいし、時間が取れない。LIFE の活用に関して本当にメリットがあるのか疑問がある。
- ・ LIFE 自体必要なかわからない
- ・ 報酬改定の度に制度が複雑になる。老人に分かるよう日本語名称で分かりやすくのはずが LIFE って？わかりやすい改定をのぞみます。
- ・ L I F E に関して操作法がまだまだわからない部分もあるので、研修会等を開いてほしい。
- ・ 「63」で記載した通り、登録や入力分かりづらい上に手間が掛かる為、進まない。またチームでうまく分担する必要があるが、うまく稼働できていない。今後の課題。
- ・ 登録はしたものの使い方が難しすぎる。加算方法について行政に問い合わせても明確な答えがない。
- ・ 既存システムとの連携、入力データ等、まだ不明な点が多いです。
- ・ CHASE への登録は済んでいますが、入力方法がわかりません。
- ・ L I F E の対応への負担大
- ・ 最初の頃 LEFE についてソフト会社に確認するが、なかなか回答が来なくて、入力に時間を取られた。また手入力でのデータ入力作業の負担が大きい。
- ・ "登録は何とか行えたが、システム不具合の多さ、その検証能力の甘さ、対応力の甘さなどが目立ち、非常に時間を費やす結果となった。
今後は、もっと現場の声を生かす仕組みを導入前から検討して欲しいと切に願う。"
- ・ エラー項目等分かりにくい。
- ・ プログラミングを分かりやすくしてもらいたい。
- ・ システムが難しい
- ・ LIFE へのデータ入力の手間があり、LIFE に関する加算は算定できない。
- ・ 詳細も分からず事前準備期間も無い。環境が整っていない中での登録に疑問がある。データが不十分だとフィードバックにも影響があると思われる。
- ・ 登録は出来ましたが、こちらに不備があり、LIFE 側がデータの取り込みができ

ない状態です。メールで問い合わせ中ですが、回答を得られないままです。

- ・ 送信のシステムが複雑で分かりづらいです（セキュリティの関係上とは思いますが）。
- ・ LIFE へ登録し提出しましたが、その後、連絡がないので、きちんと送られているのか不安です。受け取りの一言の連絡が欲しいです。送ったつもりでも送信されていなかった・・・とか。あるのでしょうか？
- ・ LIFE のシステム自体があまり使いやすくないのが難点だと思います。帳票の一括ダウンロード機能などがなく何度か何度もトップに戻っては利用者選択から始めて、帳票を選んでダウンロードするという作業を行わなくてはならず、効率的なシステムでないと思います。帳票を保存するまでに利用者一人につき多いと 10 回近くのクリック作業が必要になっています。
- ・ 操作方法やその他わからないことを問い合わせても明確な回答がもらえなかったり回答までに時間がかかりすぎることが多い。
- ・ 内容によっては特養では必要のないような項目もあり、どれにあてはなるか検討しないといけない項目も多く、非常に大変である
- ・ LIFE への問い合わせ後、回答がないため、困っている。
- ・ LIFE はとにかく使いづらい。また、バージョンアップなどによるものなのかわからないが、登録した入所者の名前がいきなり表示されなくなっており、驚いた。事業者の手をわずらわせすぎ。
- ・ LIFE に登録はしているが、その後手続きなどがまだ十分に理解できていない。仕組み自体が複雑だと思います。
- ・ 加算により LIFE へのデータ登録が負担となっている。また、LIFE へのデータ登録が必要な加算それぞれの提出時期など管理が難しい。
- ・ 利用者登録の順番を入所順・名前順に整えたかったものの、介護請求ソフトからの移行時失敗し、順不同になってしまった。やり直したく問い合わせするも、8月2日以前であればできたらしいが、現在はできないとのこと。訂正ができないシステムと分かり、進めることが怖い。
- ・ LIFE 使いづらい。Q&A もわかりづらい
- ・ サービス種類別に基準を明確にしてほしい
- ・ 登録の手順やデータ更新のことが不明で、本当に正しいやり方はわからない。講習などもなく正しく行えているのか自信がもてない。
- ・ LIFE 関連の加算含め、準備が整わない。実際に運用の主要となる職種や職員の時間的確保が難しい。
- ・ LIFE への登録、入力はいり、加算は取得しているが、実際どこまで LIFE が運用できるのかよく分からない。
- ・ LIFE への登録について検討中です。
- ・ こちらのニュアンスで入力した内容がエラーになることも多々ある。エラーを

