介護保険・「制度改正内容とその意図」
～厚生労働省による、説明を踏まえて～

「2部」についての構成

〇本日のグランドルール
〇令和3年度制度改正
　・他サービスの改正
　・居宅介護支援事業について
〇その他

「情報提供」を始める前に、「グランドルール（参加者全員の約束事）」

〇情報提供のテーマは、介護保険制度改正・２０２１年、
～厚労省が公開の場で伝えている制度改正の考え方、狙い～

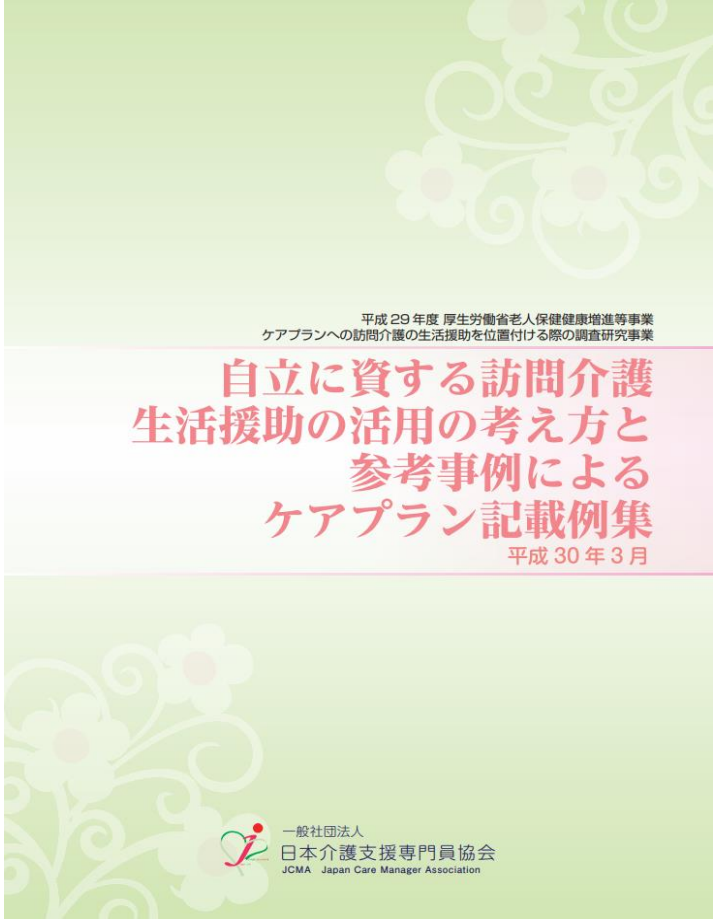
→ので、「解釈や具体的な手順（例えば「会議の開き方」「書類の書き方」など）」は、“厚労省は、通知されている以上”のことは示していないし、情報提供の中でも示せません。

→また、「制度改正全体の説明」の情報提供でも、ありません。制度改正全体を60分位で伝えるのは、「無理」です。改正の狙いや意図を主に把握している内容について、情報提供いたします。

→どちらかというと、「今後、時々、地域で意見交換などしつつ、保険者とともに、解釈や手順を考えるための情報提供」でございます。
そのため、「ケアマネ」も「保険者」も、この情報提供では、同じ立場（イーブン）の認識で、お聞きください。
～もしかすると、「町田市」に限らず、保険者が知らない話があるかもしれません！？～

始めるにあたり、エピソード・・

○「自立に資する訪問介護　生活援助の活用の考え方と参考事例によるケアプラン記載例集」



・「ご縁」があって、
　想定事例の検
　討をした。

☆2018年3月刊行

始めるにあたり、エピソード・・

厚労省「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（2018年3月6日）」老健局振興課（当時）資料（PDF 30、31）

（3）訪問回数の多いケアプランの届出【30 年度介護報酬改定関係】

前述（3．（3）ケアプランの適正化に向けた対策の強化）のとおり、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、平成 30 年 10 月以降に作成するケアプランについて、「統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数」の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けた介護支援専門員は、市町村にそのケアプランを届け出ることで、市町村の地域ケア会議等で多職種の関係者による検証を受ける仕組みを新たに設けることとしたところである。

届出に関する具体的な対象等に関しては、追って告示や通知等でお示しするが、各都道府県におかれては、内容を御了知の上、管内市町村や居宅介護支援事業者等に対する周知徹底に協力をお願いする。

また、現在、ケアプランに生活援助を位置付けるに当たって、アセスメント時に確認すべき視点やその確認結果をケアプランへ記載する際のポイント等とまとめた記載例を作成する調査研究事業を実施しており、この調査研究の成果物（報告書）が介護支援専門員へ周知されることにより、地域ケア会議等における検証がより効果的なものと考えている。

各都道府県におかれては、報告書が取りまとまり次第、情報提供をさせていただくので、本件についても併せて周知徹底願いたい。

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」（介護保険最新情報Vol.685）

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体　御中
← 厚生労働省 老健局 振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について
計７６枚（本紙を除く）

Vol.６８５
平成３０年１０月９日
厚生労働省老健局振興課

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

4.1 参考資料

- 厚生労働省「介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き（Ver.1）」
  「介護予防活動普及展開事業　専門職向け手引き（Ver.1）」
  https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html
- 一般財団法人　長寿社会開発センター　平成 24 年度老人保健健康増進等事業　地域ケア会議運営マニュアル作成事業「「地域ケア会議運営マニュアル」
  http://www.nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf
- 厚生労働省「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」
- 一般財団法人　長寿社会開発センター「地域ケア会議運営ハンドブック」
- 一般社団法人日本介護支援専門員協会　平成 29 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の調査研究事業」報告書
  http://www.jcma.or.jp/news/association/29_8.html

令和3年度　介護保険制度改正

居宅介護支援
パート１（関連編）

2.（3）⑦　退所前連携加算の見直し

医療と介護の連携の推進

概要

【介護老人保健施設】

○　介護老人保健施設の入所者の早期の在宅復帰を促進する観点から、退所前連携加算について、現行の取組に加え、入所前後から入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の介護サービスの利用方針を定めた場合の区分を設定する。【告示改正】

○　現行相当の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行う。【告示改正】

単位数

＜現行＞

退所前連携加算　500単位　⇒

＜改定後＞

入退所前連携加算（Ⅰ）　600単位（新設）

入退所前連携加算（Ⅱ）　400単位（新設）

算定要件等

※入所者1人につき1回を限度

＜入退所前連携加算（Ⅰ）＞

イ　入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めること。

ロ　入所者の入所期間が1月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行うこと。（※現行の退所前連携加算の要件）

＜入退所前連携加算（Ⅱ）＞

・　入退所前連携加算（Ⅰ）のロの要件を満たすこと。

厚労省資料

2.（4）③　退院当日の訪問看護

医療と介護の連携の推進

概要　【訪問看護★】

○　退院当日の訪問看護について、利用者のニーズに対応し在宅での療養環境を早期に整える観点から、主治の医師が必要と認める場合は算定を可能とする。【通知改正】

算定要件等

○　医療機関、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院を退院・退所した日について、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）にある利用者に加え、主治の医師が必要と認めた利用者に訪問看護費を算定できることとする。
※短期入所療養介護サービス終了日（退所・退院日）も同様の取扱い。

参考：厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）

イ　在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
ロ　以下のいずれかを受けている状態にある者
　在宅自己腹膜灌流指導管理
　在宅血液透析指導管理
　在宅酸素療法指導管理
　在宅中心静脈栄養法指導管理
　在宅成分栄養経管栄養法指導管理
　在宅自己導尿指導管理
　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
　在宅自己疼痛管理指導管理
　在宅肺高血圧症患者指導管理
ハ　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
ニ　真皮を超える褥瘡の状態
ホ　点滴注射を週３日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

