

自立支援・重度化防止の推進 （検討の方向性）

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）①

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

<自立支援・重度化防止の考え方>

- 介護度の改善を評価する仕組みは、制度の持続可能性の観点からも重要ではないか。
- 自立支援や重度化防止の取組は何を目指すものかについて、共通認識を持って議論を進められるようにする必要があるのではないか。
- 認知症対応についても、エビデンスに基づきプロセス評価を行い、PDCAサイクルに沿った対応を進めていくべき。
- 受たい介護を目指し、多床室におけるポータブルトイレの使用はなくしていくべきであり、また、日中の過ごし方次第で、寝たきりやフレイルなども改善も期待できる。尊厳の保持と自立支援に向けた取組を報酬で評価すべき。
- 利用者等が介護度が下がることを望まない場合があり、その理由として、サービスを利用できなくなることへの不安があるため、一定期間は、同様のサービス利用を可能とし、徐々に要介護度に見合ったサービスへ移行する仕組みを検討してはどうか。その際、介護保険サービスだけでなく、一般介護予防事業の活用を検討することや、一定期間状態を維持した場合における利用者や介護事業者へのインセンティブも検討してはどうか。
- 自立支援・重度化防止の観点から、ケアマネジメントが重要となるが、中立・公平性について検討が必要ではないか。

<アウトカム評価、プロセス評価、ストラクチャー評価>

- 介護の質を評価するにあたり、全体をストラクチャー、プロセス評価からアウトカム評価にシフトするなど、利用者にとって介護保険法の目的に資する結果につながっているのかどうかという評価にシフトしていくことが重要ではないか。
- ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価として考えられる加算を並べると、プロセス評価に関するものは様々なものがある一方で、アウトカム評価に関するものは非常に少なく、充実を図るべきではないか。
- アウトカム評価の充実に向け、既存のプロセス評価の項目について調査研究等を通じ状態の改善を確認し、改善が見込まれる項目は、アウトカム評価に移行していく等のアプローチも考えられるのではないか。
- アウトカム評価の導入にあたっては、より高い水準の取組と実績を評価する一方で、自立支援や重度化防止につながる取組を行っていない場合は減算するなどのメリハリのある評価とすべき。
- アウトカム評価については、クリームスキミングによる利用者のサービス利用への影響を検証した上で検討する必要があるのではないか。
- アウトカム評価について、利用者本人だけでなく、社会的な価値や地域全体のWell-beingの向上に対する貢献という観点からの評価も考える必要があるのではないか。
- アウトカム評価を検討する中で、重度者については、誇りを持って、尊厳ある生活を維持できているかという観点も重要ではないか。
- 通所介護等において、自立支援・重度化予防を図り、質の高いサービス提供を促すため、メリハリのある評価体系となるよう検討するべき。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）②

- 現在の報酬体系では、要介護度が改善した場合、報酬が減ってしまうとともに、アウトカムを評価する加算も単位数が少なく、必ずしも事業所のインセンティブにつながっているとは言えない状況。
- 自立支援・重度化防止の観点から、要介護度の改善につながる質の高いサービスの取組を評価し、事業所においてインセンティブが働くような介護保険制度の持続可能性を高める仕組みの構築が必要ではないか。これは、職員のモチベーション向上等にもつながるのではないか。実施に当たっては財政中立で行うべきではないか。
- 介護報酬上、要介護度が上がると区分支給限度額が上がり、サービスを多く使えるため、要介護度が上がることを望む方が見受けられる。今後、自立支援を進める観点から、要介護度が改善することに対するインセンティブを考える必要があるのではないか。
- 介護度が改善することに対するインセンティブを考えるべきとの意見もあるが、近い将来の看取りを意識し生活する人について、事業所が要介護状態の改善を競うことには違和感がある。特に認知症は進行性の疾患であり、要介護度の改善になじまないのではないか。また、利用料の観点からも、利用者や介護者の納得感が得られるか疑問であり、慎重に検討する必要があるのではないか。
- 介護の質の評価については、適切なサービス等の選定や結果としての要介護状態の維持改善は、ケアマネジメントにおいても、現状では、アウトカム評価の結果が利用者のサービス選定に及ぼす影響は限定的であり、サービスの特性や他のサービス利用との関連などの要素が大きいのではないか。
- サービスの質の評価を進めるにあたり、標準化を進める一方で、一定以上のサービスを活用することで、生活が改善・維持しているケース等では、要介護状態が改善している場合でも特に注意が必要。認知症高齢者等においては、サービスの質・量の維持がその状態の維持・改善にもつながっている可能性もあるのではないか。
- リハビリテーションの目的は、食事や入浴、排せつ等を可能な限り自らできるようにすること。意思決定支援が更に重要になることも踏まえ介護サービスの質、アウトカムを検討していく必要があるのではないか。
- リハビリテーションの領域以外のサービスについてもアウトカム評価、プロセス評価を導入していき、サービスの質が可視化できるような指標の開発、それに伴う報酬体系というものが必要であり検討すべき。指標には、疾患の重症化防止や症状の緩和等の視点も重要。
- 看多機について、利用者の褥瘡の改善、排せつの自立、経口摂取の回復等に改善の効果がみられることから、介護施設のプロセス評価の仕組みを参考に評価を検討すべき。
- 利用者が機能訓練やリハビリを望まない場合に、事業所が機能訓練やリハビリ以外のやり方でQOLの向上へのアプローチを行った場合にもそれが評価されるような多様性が担保された仕組みが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）③