回避したあと、内容を見直すと元の内容とは似ても似つかぬようになっていると担当職員より声が上がっている。

- ・ 個人情報を管理者が更新した場合、毎回 CSV ファイルで出力して操作職員が読み込む必要がある。利用者一覧の表示件数が 10 になっているのを 100 に変更し、画面を変更して利用者一覧のページに戻ると表示件数が 10 に戻り毎回表示件数を変更するかページを変える必要がある。利用者一覧の並びが ID 順となっており、あいいうえお順に並び替える事ができず時間がかかる。各加算の入力項目で重複しているものがあるが連動しておらず転記作業が必要。送信時に「確定」ボタンを押すのみだが、本当に送れているかどうか分からない。
- ・ 何の通知も無しに突然入力様式等が変更されている。
- ・ LIFE の活用については、今回の報酬改正の内容において、今後、必須となり得る方向性が窺え、取り組み必須との結論に至りました。しかし、厚生労働省からの示しについては、不透明な部分が散見されており、導入までの準備に非常に労力を要した。今後の活用において、どのように施設の介護サービスに活かしていけるかについては、課題であると感じている。
- ・ 登録だけはしているが情報の入力に係るマンパワーが不足
- ・ 入力項目が多く、作業の手間が業務負担となっている。
- ・ ライフへの入力作業が順調には進まず、時間的にも精神的にも負担が大きいです。
- ・ 検討しているが準備する余裕がない。
- ・ 作業量が膨大で手間がかかる
- ・ 入力作業に時間がかかりまだ稼働していません。
- ・ LIFE に打ち込む内容が多すぎる。(医療コード等)
- ・ ハガキは貰っているが職員の負担が増えるので開始時期は検討中である。
- ・ LIFE を活用したデータベースの蓄積や科学的介護への取り組みは確かに重要であると思われるが、労力の大きさと加算点数のバランスが悪く、登録していない。
- ・ 『報告システムの（頻度や量の）負担軽減』、『加算点数の増額』をお願いしたい。
- ・ 入力に時間がかかり、他の業務を圧迫している。エラーが出た時にマニュアル通りにしても解決せず、対応に時間がかかった。早急を確認したい時にできなくて困る。
- ・ 介護ソフトの入力・登録段階で負担が大きく、入力作業後の LIFE への連携等未だにわからないことも多くまだ算定に至っていない。
- ・ 登録時は、かなり時間を要した。システムもスムーズに作動しなかった。
- ・ 入力に時間がかかる。
- ・ 特定の職種に負荷がかかっている。(担当者や請求業務を担う者など)