厚労省資料

2.（4）⑤　緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実①

医療と介護の連携の推進

概要

【認知症対応型共同生活介護★】

○　認知症グループホームにおいて、利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする定員を超えての短期利用の受入れ（緊急時短期利用）について、地域における認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにする観点から、以下の見直しを行う。

- 「１事業所１名まで」とされている受入人数の要件について、利用者へのサービスがユニット単位で実施されていることを踏まえ、「１ユニット１名まで」とする。【告示改正】
- 「７日以内」とされている受入日数の要件について、「７日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。【通知改正】
- 「個室」とされている利用可能な部屋の要件について、「おおむね7.43㎡／人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保される場合には、個室以外も認めることとする。【通知改正】

単位数

※以下の単位数はすべて１日あたり。括弧内は２ユニット以上の場合。今回改定後の単位数

要支援２	788（776）単位		
要介護１	792（780）単位	要介護３	853（840）単位
要介護２	828（816）単位	要介護４	869（857）単位
		要介護５	886（873）単位

算定要件等

	認知症グループホーム（定員を超える場合）（※１）
要件	・利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。 ・居宅サービス計画に位置づけられていないこと。 ・人員基準違反でないこと。 ・当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないこと。（※２） ・事業を行う者が３年以上介護サービス運営している経験があること。 ・十分な知識を有する従業者が確保されていること。（※３）
部屋	個室（最低面積はないが、処遇上十分な広さを有していること） （追加）個室以外（おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ）
日数	７日以内　⇒　７日以内（利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内）
人数	１事業所１名まで　⇒　１ユニット１名まで

（※１）定員超過利用による減算の対象とはならない
（※２）短期利用の利用者も含めて、当該利用者の利用期間を通じて人員基準を満たしている場合
（※３）認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修の修了者

厚労省資料

医療と介護の連携の推進

2.（4）⑤ 緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実②

概要 【短期入所療養介護】

○ 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、短期入所療養介護の緊急短期入所受入加算について、短期入所生活介護における同加算と同様に、「７日以内」とされている受入日数の要件について、「７日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。【告示改正】

単位数

＜現行＞		＜改定後＞
緊急短期入所受入加算　90単位／日	⇒	変更なし

算定要件等 ※追加は下線部

○ 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して７日<u>（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）</u>を限度として、１日につき90単位を所定単位数に加算する。

厚労省資料

2.（4）⑤　緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実③

医療と介護の連携の推進

概要　【小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○　在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、（看護）小規模多機能型居宅介護において、事業所の登録定員に空きがあること等を要件とする登録者以外の短期利用（短期利用居宅介護費）について、登録者のサービス提供に支障がないことを前提に、宿泊室に空きがある場合には算定可能とする。【告示改正】

単位数・算定要件等

	（介護予防）小規模多機能型居宅介護の短期利用居宅介護費
単位数	要支援１　４２３単位／日　要支援２　５２９単位／日　要介護１　５７０単位／日 要介護２　６３８単位／日　要介護３　７０７単位／日　要介護４　７７４単位／日　要介護５　８４０単位／日 ※今回改定後の単位数
要件	①利用者の状態や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（介護予防支援事業所の担当職員）が緊急に必要と認めた場合であって、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、登録者のサービス提供に支障がないと認めた場合であること。 ②人員基準違反でないこと。　③あらかじめ利用期間を定めること。 ④登録者の数が登録定員未満であること。　⇒　削除　⑤サービス提供が過少である場合の減算を算定していないこと。
宿泊室	個室（7.43㎡/人以上）又は個室以外（おおむね7.43㎡/人でパーティションや家具などによりプライバシーが確保されたしつらえ）
日数	７日以内（利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内）
利用人数	宿泊室の数 ×（事業所の登録定員-登録者数）÷ 事業所の登録定員　＝　短期利用可能な宿泊室数（小数点第１位以下四捨五入） ※１　必ず定員以内となる。 ※２　例えば、宿泊室数が９室、登録定員が25人、登録者の数が20人の場合、９×（25　20）÷25＝1.8となり、短期利用の登録者に対して活用できる宿泊室数は２室となる。 この計算式からは、例えば宿泊室数が９室、登録定員が25人の事業所において短期利用居宅介護費を算出するには、少なくとも登録者の数が23人以下である場合のみ算定可能である。 ※３　計算を行うに当たって、当該事業所の登録者の数は、短期利用を認める当該日の登録者の数を使用する。 ⇓ ＜改定後＞宿泊室を活用する場合については、登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊定員の範囲内で、空いている宿泊室を利用するものであること。

厚労省資料

令和3年度　介護保険制度改正

各サービスにおいて

4.（1）④　特定事業所加算の見直し①

厚労省資料

概要

【訪問介護】

○　訪問介護の特定事業所加算について、事業所を適切に評価する観点から、訪問介護以外のサービスにおける類似の加算であるサービス提供体制強化加算の見直しも踏まえて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合を要件とする新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

※以下の加算はすべて１回あたり

＜現行＞

特定事業所加算（Ⅰ）　所定単位数の20％を加算
特定事業所加算（Ⅱ）　所定単位数の10％を加算
特定事業所加算（Ⅲ）　所定単位数の10％を加算
特定事業所加算（Ⅳ）　所定単位数の　5％を加算

＜改定後＞

特定事業所加算（Ⅰ）所定単位数の20％を加算
特定事業所加算（Ⅱ）所定単位数の10％を加算
特定事業所加算（Ⅲ）所定単位数の10％を加算
特定事業所加算（Ⅳ）所定単位数の　5％を加算
特定事業所加算（Ⅴ）所定単位数の　3％を加算　**（新設）**

算定要件等

＜特定事業所加算（Ⅴ）＞

○　体制要件　（※特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）と同様）
- 訪問介護員等ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施
- 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催（テレビ電話等のＩＣＴの活用が可能）　**（追加）**
- 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告
- 健康診断等の定期的な実施
- 緊急時等における対応方法の明示

○　人材要件
- 訪問介護員等の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が30％以上であること

※加算（Ⅴ）は、加算（Ⅲ）（重度者対応要件による加算）との併算定が可能であるが、加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅳ)（人材要件が含まれる加算）との併算定は不可。

訪問介護

2.（2）⑦　訪問介護における看取り期の対応の評価

概要

【訪問介護】

○　看取り期における対応の充実と適切な評価を図る観点から、看取り期には頻回の訪問介護が必要とされるとともに、柔軟な対応が求められることを踏まえ、看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、訪問介護に係る２時間ルールの運用を弾力化し、２時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。【通知改正】

単位数

○　所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

＜単位数＞

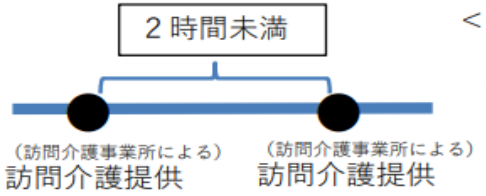
身体介護中心型	20分未満	167単位
	20分以上30分未満	250単位
	30分以上1時間未満	396単位
	1時間以上1時間30分未満	579単位
	＋以降30分を増すごとに	84単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位
	45分以上	225単位

※単位数はすべて１回あたり。
※今回改定後の単位数

算定要件等

※追加する利用者は下線部

○　訪問介護は在宅の要介護者の生活パターンに合わせて提供されるべきであることから、単に１回の長時間の訪問介護を複数回に区分して行うことは適切ではない。したがって、前回提供した指定訪問介護からおおむね２時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算するものとする（緊急時訪問介護加算を算定する場合又は医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に訪問介護を提供する場合を除く。）。



＜現行の取扱い＞
それぞれの所要時間を合算して報酬を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算して50分提供したものとして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定