<評価指標、データ活用>

- サービスの質の評価指標に関する標準化について、共通の物差しが必要ではないか。
- VISITやCHASE等を有効に活用し、アウトカム評価を充実していくことや、介護に関するエビデンスを集積することで介護の質を高めることは、非常に重要であり、取組をより実効性のあるものとしていくべき。
- サービスの質の可視化やその評価を積極的に進めていくべき。CHASEやBarthel Indexは、情報の確度を高め、多数の情報を収集する必要があるため、詳細な要件は求めず提供を評価すること等を検討するべき。
- VISITやCHASEを入力することで、直接的に介護の質が高まるわけではないが、政策的意図をもって普及するためには加算が重要であり、普及した後はアウトカムで評価をしていくという考え方もあるのではないかな。
- 科学的な観点からの標準化や評価が重要であり、VISITの普及を図っていく必要があるのではないかな。
- 科学的介護の推進に加え、利用者がどのような生活を送りたいか、社会との関わりを高めていけるかななどのQOLに関する観点を把握することで、個人の生活の視点を重視していくことも必要ではないかな。
- 施設系、在宅系と様々なサービスがある中で、将来的に可能な限りNDB、介護DB、そしてVISIT、CHASEを連結し、一気通貫した活用ができるよう、対象範囲についても整合を図っていくことが必要ではないかな。

（収集項目）

- 栄養と関連し、口腔の清潔や口腔機能の評価も重要であり、今後追加を検討して欲しい。
- 口腔・嚥下の項目の口腔清潔に関して、「自ら口腔清掃ができるか」、口腔機能に関しては、「義歯の有無等」の追加をしてはどうか。
- どのような服薬情報が求められ、活用されるべきなのかということを十分検討した上で、項目立てをし、有効な情報収集、分析ができるようにするべき。
- 評価指標の在り方に関し、未病指標は状態を数値により可視化し、将来予測により、行動変容を促していくものであることから、未病指標を活用し改善した事業所は報われるというシステムを検討すべきではないか。健康か病気かという二分論ではなく、グラデーションモデルへと変えるべき。
- 「社会参加」をもう少し具体的にすべき。外出や買い物等どのような内容が社会参加となるのかを、もっと細かく分析していく必要があるのではないかな。
- 介護の質の評価を本格的に報酬で行っていくにあたっては、適切な指標の開発を待つことが重要ではないかな。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）④

（フィードバック機能）

- VISITの活用が重要であり、フィードバックを充実させていくことで、VISITの有効性を共有できるようにすることも重要ではないか。
- VISITのフィードバックについて、分析結果の活用方法や好事例などを情報提供した上で、データ提出だけではなく、フィードバックした結果を活用することも要件化することを、将来的には検討していくべきではないか。
- フィードバックは、事業者がデータを提供するインセンティブとしても重要であり、今後、CHASEにおけるその具体的な内容も示しながら、フィードバックの結果を活用すること、これにより状態の改善につなげることの一連の仕組みを事業所にしっかりと伝えていくべき。
- 加算により利用者の自己負担が発生するが、利用者に直接フィードバックすることが難しいため、現場では、利用者の理解、説明が困難な場合があることが課題ではないか。
- 事業所に対するフィードバックが重要であるが、フィードバックの充実が図れていない現時点では、データ提出そのものを促すという段階であり、加算の要件としてデータ提出を求めることは、難しいのではないか。