- ・ LIFE への登録が継続してできるか不安がある。
- ・ LIFE の入力作業の手間が大きな負担となっている。
- ・ 入力する情報が多く、入力作業に時間がかかった。もう少し簡潔にしてほしい。
- ・ 入力作業に時間がかかる
- ・ LIFE が労力がかかる割に活用しきれていない。
- ・ 登録までの操作が難しいため、進まなかった。また介護ソフトの対応がないため、直接の入力となっているため、事務作業等の手間がかかる。
- ・ 提出する項目が多く打ち込みが大変、システムもすべてに対応していないため、業務量が非常に多くなり困る。
- ・ LIFE に入力するための体制を整えるのが難しい、今のところデータ入力作業の負担が大きい。
- ・ 入力に慣れるのに時間がかかる
- ・ 登録は済んでいるが、仕組みが難解であり事務負担が増である。また、それに似合う分の収入増が見込めないため加算取得には積極的ではない。
- ・ セキュリティーの問題もありますが、登録方法が簡易化され手間がかからないように、改善を希望します。
- ・ 登録項目が複雑で苦労した
- ・ 栄養、接触嚥下スクリーニング、アセスメント、モニタリング表について4回分記入できるようになっているが1回分しか打ち込めず、1回分しか表示されないため、毎回印刷する必要があり無駄である。編集ができないため印刷した時に必要な部分が印刷されない。(例えば経口維持加算の会議実施日が入力しても見えていない。)
- ・ 入力に時間がかかる。うわの仕事量となった。(システム連動させるにも資金がいる。) フィールドバックが7月末でも暫定となっているが、まったくなにかの役にはたっていない。
- ・ PDCA サイクルは非常に大切ではあるが、LIFE 等の事務作業が多様化煩雑化しており、何度も同じことを繰り返す必要がある。LIFE システムもまだまだ実用性に乏しく感じ、各施設が導入している介護システムからのみの送信提出で良いのではないか。事務作業の手間ばかりであると考える。
- ・ 加算算定における専門職・多職種協同の帳票準備であり、特に専門職の業務量(入力や送信にかかる時間)が増えている状況
- ・ 入力に余計な時間が発生し結局仕事が減らない。
- ・ 入力業務の負担が多い
- ・ 入力やデータ移行がうまくいかず、時間を取ってしまう。
- ・ 業務量が増えている。もっとわかりやすいシステムにできないものか。
- ・ データ入力の担当者、体制整備などが課題

- ・ 入力に慣れるまでは当面、四苦八苦すると思っている。

(2) 加算の内容が不明確

- ・ 加算項目における提出頻度などを詳しく解説して欲しい
- ・ L I F E の内容等の説明が不明瞭すぎる。
- ・ LIFE の入力について、算定している加算以外で必須の所は何ヶ月ペースで入力したらいいのかわからない
- ・ life のことが良く理解出来ていない。
- ・ 全体像が不明瞭で、現状では事務的に必要項目をうめている形です。
- ・ 改正法の解釈通知が法改正後に発出されるので、LIFE 関連の加算の算定が遅れている。
- ・ 多くの加算に関わるシステムの割に説明が不十分すぎる。
- ・ 加算取得や体制確保等の理解や研修検討がまだ必要

(3) LIFE に対応したソフト環境整備が困難

- ・ ネットワークやシステムにある程度精通している職員がいない場合は、関連作業を進めることが難しい。
- ・ 環境を整備中。条件が整えば登録を検討している
- ・ LIFE 対応するため ICT 化が進まない。介護ソフト等の導入が進まない。
- ・ LIFE を運用するにあたり設備投資が必要
- ・ 前述したとおり、使用している介護ソフトとの連携ができていないので算定ができない。
- ・ LIFE 対応するためには容量の足りないパソコンがあり、買い替えが必要になり予期せぬ費用がかかる。
- ・ ICT 化を進めているのは分かるがケアプランや栄養計画書等様々な書類に対して押印の省略が可能であるが、利用されている方の家族等まだまだ ICT に対応できない方が多くシステム整備にも多額の費用が必要である。
- ・ 加算取得に対しても設備投資費が非常に多額となるため難しいことが多い。
- ・ 現在使用中の請求ソフトが LIFE と連携してない部分がある為登録しているが利用出来ていない
- ・ 介護ソフトとの連携が未整備のため、着手が遅れている。
- ・ 介護記録システムが LIFE に対応していないため、入力業務作業が膨大になる。
- ・ 63、でも回答した状況である。システムの改善次第で L I F E 活用予定。
- ・ 現在 LIFE への登録は行ったが、パソコンシステムが連動しているか等確認をしながら進めることもあるため、まだ LIFE に関する加算の申請や算定までには至っていない。
- ・ 介護ソフトとの連動性に問題が続いており、ベンダーとの連携に苦慮しているところ です。
- ・ "令和3年度の4月より LINE への登録を行ったが、LINE 側とソフト会社側の