＜改定後＞
所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算せずにそれぞれ25分提供したものとして報酬を算定するため、250単位×２回＝500単位を算定

※１　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。
※２　頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

厚労省資料

訪問介護

3.（1）⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

単位数（ア）

＜現行＞

生活機能向上連携加算　200単位／月

＜改定後＞

⇒ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月 （新設） （※3月に1回を限度）

生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月（現行と同じ）

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

算定要件等（ア）

＜生活機能向上連携加算（Ⅰ）＞（新設）

○ 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。

○ 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

＜生活機能向上連携加算（Ⅱ）＞（現行と同じ）

○ 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

厚労省資料

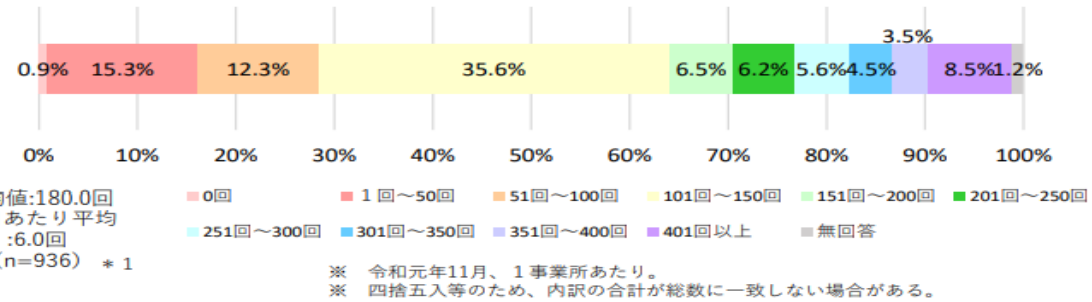
訪問入浴介護

訪問入浴介護　サービス提供回数・時間、清拭・部分浴への変更回数・時間

○　訪問入浴介護１回あたりのサービス提供時間の目安は平均60分、清拭・部分浴を行った場合のサービス提供時間は平均53分となっており、顕著な差は見られない。

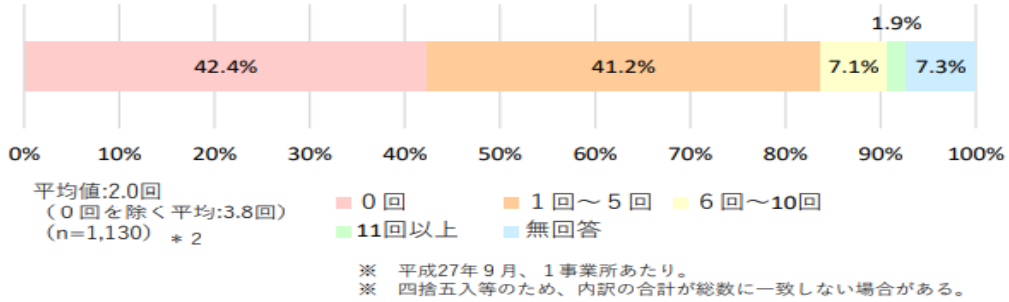
①回数

〔通常の訪問入浴介護のケース〕



※　令和元年11月、１事業所あたり。
※　四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

〔清拭・部分浴に変更となったケース〕



※　平成27年９月、１事業所あたり。
※　四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

②時間

事業所のサービス提供目安時間　(n=924)	清拭・部分浴の場合のサービス提供時間　(n=613)
平均60分　＊３	平均53分　＊４

訪問入浴介護に関連する各種意見

令和３年４月　介護報酬改定に関する要望書
（令和２年10月９日　一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会）　抜粋

（初期加算の創設について）

○　訪問入浴においては、サービスを提供する前に利用者の状態について情報収集を行うとともに、室内における浴槽の設置場所や給排水の方法、利用者がベッドから浴槽へ移動する方法等の確認が必要になり、依頼があった場合は初回の利用前に看護師を含め3名で訪問する。

○　この事前訪問については、当然、職員の賃金が発生する一方で利用料は発生せず、事業所の「持ち出し」が生じてしまうことになる。サービス提供の初期段階において上記のような費用が生じている点を考慮し、初期加算の創設を求める。

厚労省資料

訪問入浴介護

2.（4）② 訪問入浴介護の報酬の見直し

厚労省資料

概要

【訪問入浴介護★】

○　訪問入浴介護について、利用者への円滑な初回サービス提供と、利用者の状態に応じた臨機応変なサービス提供に対し適切な評価を図る観点から、以下の見直しを行う。

ア　新規利用者へのサービス提供に際して、事前の居宅訪問を行うなど、事業者に一定の対応が生じていることを踏まえ、新規利用者に対して、初回のサービス提供を行う前に居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整（浴槽の設置場所や給排水の方法の確認等）を行った場合を評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

イ　清拭又は部分浴を実施した場合の減算について、サービス提供の実態を踏まえ、減算幅を見直す。【告示改正】

単位数

＜現行＞		＜改定後＞
ア　なし	→	初回加算　200単位／月（新設）
イ　清拭又は部分浴を実施した場合は30％／回を減算	→	清拭又は部分浴を実施した場合は<u>10％／回を減算</u>

算定要件等

ア　初回加算

○　訪問入浴介護事業所において、新規利用者の居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整を行った上で、利用者に対して、初回の訪問入浴介護を行うこと。

○　初回加算は、初回の訪問入浴介護を実施した日に算定すること。

イ　清拭又は部分浴を実施した場合の減算（現行と同様）

○　訪問時の利用者の心身の状況等から全身入浴が困難な場合であって、当該利用者の希望により清拭又は部分浴（洗髪、陰部、足部等の洗浄をいう。）を実施したとき。

3.（1）⑩ 通所介護等の入浴介助加算の見直し

概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★】

○ 通所介護・地域密着型通所介護・（介護予防）認知症対応型通所介護における入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】

ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・介護支援専門員等（以下、「医師等」という。）が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。

イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

単位数

＜現行＞
入浴介助加算 50単位／日 ⇒

＜改定後＞
入浴介助加算（Ⅰ） 40単位／日
入浴介助加算（Ⅱ） 55単位／日（新設） ※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可

算定要件等

＜入浴介助加算（Ⅰ）＞(現行の入浴介助加算と同要件)

○ 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。

＜入浴介助加算（Ⅱ）＞(上記の要件に加えて)

○ 医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

○ 当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。

○ 上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

厚労省資料

通所介護

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護　入浴介助加算（新たな加算）のイメージ

○　利用者が利用者宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、
・医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・介護支援専門員等が利用者宅を訪問し、浴室の環境を確認する
　※　利用者宅の浴室が、利用者自身又は家族の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、環境整備を行う。
・通所介護事業所において、多職種連携のもと、利用者の心身の状況や居宅訪問により把握した利用者宅の浴室の環境をふまえた個別入浴に関する計画を作成し、同計画に基づき、個別に入浴介助を行う。

利用者宅

利用者宅を訪問

医師、理学療法士又は作業療法士等は、訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーション事業所等との連携により確保することとして差し支えない。

利用者宅の浴室の環境を確認

通所介護事業所

個別入浴計画を作成

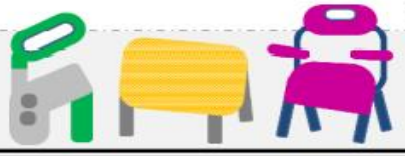
個別に入浴を実施

利用者の身体状況や訪問により把握した利用者宅の浴室の環境をふまえた個別入浴に関する計画を作成し、それに基づき入浴介助を行う。

居宅介護支援事業所・福祉用具販売事業所等

利用者宅の浴室が、利用者自身又は家族の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合

訪問した医師・理学療法士・作業療法士等が、介護支援専門員、福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の購入・住宅改修等環境整備等を助言する。