（事業者の負担軽減）

- VISITについては、現場の負担が大きいため、現場に負担がなく、かつ、有効な情報の収集の仕組みとなることを目指すべきではないか。
- データ提出にあたり介護ソフトと連携できないと、事業所の負担が重過ぎるため、報酬とは別に対応を検討していく必要があるのではないか。VISITのデータ提出加算が創設され、2年半が経過することから、今年度中に、CHASEと併せて、取組が順次進むことを期待。
- 事業所の負担軽減の観点からは、ベンダーへの働きかけや、介護ソフトとのデータ連携を基金を活用し支援することも効果的ではないか。
- 介護記録ソフトとのデータ連携については、新型コロナウイルス感染症により事業所の収支が悪化している中で、導入に当たっての基金による支援を充実することを検討してはどうか。
- 入力作業の負担軽減を図る観点からは、通常の介護の中で自然と情報が入力できるようにすること等により、現場の負担軽減を図りつつ、必要な情報を確実に収集できる仕組みを検討すべきではないか。
- VISITとCHASEの一体的な運用を進めるにあたっては、VISITの問題点を踏まえ、現場の負担が少なく、速やかにデータが提出できるようにする必要があるのではないか。
- 記録の電子化やCHASEに対応したシステム導入に伴う財政的な負担や、事務負担が、地方の小さな事業所にとっては大きな課題であることを踏まえるべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑤

< 専門職間の連携等 >

- 利用者のADLの維持や生活機能向上に関しては、事業所・施設とリハビリテーション専門職、介護支援専門員の連携、特に事前関与が効果的であることから、事前に関与できる方策の推進が重要。
- 高齢者はポリファーマシーが発生しやすいとの指摘もあり、ケアマネジャーと薬剤師の情報連携の仕組みを検討すべき。
- 通所介護や通所リハビリテーションや看多機等において、看護職員と歯科医療専門職との連携強化・情報共有のため、口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくべき。
- 通所リハビリテーションにおいて、口腔と栄養に関するサービスを一体的に提供することでより効果を上げることができることから、歯科医療専門職種と管理栄養士との具体的な連携と協働のための口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをしてはどうか。
- 看護小規模多機能型居宅介護において、提供したケアの約6割が、服薬指導・管理となっており、職種間や多職種の連携、その強化についても議論するべき。
- 老健には管理栄養士が必置だが、その管理栄養士が居宅の方にも関わり指導を行う等のアウトリーチ的な対応の実施を検討してはどうか。
- 医療機関や歯科医療機関との連携、管理栄養士等の確保が課題であるが、特に離島や中山間地域では、顕著な課題であり、このような地域でも、連携確保ができるような仕組みの構築が不可欠である。
- 摂食、咀嚼、嚥下機能回復について、リハビリテーション計画書、個別機能訓練計画書の作成に、歯科医療職も連携できるスキームづくりをしてはどうか。また、口腔衛生管理の効果は大きいことから、カンファレンス等の充実を図り、介護、看護、リハビリ、医療職種での情報共有を図れるようすることが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑥

<リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養>

（リハビリテーション・機能訓練）

- リハビリテーションは、継続してどう提供していくかという考えも重要。また、機能に偏らず、活動と参加もバランス良く行うことを進めてきたが、今後、これをいかに高めていくかという視点から、活動と参加のリハビリの切り分けや、評価を高める等の対応を検討すべき。
- リハビリテーションについて、急性期、回復期、生活期でそれぞれの役割と位置づけがあるが、生活期については、改善が重要である一方、維持という大変重要な役割もあり、適時適切な提供とその評価が重要。
- 生活期のリハビリテーションは、必要に応じ継続的に提供されるべきものあり、卒業すると専門職によるリハビリが受けられないという弊害があるのではないか。
- 重度の要介護者においては、全ての者が改善するわけではなく、生活機能の維持も重要なアウトカムであるため、全ての者に修了や卒業を求めるべきではないのではないか。
- 今後、生活期のリハビリテーションについて、セルフケアに落とし込んでいくとともに、要所要所で専門職が関わり点検をしていくという考え方で取組を進め、自立を目指していくべきではないか。
- 活動と参加を行うために心身機能の訓練は重要。特に活動と参加のリハは、心身機能に関するものと比較し負担が非常に大きいため、活動と参加のリハの評価を高め推進していくことも検討してはどうか。
- 医療保険のリハビリテーションの一つとして、歯科関連職種が取り組む摂食嚥下機能訓練が認められており、介護保険においても歯科関連職種をリハビリテーション職種の一つとして位置づけることを検討して欲しい。
- リハビリテーションに対する医師の関与について、引き続き評価していくべき。
- 通所介護等における個別機能訓練計画書の作成に当たり、歯科医療専門職種の人材の有効な活用による質の高いサービスの提供が図れるような、仕組みづくりを行ってはどうか。