連携が図れていないためか、エラーが頻発する結果となった。その後徐々にエラー等は少なくなった。

国が進めたい方向は理解できるが準備が不十分のまま運用されてしまうと現場は混乱してしまう。

介護報酬改定に合わせて LIFE 等の大きな変化は現場は負担になるだけであると考える。

また、フィードバック情報も届いているが、具体的にどのように活用するかまでは示されていないと思われます。"

- ・ 入力の手間、システムとの連携が不透明
- ・ 介護リフトとのリンクの正確さに不安がある。トラブル発生時、手入力となると大変な作業になる。
- ・ 介護情報を管理しているソフトから LIFE へデータを送った際、LIFE の書式に上手く移行できない部分があり、確認・修正にかかる手間が多い。
- ・ ソフトが完全に対応されていない。
- ・ L I F E への登録を行い、各種加算を算定していきたいが、既存のシステムでは手間が大きい。
- ・ 使用しているソフトの対応が遅れていて、なかなか入力ができない事に困っています。
- ・ 介護ソフトの連動が未完全な為、入力が大変です。大変な割に加算額は少ない。
- ・ 介護ソフトとの連動がまだできておらず、手入力のため、作業負担が多い。
- ・ 現在導入しているソフトは法人全体（他は皆障害サービス事業所）で契約しており、ソフトの会社は L i f e との連動を考えていないため L i f e への登録は困難となっている。

(4) フィードバックの取得と活用が困難

- ・ 作業が多くなる割に現場へのフィードバックが良く見えてこないのはなぜでしょう。
- ・ "これまでに4月～6月のフィードバックがあったが、全国で LIFE 登録している事業所の全体像のデータしか開示されておらず、当苑入所中の入所者個別のフィードバックや当苑の現状についてのフィードバックがないため、PDCA サイクルの活用が出来ない。"
- ・ 登録・入力は一通りできるようになったが、フィードバックを計画にどう反映させるのか 暫定版を見ても理解が出来ない
- ・ "LIFE において、4～6月分の（仮）フィードバックが来ましたが、全国の合算数値であり、施設に対するフィードバックにはなっていません。これを個々のケアに活用するようにとありますが、活用の仕方がわからず困っています。"

- ・ "LIFE 関係全般に言えることだが、8月時点でフィードバックが暫定版として全国の総数や平均値しか出ていない為、LIFE への送信業務が増えただけとしか感じられない。
フィードバックを活用しやすい形(利用者個別のデータ推移など)を早期に出していただきたい。"
- ・ フィードバックには統計的なもののほかに取組み方法に関するアドバイスや取組み例等も含まれるのか。
- ・ フィードバックの内容が現時点では集計結果のみとなっている。内容をもう少し具体的に示して欲しい。
- ・ "システムとの連携、入力(特に薬剤情報の細かさ)などあり業務が増えています。どのようなフィードバックがありそれが、
ケアにどのくらい活かしていけるのか見えないでいるので、今は負担です。"
- ・ 登録、実施に苦慮し、フィードバックについては暫定版でどのように行って良いか分からず困惑しています。
- ・ フィードバックの活用方法がわからない。
- ・ 始まって間もないので仕方ないかもしれないが、フィードバックが中身がなく役に立たないので現場からは苦勞に見合わないとの声が上がっている。
- ・ フィードバックを今後どのように活用していけばいいのかがまだ分からない。
- ・ LIFE を送ってもフィードバックがないため、どのように改善したらよいか判断できない。

(5) 現在導入に向け準備中

- ・ LIFE 登録に向けて整備中
- ・ 現在、入力名である。
- ・ 現在奮闘中
- ・ 導入の準備をすすめている
- ・ 取り組み中
- ・ 10月から算定を予定している(4月の報酬改定時からシステムが完成しているようだと取得しやすい)
- ・ LIFE へ入力途中です。
- ・ 10月1日から取得予定です
- ・ 8月1日付で登録します。