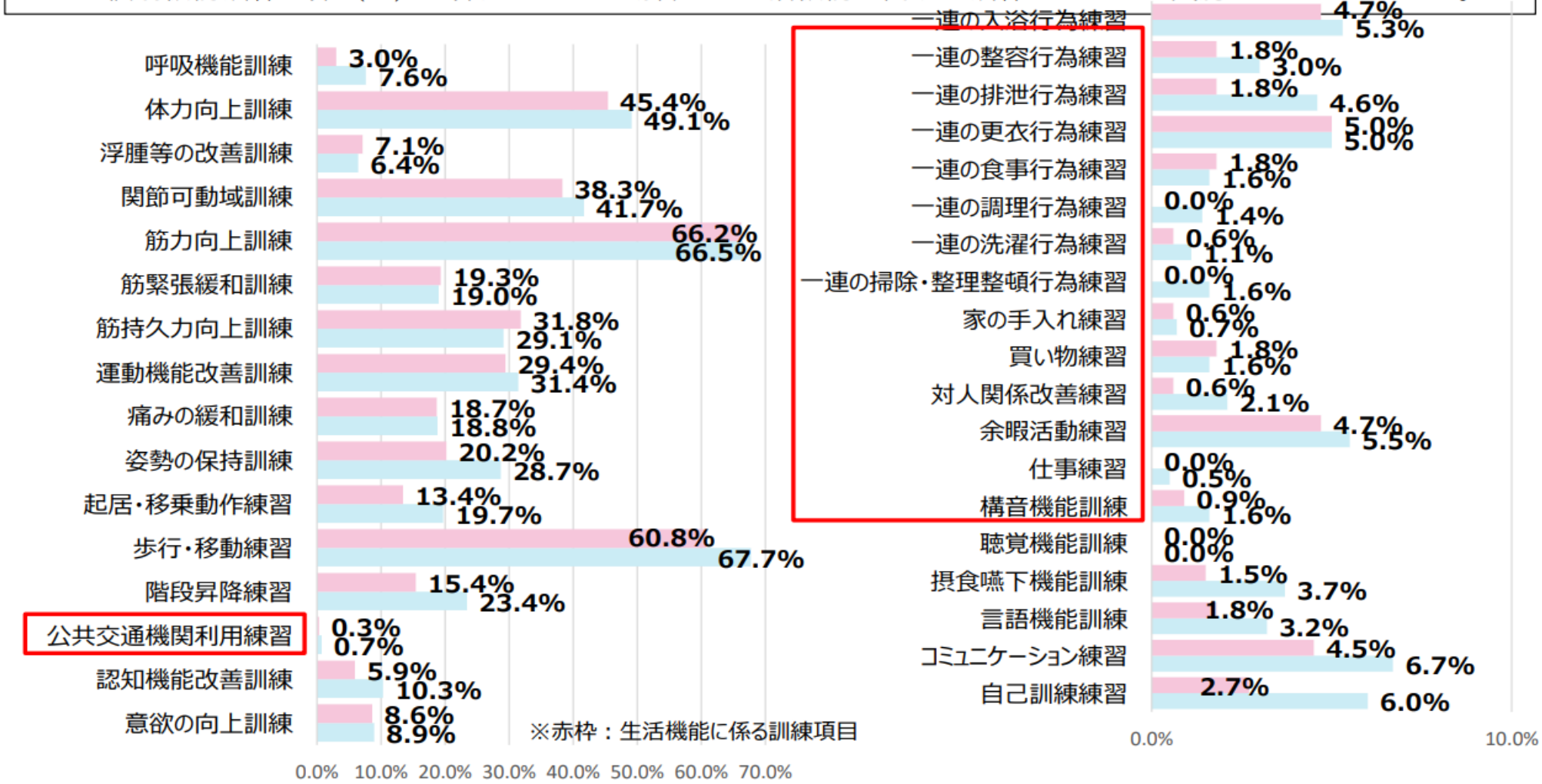


厚労省資料

通所介護

通所介護　個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定している利用者の機能訓練内容

○　通所介護において個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定している利用者の機能訓練内容をみると、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合・個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定している場合で、訓練内容にほとんど差はなかった。
また個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定している場合でも生活機能に関する訓練はほとんど実施されていなかった。



平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成27年度調査）
（３）リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書（抜粋）

厚労省資料

通所介護

3.（1）⑨ 通所介護における個別機能訓練加算の見直し

概要

【通所介護、地域密着型通所介護】

○ 通所介護・地域密着型通所介護における個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、加算の取得状況や加算を取得した事業所の機能訓練の実施状況等を踏まえ、従来の個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）を統合し、人員配置基準等算定要件の見直しを行う。【告示改正】

単位数

＜現行＞			＜改定後＞		
個別機能訓練加算（Ⅰ）	46単位／日	⇒	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56単位／日	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	56単位／日		個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	85単位／日	※イとロは併算定不可
			個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位／月（新設）	※加算（Ⅰ）に上乗せして算定

算定要件等

ニーズ把握・情報収集	通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。			
機能訓練指導員の配置	（Ⅰ）イ	専従１名以上配置（配置時間の定めなし）	（Ⅰ）ロ	専従１名以上配置（サービス提供時間帯通じて配置）
	※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。 ※イは運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。ロはイに加えて専従で１名以上配置する。			
計画作成	居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。			
機能訓練項目	利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。 訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。			
訓練の対象者	５人程度以下の小集団又は個別			
訓練の実施者	機能訓練指導員が直接実施（介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない）			
進捗状況の評価	３ヶ月に１回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行う。			

＜加算(Ⅱ)＞加算(Ⅰ)に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、ﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸを受けていること（CHASEへのﾃﾞｰﾀ提出とﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸの活用）

厚労省資料

3.（1）① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

概要

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、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、認知症対応型共同生活介護★】

○　通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】

○　口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

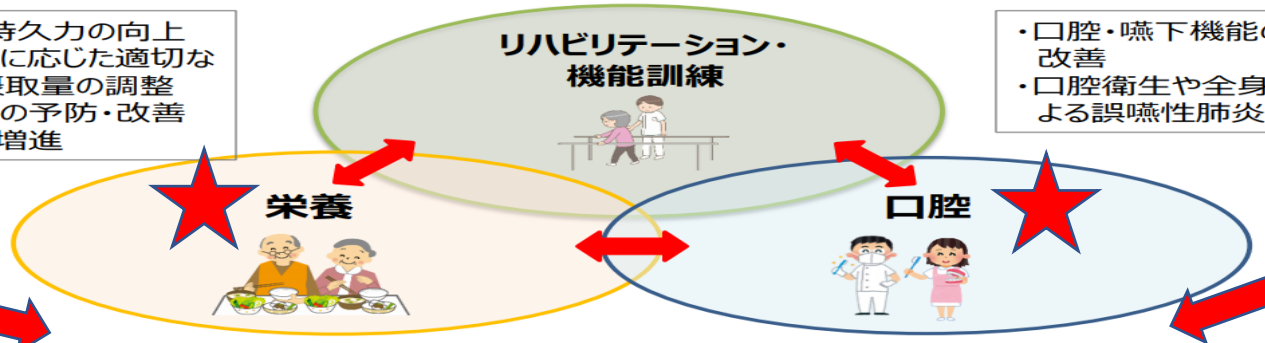
自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審－介護給付費分科会	
第178（R2.6.25）	資料１

リハビリ、栄養、口腔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。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

・筋力・持久力の向上
・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
・低栄養の予防・改善
・食欲の増進



・口腔・嚥下機能の維持・改善
・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

・適切な食事形態・摂取方法の提供　・食事摂取量の維持・改善　・経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