（口腔・栄養）

- 尊厳の保持と自立支援という観点から、口腔の機能改善は重要であり、これは要介護者のADL等の維持改善に資するものではないか。
- 食事についての観察や個別相談、カンファレンスへの参加は重要であり、ICTの活用を認め、平時からの歯科医療者の参画を進めることで、利用者の健康状態の保持・増進や、施設従事者の負担軽減につなげることに加え、医療安全にもつながるのではないか。
- 低栄養の予防が自立支援につながるとのエビデンスもあり、在宅においても取組も進めていくべき。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑦

- 小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護において、利用者の自立支援、重度化防止の観点も踏まえて、当該事業所と他事業所の兼務を認め、当該職員が行う口腔ケアや栄養ケアに対して充実した評価ができないか検討するべき。
- （一体的な提供）
- リハビリテーション、口腔、栄養の連携による効果的な取組について、口腔や栄養、運動の評価を多職種で協働し、様々な場面での取組を総合的に勘案してそれぞれの対応を考える仕組みづくりが重要。連携に当たっては、STの活用も検討してはどうか。
- リハビリテーション、口腔、栄養のトライアングルの図が示されているが、いずれの分野においても薬との関係は切り離せるものではなく、薬剤師との連携の重要性についても共通の認識を持つべき。また、薬の服用による影響が見過ごされやすいことから、副作用と思われる症状の有無や服薬管理されているか等を、薬剤師が医師、歯科医師、管理栄養士、リハ専門職やケアマネジャーと情報共有、連携をすることで、重度化防止につなげることが重要。
- リハビリテーションと栄養、口腔と栄養といった個々の組合せでの好事例やエビデンスは多く示されているが、これらをトータルで組み合わせた調査研究を今後行っていくことが必要ではないか。口腔と栄養の連携・協働を進めるための方策の検討も必要であり、地域での提供体制等の把握を進めながら取組を推進していくべき。
- リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、経口維持計画等は密接にリンクしており、特に摂食嚥下リハにおいては、口腔や栄養、リハが全てが関係することから、共通する項目が多くあることも踏まえ、一体的に現場で共有できるよう、総合的な自立支援計画書のような形で見直すことが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑧

<個々の加算等>

（ADL維持等加算）

- 算定要件が複雑であり、事務負担に見合った算定単位とはいえないのではないか。
- 加算の算定を進めるためには、単位数を引き上げることも考えられるが、その際には、他のストラクチャーやプロセスを評価する加算については、整理・統合し、全体でのバランスをとっていくことも重要。
- クリームスキミングに注意した上で要件を緩和することとし、利用者の状態が維持できていれば評価し、状態が改善していれば更に評価する等の見直しを行うことで、算定拡大を図るべきではないか。また、データ提出に係る区分を新設し、各事業所が取り組みやすい環境整備を進めてはどうか。
- 算定に当たり、「5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者」で、「6月以上連続の利用者が20名以上」との要件をクリアすることが困難であるとのことだが、クリームスキミングの観点を踏まえた検討が必要ではないか。また、6月以上連続の利用者数については、地域密着型通所介護と整合をとり、18名とすることも考えられるのではないか。
- 「初回認定から12月以内の利用者の割合が15%以下」という要件について、12か月以内の利用者は状態が変わりやすく、そのような利用者ばかりを集めて算定しないよう設定された要件であり、12ヶ月以内の利用者についても積極的に評価する場合、本来の要件の趣旨と異なるのではないか。
- 算定率が低い要因となっている「要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以下」や「初回認定から12月以内の利用者の割合が15%以下」と言った要件の見直しに加えて、介護職員の事務処理の負担等を適切に評価し、それに見合う報酬に引き上げることが必要ではないか。
- 要介護3～5の者に対するリハの方が、1・2の者に対するリハよりもBarthel Indexの改善の割合が高いというデータがあることや、初回認定から12か月以内の方が改善割合が高いことを踏まえる必要があるのではないか。また、重度者のリハ利用やその受入れを促すという観点も重要ではないか。
- ケアマネジャーとの連携を図ることも非常に重要。算定のハードルが高いことから、算定要件・取得要件の緩和を検討すべきではないか。
- ケアマネジャーによる事前関与が有効ということであるが、一方で業務負担の懸念もあるため、負担が増加しないような形で検討してはどうか。
- Barthel Indexを評価指標として使っていくことは、50数年前にできた評価指標であることや、介護現場における使用率等からも適当なのかどうか。当該指標には認知症の評価が入っていないため、この点についても検討が必要ではないか。
- 医療保険ではFIMを使っているが、介護保険ではリハビリの専門職もいないのでBarthel Indexを使うとした選択は、適切であったのではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑨

- Barthel Indexを測る際、慣れた職員が行うことが重要であり、医療系施設から福祉系施設に職員を派遣し、対応するということも考えられるのではないか。
- 高齢者の在宅生活の機能を見るという観点から、通所介護だけでなく、他の在宅系サービスにおいても、Barthel Indexは、利用者の状態を横断的に図る指標になり得るのではないか。
- ADLの維持だけでなく、IADL維持も非常に重要であり、ADLとIADLでは内容も異なるため、IADLの維持を行った場合についても評価してはどうか。

（他の加算）

- 生活機能向上連携加算の算定割合が低いことから、広く地域のリハ職を活用する方向での誘導策を検討してはどうか。算定率の向上につなげていくため、例えば連携等に関してのガイドラインを示すことなども検討してはどうか。当該加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算は、制度的・構造的に問題があり、算定率が低いと考えるべきではないか。また、ICTの活用等も検討すべきではないか。
- 認知症ケアについて、BPSDの対応も非薬物療法を原則としており、本人の不安などを取り除くための、様々な角度からのアプローチによる、本人が安定した時間を保つケアの提供が重要。
- 口腔衛生管理体制加算に関し、口腔ケアの研修会の開催、摂食嚥下への支援等が求められているため、こうした連携について、更に高く評価する方向での検討や、歯科医院への通院や訪問歯科の評価も検討するべきではないか。
- 通所系サービスにおける口腔機能向上加算の算定率は、依然として低い状況であり、困難な理由も様々であるが、口腔機能の維持・向上は重要な課題であり、てこ入れが重要ではないか。
- 経口維持加算等の経口摂取の支援について、前向きな見直しや在り方の検討をすべきではないか。
- 経口維持加算について、経口を維持することは利用者にとって望ましく、6か月では効果が出にくいものであることを踏まえると、6か月に限らず、連続的かつ恒常的、長期的な取組として評価すべきではないか。
- 経口維持加算Ⅱについて、会議における医師及び歯科医師等の出席についてウェブ等による参加を認めるなど見直すべきではないか。
- 口腔・栄養について、スクリーニング加算の算定率が全般に低く、介護職員でも簡便に評価できるスクリーニング項目を開発するなど、介護職員に、過度な負担がなく日常業務の中で実施可能な仕組みを整備してはどうか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑩

- 低栄養リスクの改善については、原則、新規入所時や再入所時に算定可能となっており、身体状況の変化により入所中に低栄養となるケースを含め低栄養状態の改善に資する栄養管理全般に対応できるようにすべきではないか。
- 低栄養リスク改善加算や再入所時栄養連携加算の算定率が低調であるが、それぞれの対象者の母集団の数やそれに対する算定割合が重要であり、こうした観点も踏まえ検討してはどうか。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加算創設から6年を経過した現在でも算定率は1%にも満たないという状況。研修会の開催等を様々な工夫を行ったにもかかわらず、算定率が低いことは、仕組み自体に問題がり、廃止も含め、抜本的な見直しをすべき。
- 社会参加支援加算は、加算により移行を促していくという考え方は理解できるが、実績を上げられていない事業所が多い一方で、大きく実績を上げている事業所もあり、クリームスキミングの影響も含め詳細に検証していく必要があるのではないか。
- 社会参加支援加算は、どのようなレベルの人が、どこに移行したかをより細分化し、現場で活用できる指標づくりが必要ではないか。
- 社会参加支援加算は、要介護者と実施する通所サービス事業所とのマッチングが難しいとの意見もあるため、要件の検討を行ってはどうか。
- 社会参加支援加算について、リスクが高い者について、サービス利用に支障が出ないように配慮することが必要。
- 社会参加支援加算の要件のうち社会参加への移行状況に関する計算式は見直すべきであり、特に評価対象期間中にサービス提供を終了した実人数については、中重度者は入院や老健に入所する場合も多く、中重度者の支援を強化しているデイケアほど、算定が難しい場合があることに留意が必要。
- 社会参加支援加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算は、卒業を前提としている一方で、逆紹介を受ける側や卒業させる側にも、経営的なインセンティブがなく、理念どおり地域で支えるというのが難しいという状況になっていることに加え、卒業後に、専門職によるリハが受けられないことは課題であり、卒業した全ての者のデータを取得分析・評価しない限りは、アウトカム評価に資するか定かではないのではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑪

< 重度化防止の推進 >

- 重度化防止は、介護保険施設だけに求められるものではなく、他のサービスにおいても重度化防止を促す仕組みが必要ではないか。
- 地域密着型サービスの看多機や小多機でも、食事や排せつなどのADLの向上や褥瘡の改善、重度化防止の取組をし適切に行っているところが多い数あるため、重度化防止のアウトカムも考慮に入れつつ、評価を検討してはどうか。
- サービス種類に関係なく、多職種連携による適切なケアマネジメントを行うことで、維持改善を図ることができる環境整備が必要ではないか。
- 今後、介護DBとNDBのデータ連結により、維持や改善が図られた事例について、様々な角度からその要因を分析し、横展開できる方策を検討してはどうか。
- 排せつ支援加算や褥瘡マネジメント加算については、状態の改善や軽減等の実績を踏まえたアウトカム評価を導入していくべきではないか。

（寝たきり予防）

- 介護医療院の利用者を含め寝返りをうつことも困難である寝たきり状態（C2）の者でも、改善しているケースがあることから、いわゆる寝たきりを撲滅していくことが必要ではないか。
- 離床時間が長いほどADL等が改善するというデータもあり、ベッドを離床し、活動や参加等をするに加え、本人の趣味嗜好や生活習慣を尊重した個別ケアや、本人が落ち着くための環境づくり等の取組を報酬で評価してはどうか。
- 熱心に離床に取り組む結果として、けが、転倒等が起こることがあり得るが、こうしたことが起きた場合に、マイナスの評価だけではなく、リスクを踏まえた上で努力をしている事業所の活動を正當に評価していくことが必要ではないか。

（排せつ支援加算）

- 取組を促進する観点から、毎月算定できるようにすべきであり、更に状態の改善に対しての評価も検討してはどうか。
- プロセスを評価する加算であるが、これに加えて、おむつから卒業し、トイレで排せつできるというアウトカムを評価をしていくべきではないか。こうした取組を通じ尊厳を保障していくことが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見（自立支援・重度化防止の推進）⑫

（褥瘡マネジメント加算）

- 褥瘡の捉え方が施設により異なることは問題であり、基準等の中で明確化すべき。
- 褥瘡は低栄養がベースにあるため、栄養改善をしない限り、褥瘡は良くならない。栄養マネジメント加算と低栄養リスク改善加算の併算ができないという課題があることから、低栄養リスク改善加算の中で褥瘡がある場合とない場合にわけることとし、褥瘡マネジメント加算を低栄養リスク改善加算の中にまとめることとしてはどうか。

※第181回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、公益社団法人日本栄養士会から、以下について要望があった。

1. 介護保険施設における栄養ケアの更なる推進と管理栄養士業務の適正な評価
 - ①栄養ケアの充実に向け、中・大規模介護保険施設への管理栄養士の複数配置を要望（新設）
 - ②介護保険施設から医療機関への入院時、並びに在宅復帰時における栄養情報提供書発行に対する評価を要望（新設）
 - ③看取り介護・ターミナルケアチームに関与する職種として管理栄養士の明確化を要望（拡大）
 - ④入退所時の相談支援に関与する職種として管理栄養士の明確化を要望（拡大）
2. 自立支援・重度化防止の推進に向け、管理栄養士の参画によるリハビリテーションの効果的かつ効率的な実施への評価
 - ①介護保険施設の管理栄養士がリハビリテーション等の計画書作成に関与した場合の評価を要望（拡大）
 - ②通所介護及び通所リハビリテーション等において、管理栄養士がリハビリテーション等の計画書作成に関与した場合の評価を要望（拡大）
3. 通所利用・在宅高齢者の栄養改善のための栄養ケア・ステーションの活用
通所利用・在宅高齢者の栄養改善に栄養ケア・ステーションの管理栄養士が関わった場合の評価を要望（拡大）

1. 介護の質の評価と科学的介護の推進

論点①介護の質の評価と科学的介護の推進(VISIT・CHASE)