(6) 登録はしているが未算定

- ・ とりあえず登録だけはしておいております。
- ・ 登録だけはしているが全く対応できていない。
- ・ 登録はしているが使用していない。
- ・ 現状、登録完了していない。実施する予定です。
- ・ データー提供までいたっていない。

- ・ 登録はしているが、算定は出来ていない
- ・ 登録しているが未入力。
- ・ 厚労省への登録のみ完了。データ入力したくても日々の業務遂行や感染対策業務が優先となってしまう、なかなか進捗しない。
- ・ 登録のみ完了

(7) 費用対効果が低い

- ・ 効果は別にあると割り切りますが、作業量の割に加算点数が低いように感じます。
- ・ 請求システムでの入力が煩雑で、LIFE に提出ができるようになるまで非常に時間がかかるため、業務量が加算単位数に見合わない業務量が増えた。また、業務量が増えたためにシステムの追加契約も必要となってしまう、出費も増えてしまった。

(8) コロナの影響で負担増

- ・ 令和3年度制度改正、新型コロナウイルス対応等の中登録作業、理解が大変でした。

(9) 意見・質問

- ・ 全体像が見えない。取り組みは業界としては必要と思う。
- ・ LIFE の操作方法・導入方法を詳しく、説明会をして頂きたいです。
- ・ 準備中です。LIFE や他の新規加算について、オンラインセミナーを受講できると有難いです。
- ・ "こちらについても初回が5月10日までにも関わらず、不明点の問い合わせ先は連絡とれず、介護ソフト会社の方や検索でどうにか対応しました。パソコンごとでの設定やパスワードの発行、管理ユーザーでの利用者情報の取り込みエラー、全ての事務がシステムに詳しい訳ではありません。期限日までかかりました。本当に困りました。"
- ・ 今後登録予定だが、加算算定できるか未定
- ・ 私だけなのか、ブラウザが Edge や Chrome がダメで internet Explorer でないとアプリがダウンロードできなかつたり、問い合わせも遅かつたりと、正直、コロナ接触確認アプリ COCOA の不具合レベルを出す、厚生労働省のソフトなので、まともに機能できるようになってから動かしていただきたいと思えます。自ら調べようと大きな書店で探しても書籍も殆ど無く、理解力が追い付かないことから実運用は時間がかかります。
- ・ 行政は見切り発車でミスがあれば、訂正してすませるが、事業所はミスがあればおとがめを受けるというのも改善すべき事項であると思う。

36.割引（あり4.8%、なし95.2%）

(1) 利用者負担軽減を実施している

- ・ 利用者負担軽減実施
- ・ 軽減制度

(2) 軽減の対象者がいない。または実績がない。

- ・ 現在、対象者いない。
- ・ 利用者負担の軽減措置は行っているが、対象者はいない。
- ・ 制度の説明も家族にしているが、利用実績なし。

(3) 社会福祉法人減免を実施している。

- ・ 社福減免 施設独自はなし
- ・ 社会福祉法人による負担軽減
- ・ 社会福祉法人減免の実施あり
- ・ 社福減免あり
- ・ 社会福祉法人減免
- ・ 社会福祉法人軽減制度は導入しておりますが割引にあたるのでしょうか。
- ・ 社福減免はあり

(4) 実情と要件が見合っていないため、緩和が必要

- ・ 加算をできるだけとるようにとのことが収益につながるのだが、算定の要件が厳しすぎてまならない。
- ・ 医師が必要な加算が増えてきているように感じる。介護より医療が強くなってきているように感じる。
- ・ LIFE 関する加算の算定が困難
- ・ 口腔衛生管理加算について歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がとなっているが歯科医師ではなぜいけないのか
- ・ 加算項目は各種ありますが、実際に取得するとなると条件等で困難なものも多いです。