厚労省資料

令和3年度　介護保険制度改正

居宅介護支援　パート２

今回の「切り口」・・
職能団体
東京都介護支援専門員研究協議会「要望書」より

1都介研第５７号
令和元年１０月１日

厚生労働大臣
加藤　勝信　　様

特定非営利法人
東京都介護支援専門員研究協議会
理事長　小島　操

令和２年改正（令和３年施行）介護保険法に関する要望書

現在、社会保障審議会介護保険部会において、次期介護保険制度改正に向けて「持続可能な制度の再構築・介護現場の革新」の観点から、「ケアマネジメントに関する給付の在り方」として、居宅介護支援への利用者負担導入の検討が行われています。当会は居宅介護支援の利用者負担導入について、質の高いケアマネジメント実現並びに高齢者虐待抑止の観点から「反対」であることを表明します。ついては、下記の事項についてご検討ならびにご配慮をお願い申し上げます。

重点要望

1．利用者が自己負担なく居宅介護支援を受けられる環境の維持。

居宅介護支援費の利用者負担導入に反対します。

2．プロフェッショナルとしてケアマネジメントを実施できる環境の整備。

一部のサービス（事業所）等に偏りが無いかを精査し、偏りがある場合には保険者、指定権者が是正できる仕組みを確立することを求めます。

3．給付実績に結びつかないケアマネジメントの評価。

居宅介護支援事業所の給付実績に結びつかない医療・介護・生活にまたがる諸課題を解決するために行う継続的、横断的な相談支援機能が評価されるシステムを構築することを求めます。

1.「利用者が自己負担なく居宅介護支援を受けられる環境の維持」
→ 昨年の研修を思い出しませんか？

2020年度　町田市ケアマネジャー連絡会・研修

令和元年度
厚生労働省老健局
老人保健健康増進等事業

ケアマネジメントの公正中立性を確保する取組調査研究事業報告等について

令和元年度
ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究

事業報告

令和2年4月3日（金）

医療経済研究機構

18

s and Policy

委員会　委員一覧

役　職	氏　名（所属）
座　長	内藤 佳津雄（日本大学文理学部心理学科 教授）
委　員	鎌田 大啓　（株式会社TRAPE 代表取締役）
	熊谷 芳浩　（株式会社ナレッジ・ケア・マネジメント研究所 主任研究員）
	蔵本 博樹　（東京都介護支援専門員研究協議会 理事/事務局長）
	佐方 信夫　（医療法人平成博愛会世田谷記念病院　在宅医療部長）
	竹本 匡吾　（社会福祉法人 地域でくらす会 副理事長）
	都築 晃　（藤田医科大学 地域包括ケア中核センター 講師）
	中島 民恵子（日本福祉大学福祉経営学部医療・福祉マネジメント学科 准教授）
	沼田 裕樹　（日本社会事業大学 非常勤講師）
	松岡 洋子　（東京家政大学人文学部 准教授）
	松本 小牧　（愛知県豊明市　健康福祉部　健康長寿課　課長補佐）
	松本 博規　（株式会社千早ティー・スリー コンサルティング部 部長）
	吉江 悟　（一般社団法人Neighborhood Care 代表理事/東京都介護支援専門員研究協議会 理事）
	吉田 俊之　（株式会社NTTデータ経営研究所　情報未来イノベーション本部 戦略企画センター長）
	渡邉 大輔　（成蹊大学文学部現代社会学科 准教授）

下の「事業所当たりの紹介率」で、何か思い出しませんか？

公正中立性を確保するための取組案・1

	独立かつ一定規模以上事業所	
		独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議 （地域密着型居宅介護支援事業所の新設も）
メリット	・**経営的なプレッシャーのかかりにくい環境、専門性を担保しやすい環境になる。** ・**一定規模以上にすることで、ケアマネジャーの研修の受講が容易になり、事業所内のOJTが促進される。** ・**現在の制度の建てつけを大きく変更する必要がない（基準や介護報酬の変更のみ）。** ・ケアマネジャーが休暇を取得がしやくなる。 ・独立型であることを好む介護支援専門員がいるため、採用が優位に働く場合があり、かつ離職率の低下につながる。 ・事業の透明性を図りやすく、新規の依頼を獲得しやすい。	・**運営推進会議の導入により、市民の監視の目が入ることで公正中立性の確保が期待できる。** ・運営推進会議の場で情報（集中減算の数字）が公開されることから、利用者の情報非対称性が薄まる可能性がある（モラルハザードの防止）。 ・地域密着型居宅介護支援事業所だけの基準緩和が可能になる（担当件数が35件以上担当できる、など）。
デメリット	・**公正の確保になるとは限らない。** ・独立型の効果検証、給付抑制の効果等が明らかになっていない ・**独立性の担保が難しい（分社化・子会社化）。** ・いわゆる1人ケアマネが存在できなくなる。 ・併設型の居宅介護支援事業所から大きな反発を受ける可能性がある ・独立型は資源が限られる地方部では難しい。 ・地域包括支援センターが利用者が希望するサービスとセットでのケアマネジメントを好む場合があり、独立型は依頼を受けづらい	・運営推進会議に出席が求められる市町村や包括の業務負担が増える ・運営推進会議自体が形骸化している場合が多く、期待される効果が見込めるか不明（運営推進会議の運営方法の検討が必要）

⇒**一事業所当たりの紹介率を公表することなどが必要（マローサウンズカンパニー・大阪府調査）**

1.「利用者が自己負担なく居宅介護支援を受けられる環境の維持

地域包括ケアシステムの推進

2.（6）① 質の高いケアマネジメントの推進（特定事業所加算の見直し等）②

居宅介護支援

概要 【居宅介護支援】

○ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所に、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める。【省令改正】

- 前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- 前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

介護情報公表システム

介護情報公表システムの運営情報において公表

訪問介護（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）
通所介護（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）
地域密着型通所介護（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）
福祉用具貸与（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）	○○事業所（○%）

＊ 各サービス（特定事業所集中減算対象サービス）を位置付けたケアプラン数／事業所のケアプラン総数

掲載

説明

【居宅介護支援事業所】

福祉用具貸与
地域密着型通所介護
通所介護
訪問介護
通所介護
訪問介護
福祉用具貸与
通所介護
訪問介護
地域密着型通所介護

厚労省資料

また、その一方で･･･
出典:(一社)日本介護支援専門員協会　ホームページより

国民の利益を重視した
介護支援専門員の
公正中立な取り組み

財政制度等審議会で春の建議に向けた議論の資料において事業所の約９割が他の介護サービス事業所に併設しており、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約４割いるなど、サービス提供に公正中立性の問題が存在。とあるが、単なる見聞きしたレベルの調査結果では実情を示すデータとしては不十分である。

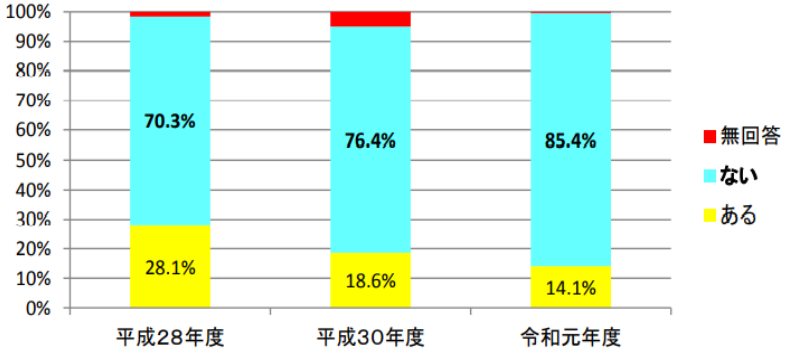
求められた介護支援専門員が、どう対応したかは以下の調査結果を踏まえると、示された約４割という数字を実態として、この調査結果をもって居宅介護支援事業所や介護支援専門員が自法人の営利誘導に動いているとする根拠と言い切るには無理がある。