論点①

- 介護保険サービスにおける質の評価のあり方については、これまで社会保障審議会介護給付費分科会において検討が重ねられてきており、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告においては、「2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムの関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべき」とされたところ。
- 科学的裏付けに基づく介護を進める観点から、介護関連データベースの整備を進めてきており、平成29年度からはリハビリテーションに関する情報（VISIT情報）を、令和2年度からは高齢者の状態やケアの内容等の情報（CHASE情報）の収集・分析を進めている。令和3年度以降は、VISIT・CHASEを一体的に運用する予定であり、介護記録ソフトとのデータ連携等によりデータ入力に係る現場の負担軽減も図りながら、取組を推進していくこととしている。
- 今後、VISIT・CHASE等により介護の質の評価と科学的介護を推進し、介護サービスの質の向上を図っていくため、どのような対応が考えられるか。

- 介護保険サービスにおける質の評価のあり方については、以前から社会保障審議会介護給付費分科会における今後の課題とされており、複数年にわたり調査研究事業等を実施し、検討を重ねているところ。

介護給付費分科会での議論の変遷

● 平成18年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

サービスの質を確保するためには、利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能することが最も重要である。（中略）さらに、利用者との意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提としつつ、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。制度改正により新たに導入される情報公表の仕組み等も踏まえ、利用者の視点に立ったサービスの提供を推進するとともに、不適切な事業者を適切に排除する観点から、今回の制度改正における事業者規制の見直しも踏まえ、基準の明確化を行いつつ、指導・監査の徹底を図る。

● 平成21年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと。

● 平成24年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護サービスの質を評価するため、要介護度等の変化を介護報酬上評価することについて「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」において検討が進められたが、要介護度等は様々な要因が複合的に関連した指標であり、その変化には時間がかかるとともに、利用者個人の要因による影響が大きいとの指摘がなされた。しかしながら、介護サービスの質を向上させることは、大変重要な課題であるため、まずは、要介護認定データと介護報酬明細書（レセプト）データを突合させたデータベースの構築を図るなどの手段により、具体的な評価手法の確立を図る。

● 平成27年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。

● 平成30年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブについては、今回の改定に伴い、クリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの弊害が生じていないかなどについて検証を進めるほか、2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムに関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべきである。

介護人材の確保については、介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべきである。また、AIやICTなど最新技術については、介護人材の確保のみならず、介護サービスの質の向上にも資する可能性があるものであり、これらの技術を用いたサービスの安全性や質の確保の検証を前提に、その効果的な活用について検討を行うべきである。

要介護認定情報・介護レセプト等情報（介護保険総合データベース（介護DB）として運用）

- ・ 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護レセプト等情報(2012年度～)を収集。
- ・ 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- ・ 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- ・ 地域包括ケア「見える化」システムにも活用。

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

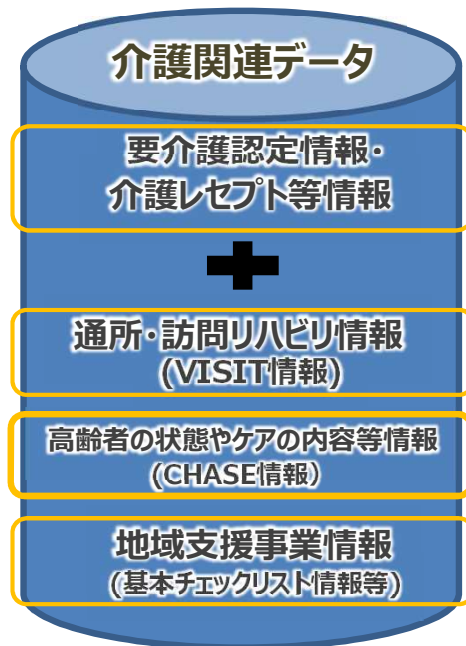
- ・ 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabIlation ServIces for long-Term care)
- ・ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- ・ 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算（Ⅳ）を新設。
- ・ 2020年3月末時点で631事業所が参加。
- ・ 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- ・ 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
 - ・ 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目（265項目）を選定。
 - ・ 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目（30項目）を選定。
 - ・ 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。
- 介護サービス利用者の状態像やサービス内容等の可視化
- 介護レセプトの情報等とも組み合わせ、事業所・施設の取組等の評価について解析等を進めることによる自立支援・重度化防止に資する科学的根拠に基づく質の高い介護を実現することを目的。

地域支援事業の利用者に関する情報

- ・ 市町村が保有する介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト（現在、総合事業の対象者の該当性を判断するために用いているもの。）の情報等を想定。
- ・ 具体的な内容としては、「階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか」、「口の渇きが気になりますか」、「今日が何月何日かわからない時がありますか」等の25の質問に対する二択の回答。