(5) 他制度の活用

- ・ 介護保険負担限度額認定及び上越市介護保険サービス利用者負担金助成を受けている方は、1割負担額、食費、居住費で負担が軽減される。
- ・ 介護保険負担限度額

(6) 算定予定

- ・ ライフ導入による加算算定は9月申請時に初めて行う予定です。4月からは内容や方法が難しく対応できませんでした。

(7) LIFE の操作等が煩雑であるため、業務負担が増大。負担に対し、加算が見合っていない。

- ・ LIFE 使用について、不明点が多い。また、電話での相談ができない。電話での相談ができるとよいと思う。

- ・ "令和3年4月より LIFE 各種の加算算定が出来るようになりましたが、実際事務量が多く、また計画書の説明も3ヶ月に1回と多く、使用しているシステムも一部対応していないため、負担が大きくなっています。計画書の説明が6ヶ月に1回程度と緩和されれば、負担が多少軽減されると思います。"
- ・ 今年度よりスタートした「L I F E」への情報入力作業が膨大、また、入力方法がわかりにくく苦戦しました。初めての取り組みである為、仕方ない部分もあるかとは思いますが、サポート体制をもう少し高めて頂きたいと思います。
- ・ 今回の制度改定は、正直言って労力だけが増え、現場にとってプラスになるとは思えません。L I F E への登録、入力作業だけでもかなりの時間と労力をとられます。国はデータを得られるでしょうが、それが現場にとってプラスになるような見通しはないです。4月に制度が変わり、いまだに右往左往しています。

(8) 意見・疑問・要望

- ・ "豪雪地域への救済措置、補填などの加算を検討いただきたい。令和3年1月の大雪では除雪、排雪が追いつかず交通機能は完全に麻痺し、職員の確保、食事サービスの提供などに支障がでた。また、降雪に備え融雪設備、車両の整備、除雪の手配等が必要となり雪対策に経費がかかっている。"
- ・ とにかくわかりやすい加算のみに統一してほしい。
- ・ この度の介護報酬改定は、近年稀にみる改正であると共に厳しい要件とこれまでの介護サービスの展開における転換期であると認識している。新しい介護の展開におけるオペレーション変更に非常に大きな労力を強いられることになるのではないかと懸念を持っている。介護人材の確保が全国的な課題の中での直近の問題において、常時苦慮している状況を今後、どのように打開していかれるかは国の施策として期待したい。
- ・ 現制度では、数多くの加算を算定しないと経営が成り立たない（加算ありき）状況になっているように思います。まずはノーマル（加算なし）でも成り立つような制度設計を望みます。このような状態が続くことで将来的に介護人材が減少していかないよう願うばかりです。
- ・ "処遇改善加算・特定加算の実績報告書について、令和2年度から実績報告書の様式が変わったが、以前のものも作成が大変だったが、以前に増して令和2年度からの実績はわかりづらく作成に大変時間が掛かった。こんなことなら以前のものの方がまだよかった。もっとシンプルな実績報告書にならないものか。それともっとわかりやすい説明や研修会など具体的なものを実施してほしい。"
- ・ 割引という意味がどのような割引なのかよくわからない

- ・ 毎回、報酬改定にはどの事業所も頭を悩ませ、長時間を費やしている状況かと思えます。もちろん、県によって対応が異なるのは承知していますが、そこは全国組織、国との方針すり合わせ等期待いたします。
- ・ 是非、加算算定、その他運営具体策等について現状の中で個別に、気軽に相談、お話しできる窓口を早急に設置対応いただきたく願います。(個人的意見)
- ・ 口腔衛生管理加算が無いのはなぜか
- ・ 経営が厳しい施設が多い中、割引きがあるのはどうか。高齢者ばかり見るのではなく、高齢者を介護する施設職員も同程度に考たうえで割引や加算減算を考えてほしい。利益のある大きな施設ばかりではない。このままでは働く人が居なくなる。