一般社団法人日本介護支援専門員協会

©Japan Care Manager Association

Q1ケアマネジャーが特定のサービスや事業所をケアプランに位置づけることの有無

	ある	ない	無回答	回答数
平成２８年度	28.1%	70.3%	1.6%	1572
平成３０年度	18.6%	76.4%	5.0%	1288
令和元年度	14.1%	85.4%	0.4%	905



（事業所対象調査）
３年間異なる調査対象でも、それほど変化はない。
表記のおとり特定のサービスを位置づけたとされる事業所の割合は年々減少傾向にあり、実際に「あった」と回答している事業所は令和元年度は２割以下である。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書」（平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査）及び
「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業報告書」（令和元年度老人保健健康増進等事業）より作成

©Japan Care Manager Association

①介護支援専門員の公正中立

©Japan Care Manager Association

また、その一方で・・・

令和元年度
厚生労働省老健局
老人保健健康増進等事業

令和元年度
ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究

事業報告

令和2年4月3日（金）

医療経済研究機構

アンケート調査の概要

○調査方法
・インターネットによる無記名調査
○回収数、有効回収数
・回収数：1,332
・有効回収数：1,303
・ケアマネジャー資格をもたないではない12票、および同資格について無回答17票の計29票、は除外した
○地域別回収数(下表)

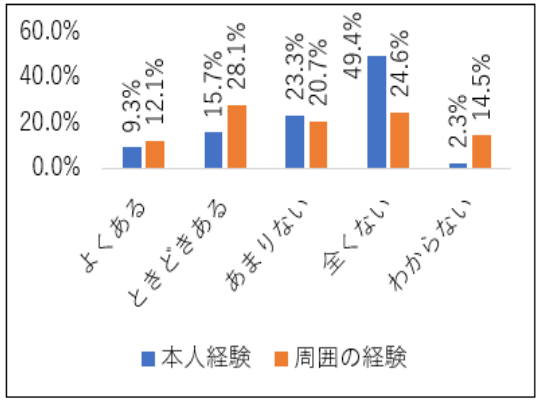
地域情報	N	%
東京都	461	35.4%
大阪府	285	21.9%
愛知県	102	7.8%
大分県	131	10.1%
山口県	79	6.1%
沖縄県	65	5.0%
その他・不明	180	13.8%
Total	1,303	

現場ケアマネジメントの公正中立性について、次のような結果を得た。

「あなたが過去1年間に以下のような経験をしたことがありますか」（以下、**本人経験**）という問いに対し、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」の経験については、**「よくある」「ときどきある」と回答した方が25.0%**、「あなたの事業所がある自治体では、過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことはありますか」（以下、**周囲の経験**）という問いに対し、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」の経験については、**「よくある」「ときどきある」と回答した方が40.2%**であった。

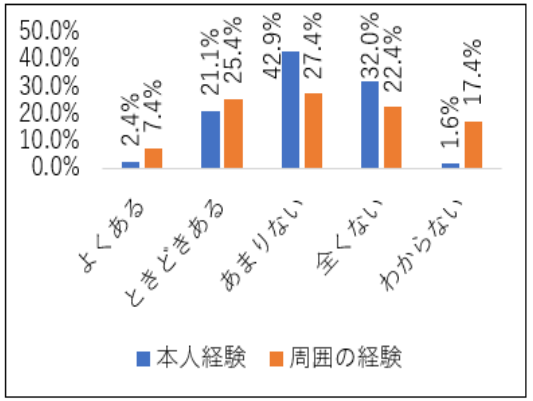
また、「自立支援が必ずしも目的とは言えない、利用者や家族から求められるままのサービスを調整した」の回答は、**本人経験が「よくある」「ときどきある」が23.5%**であり、**周囲の経験は、「よくある」「ときどきある」と回答した方が32.8%**であった。

図表：「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」の経験



出所:問10.1　問11.1アンケート調査結果

図表：「利用者や家族から求められるままのサービスを調整した」の経験



出所:問10.7　問11.7アンケート調査結果

2.「プロフェッショナルとしてケアマネジメントを実施できる環境の整備」

居宅介護支援　等

5.（1）⑫ サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保

概要

【ア：訪問系サービス★（定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く）、通所系サービス★（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★を除く）、福祉用具貸与★　イ：居宅介護支援】

○　サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、以下の対応を行う。

一部R3.1.13諮問・答申済

ア　訪問系サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く）、通所系サービス（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護を除く）及び福祉用具貸与について、事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供を行う場合には、当該建物に居住する利用者以外に対してもサービス提供を行うよう努めることとする【省令改正】。また、事業所を市町村等が指定する際に、例えば、当該事業所の利用者のうち一定割合以上を当該事業所に併設する集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の条件を付することは差し支えないことを明確化する【通知改正】。

イ　同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証を行うとともに、サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかの観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。
（居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証については、効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行）

厚労省資料

3.「給付実績に結びつかないケアマネジメントの評価」

地域包括ケアシステムの推進

2.（6）④　看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

居宅介護支援

概要　【居宅介護支援】

○　看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。【通知改正】

単位数

＜現行＞
サービス利用の実績がない場合は請求不可　⇒

＜改定後＞
居宅介護支援費を算定可

算定要件等

・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること

・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと

退院

退院に向けて利用者の状態変化のタイミングに合わせて、アセスメントやサービス担当者会議等の必要なケアマネジメント業務を行い、ケアプランを作成

状態変化

利用者・家族からの相談、調整や、サービス事業者等の調整、ケアプランの変更　等

死亡

【現行】サービス利用の実績がない場合、居宅介護支援費算定不可

【改定後】サービス利用の実績がない場合であっても、居宅介護支援費算定可

厚労省資料

その他・・であるが、「３」に関係する事柄

報酬体系の簡素化

5.（２）② 居宅介護支援における（看護）小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の廃止

概要　【居宅介護支援★】

○　（看護）小規模多機能型居宅介護事業所連携加算について、報酬体系の簡素化の観点から、算定実績を踏まえて、廃止する。

単位数

＜現行＞			＜改定後＞
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位／月	⇒	廃止
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位／月		
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位／月		

厚労省資料

その他

2.（6）③　医療機関との情報連携の強化

地域包括ケアシステムの推進

概要

【居宅介護支援】

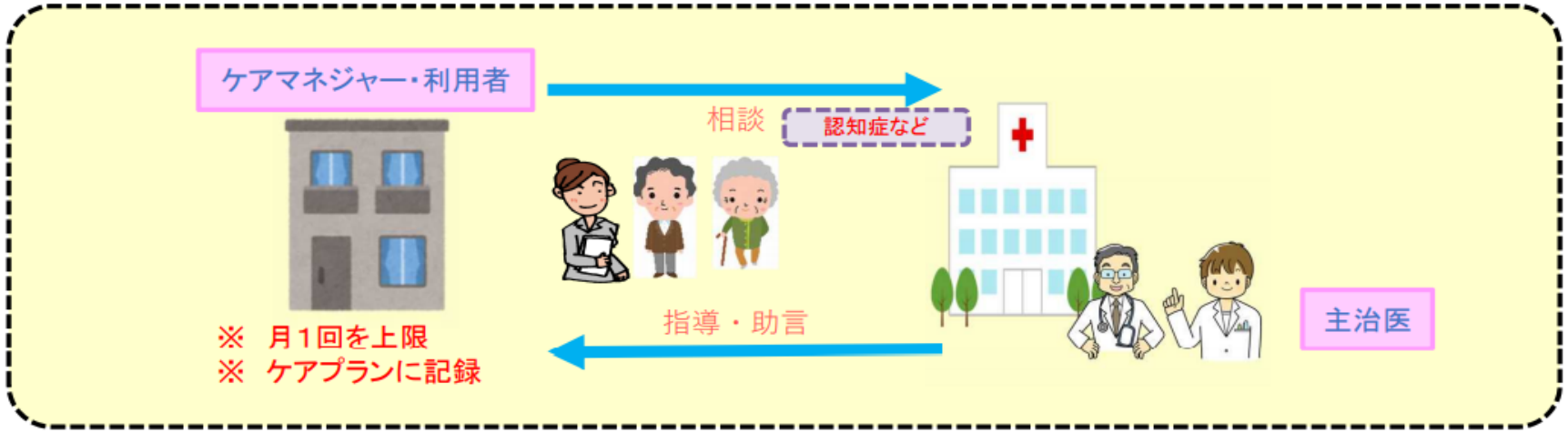
○　居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	通院時情報連携加算　50単位／月（新設）

算定要件等

・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



厚労省資料

その他／「LIFE」。今回の改正では、努力義務で活用する形で「居宅介護支援」には、あまり影響はない？ようですが・・・将来は！？

個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

社保審－介護給付費分科会 第197回（R2.12.18）　参考資料３ 一部改変

例①：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）

本人の状態

年齢：80歳
性別：男性
要介護度：３

褥瘡の有無　：なし
褥瘡のステージ：

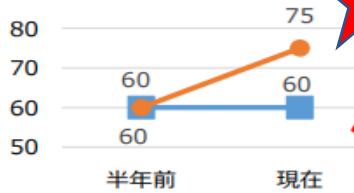
①利用者の背景

サービス利用者の基本的な情報。

LIFEに各領域のデータを収集

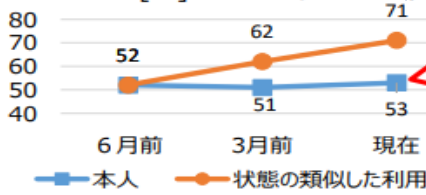
活動　リハビリテーションの実施：あり（１時間：３回/週）

■ADLの評価
Barthel Index合計点数の推移



②リハビリテーションによるADLの改善効果は乏しい。

■移動能力[m]（６分間歩行試験）



③歩行距離はあまり改善していない。

ADLや歩行距離の経時的な変化等を評価。

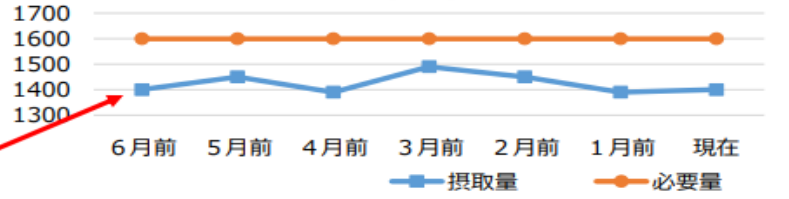
栄養状態　（管理栄養士：不在　栄養関係の加算：なし）

■栄養状態の総合評価：維持　■低栄養リスクレベル：中
■経腸・静脈栄養の有無：いずれもなし

■BMI(※)の変化

④栄養状態は、低体重の状態。

■食事摂取量・必要量［エネルギー(kcal)］



⑤必要量に比べ、食事の摂取量が少ない。

リハビリテーション中のBMIや食事摂取量等を評価。

データ分析

【まとめ】
- 同じような利用者のデータと比較して、リハビリテーションの効果が低い。
- 食事摂取量が少なく、BMIは低い状態（低体重）で経過している。

【フィードバック】
- リハビリテーションの提供に合わせて、間食など食事提供量の増量を推奨。

リハビリテーションの効果アップ（ADLが改善）、栄養状態の改善（BMIは正常値に）

※ BMI（Body Mass Index）
・［体重(kg)］÷［身長(m)の2乗］で算出
18.5未満：低体重（やせ）
18.5～25未満：普通体重
25以上：肥満

令和3年度　介護保険制度改正
認知症に関する見直し

―「認知症施策推進大綱」を踏まえ―

厚労省資料
（厚労省ホームページより）

第１．基本的考え方

認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく。

こうした基本的な考え方の下

１．普及啓発・本人発信支援
２．予防
３．医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
４．認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
５．研究開発・産業促進・国際展開

の５つの柱に沿って施策を推進する。その際、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とする。

2.（1）④　認知症介護基礎研修の受講の義務づけ

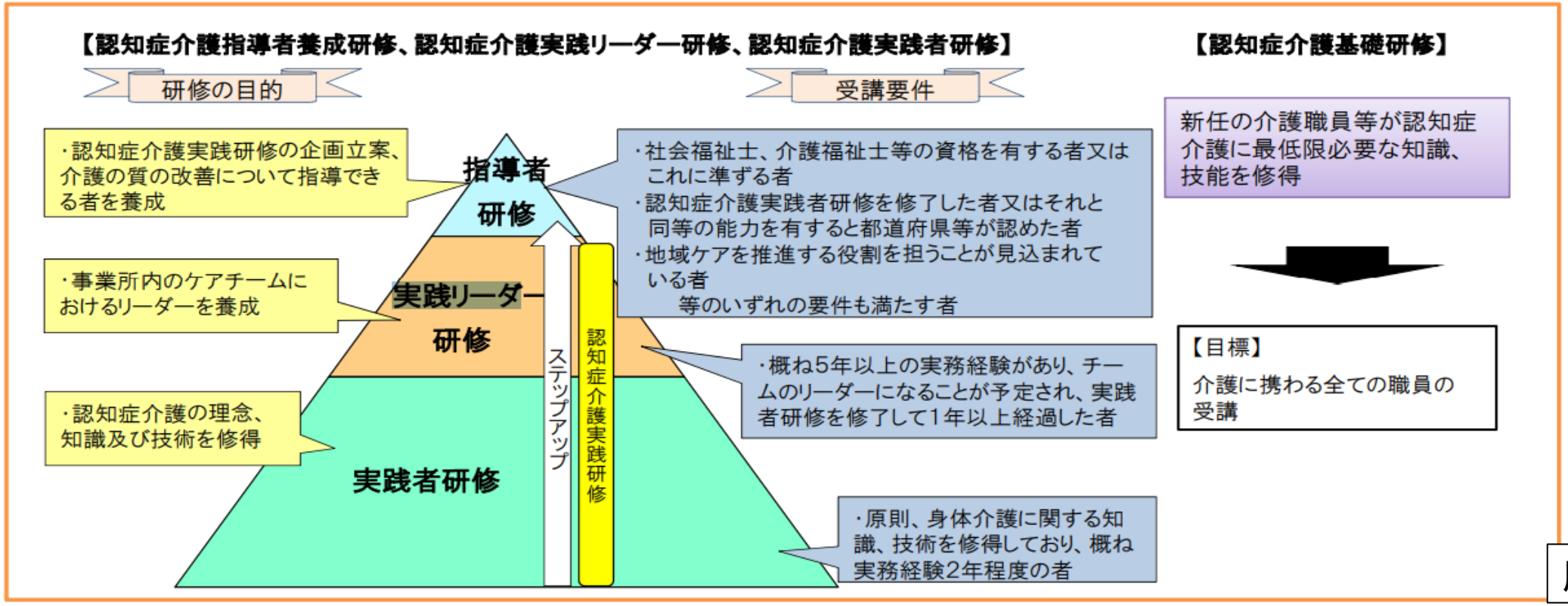
概要　【全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）★】

○　認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。【省令改正】

　その際、３年の経過措置期間を設けることとするとともに、新入職員の受講についても１年の猶予期間を設けることとする。

R3.1.13諮問・答申済

（参考）介護従事者等の認知症対応力向上の促進



厚労省資料

2.（1）① 認知症専門ケア加算等の見直し

概要

【ア：訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★　イ：ア及び、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、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、認知症対応型共同生活介護★、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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○　認知症専門ケア加算等について、各介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、以下の見直しを行う。

ア　訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、他のサービスと同様に、認知症専門ケア加算を新たに創設する。【告示改正】

イ　認知症専門ケア加算（通所介護、地域密着型通所介護においては認知症加算）の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修（※１）を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師（※２）を、加算の配置要件の対象に加える。【通知改正】

なお、上記の専門研修については、質を確保しつつ、ｅラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

※１　認知症ケアに関する専門研修
認知症専門ケア加算（Ⅰ）:認知症介護実践リーダー研修
認知症専門ケア加算（Ⅱ）:認知症介護指導者養成研修
認知症加算:認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修

※２　認知症ケアに関する専門性の高い看護師
①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

単位数

アについては、以下のとおり。
イについては、単位数の変更はなし。

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	認知症専門ケア加算(Ⅰ)　３単位／日（新設）※
		認知症専門ケア加算(Ⅱ)　４単位／日（新設）※

※　定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護（Ⅱ）については、認知症専門ケア加算（Ⅰ）90単位／月、認知症専門ケア加算（Ⅱ）120単位／月

算定要件等

アについては、以下のとおり。
イについては、概要欄のとおり。

＜認知症専門ケア加算（Ⅰ）＞（※既往要件と同）

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上
- 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は１名以上、20名以上の場合は１に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

＜認知症専門ケア加算（Ⅱ）＞（※既往要件と同）

- 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を１名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定

厚労省資料

2.（1）② 認知症に係る取組の情報公表の推進

概要　【全サービス（介護サービス情報公表制度の対象とならない居宅療養管理指導を除く）★】

○ 介護サービス事業者の認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、全ての介護サービス事業者(居宅療養管理指導を除く)を対象に、研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表することを求めることとする。【通知改正】
　具体的には、通知「「介護サービス情報の公表」制度の施行について」（平18老振発0331007）別添１について以下の改正を行う。

【現行】

別添１：基本情報調査票（下の表は、夜間対応型訪問介護の例）

事業所名：　　事業所番号：　　（枝番）

基本情報調査票：夜間対応型訪問介護

（20XX年XX月XX日現在）

計画年度	年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

３．事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況

事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況

（その内容）	

実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組

アセッサー（評価者）の人数		人		
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4
	人	人	人	人
外部評価（介護プロフェッショナルキャリア段位制度）の実施状況				［　］ 0. なし・ 1. あり

【見直し】
　認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、その他の研修の欄を設け、受講人数を入力させる

厚労省資料

★★

認知症対応型共同生活介護

2.（2）① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

概要

【短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、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、認知症対応型共同生活介護、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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○　看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や**看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める。**【告示改正、通知改正】

○　施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

算定要件等

○　ターミナルケアに係る要件として、以下の内容等を通知等に記載する。

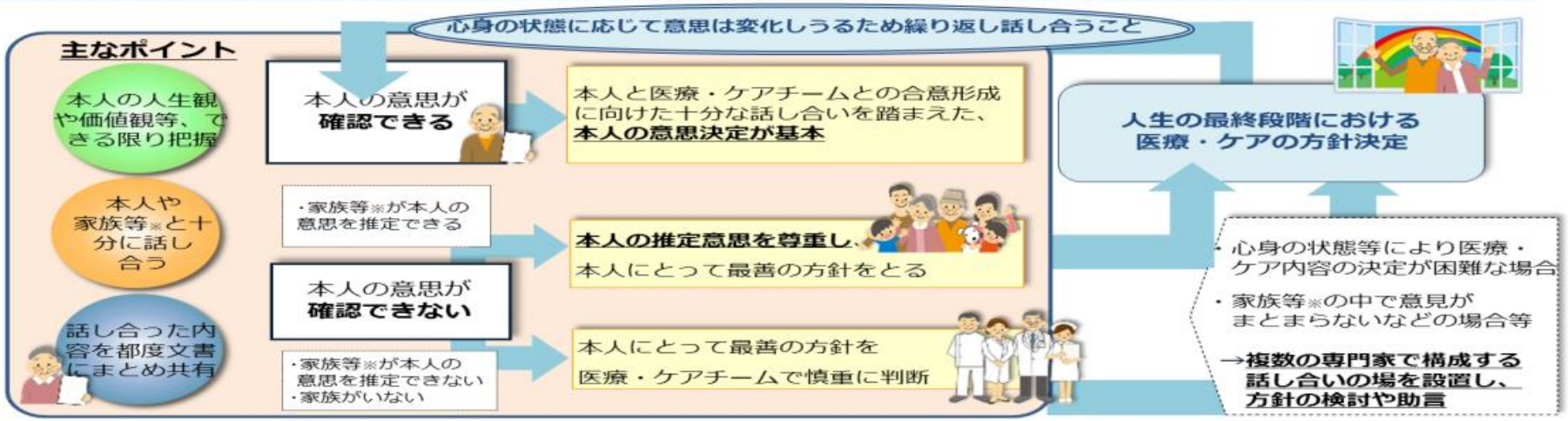
・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。

○　施設サービス計画の要件として、以下の内容等を運営基準の通知に記載する

・　施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

厚労省資料

認知症対応型共同生活介護

2.（2）⑥ 認知症グループホームにおける看取りへの対応の充実

概要

【認知症対応型共同生活介護】

○ 認知症グループホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。

ア 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【通知改正】

イ 算定日数期間を超えて看取りに係るケアを行っている実態があることを踏まえ、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する区分を設ける。【告示改正】

単位数

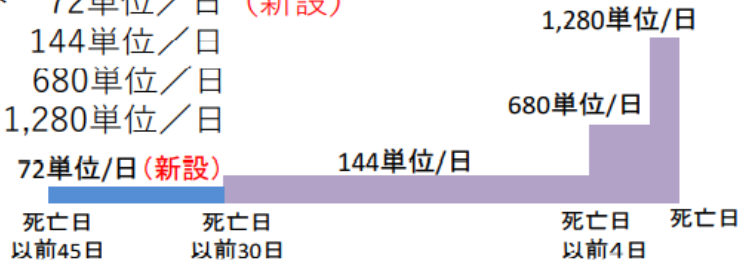
○看取り介護加算（短期利用を除く）

＜現行＞

死亡日以前4～30日以下　144単位／日
死亡日以前2日又は3日　680単位／日
死亡日　1,280単位／日

＜改定後＞

死亡日以前31～45日以下　72単位／日（新設）
死亡日以前4～30日以下　144単位／日
死亡日以前2日又は3日　680単位／日
死亡日　1,280単位／日



算定要件等

（施設基準）
- 看取り指針を定め、入居の際に、利用者等に対して内容を説明し、同意を得る
- 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ、看取り指針の見直しを実施
- 看取りに関する職員研修の実施

（利用者基準）
- 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
- 医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した介護計画について説明を受け、その計画に同意している者
- 看取り指針に基づき、介護記録等の活用による説明を受け、同意した上で介護を受けている者

（その他の基準）
- 医療連携体制加算を算定していること
- 「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」等の内容に沿った取組を行うこと（追加）

厚労省資料

下記、引用資料等

〇厚生労働省　社会保障審議会介護給付費分科会（第198回、第199回）」

〇厚生労働省　ホームページ「令和3年度介護報酬改定について」

　資料「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」

〇セミナー「令和3年度介護報酬改定について」（令和3年4月7日）資料

　（講師　厚生労働省老健局　認知症施策・地域介護推進課　平井智章氏）

〇セミナー「令和3年度介護報酬改定について」（令和3年4月15日）資料

　（講師　厚生労働省老健局　老人保健課長　平子哲夫氏）

業務後のご参加、
ありがとうございました・・・