VISIT

- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。
- 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

（収集項目）

- ・様式1：興味・関心チェックシート
- ・様式2-1：リハビリテーション計画書（アセスメント）
- ・様式2-2：リハビリテーション計画書
- ・様式3：リハビリテーション会議録
- ・様式4：プロセス管理票
- ・様式5：生活行為向上リハビリテーション実施計画※

※ 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合

- 平成30年度介護報酬改定において、VISITにデータを提出しフィードバックを受けることを評価するリハビリマネジメント加算（Ⅳ）を新設。

CHASE

- 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

（基本的な項目）

分類	項目名称	分類	項目名称
総論	保険者番号	口腔	食事の形態
総論	被保険者番号	口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
総論	事業所番号	栄養	身長
総論	性別	栄養	体重
総論	生年月日	栄養	栄養補給法
総論	既往歴	栄養	提供栄養量_エネルギー
総論	服薬情報	栄養	提供栄養量_タンパク質
総論	同居人等の数・本人との関係性	栄養	主食の摂取量
総論	在宅復帰の有無	栄養	副食の摂取量
総論	褥瘡の有無・ステージ	栄養	血清アルブミン値
総論	Barthel Index	栄養	本人の意欲
認知症	認知症の既往歴等	栄養	食事の留意事項の有無
認知症	DBD13	栄養	食事時の摂食・嚥下状況
認知症	Vitality Index	栄養	食欲・食事の満足感
		栄養	食事に対する意識
		栄養	多職種による栄養ケアの課題

※ 「基本的な項目」以外に、「目的に応じた項目」、「その他の項目」

※ 今後、モデル事業等の研究の状況、介護報酬改定等の状況を踏まえ、適宜、修正・追加を行う。

リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (平成30年度介護報酬改定)

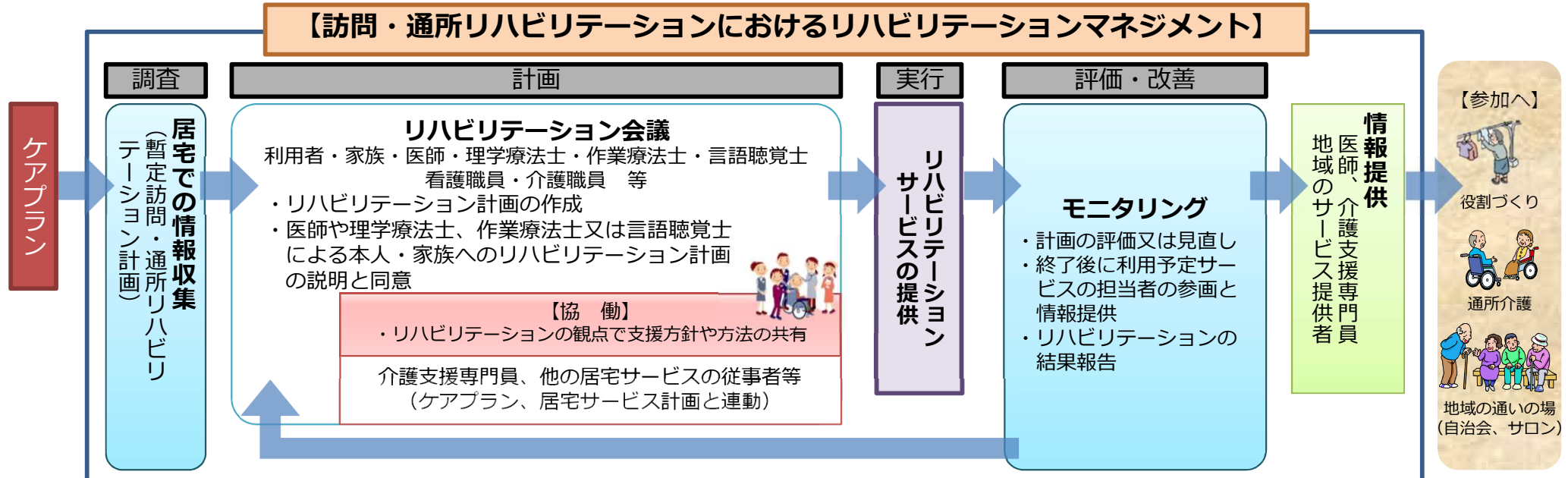
社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料 1 改変

概要

リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段的日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



主な改正点 (従来との差)

【医師の詳細な指示の明確化】

- ・利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。

【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

- ・テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) → リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

【データ提出・フィードバック】

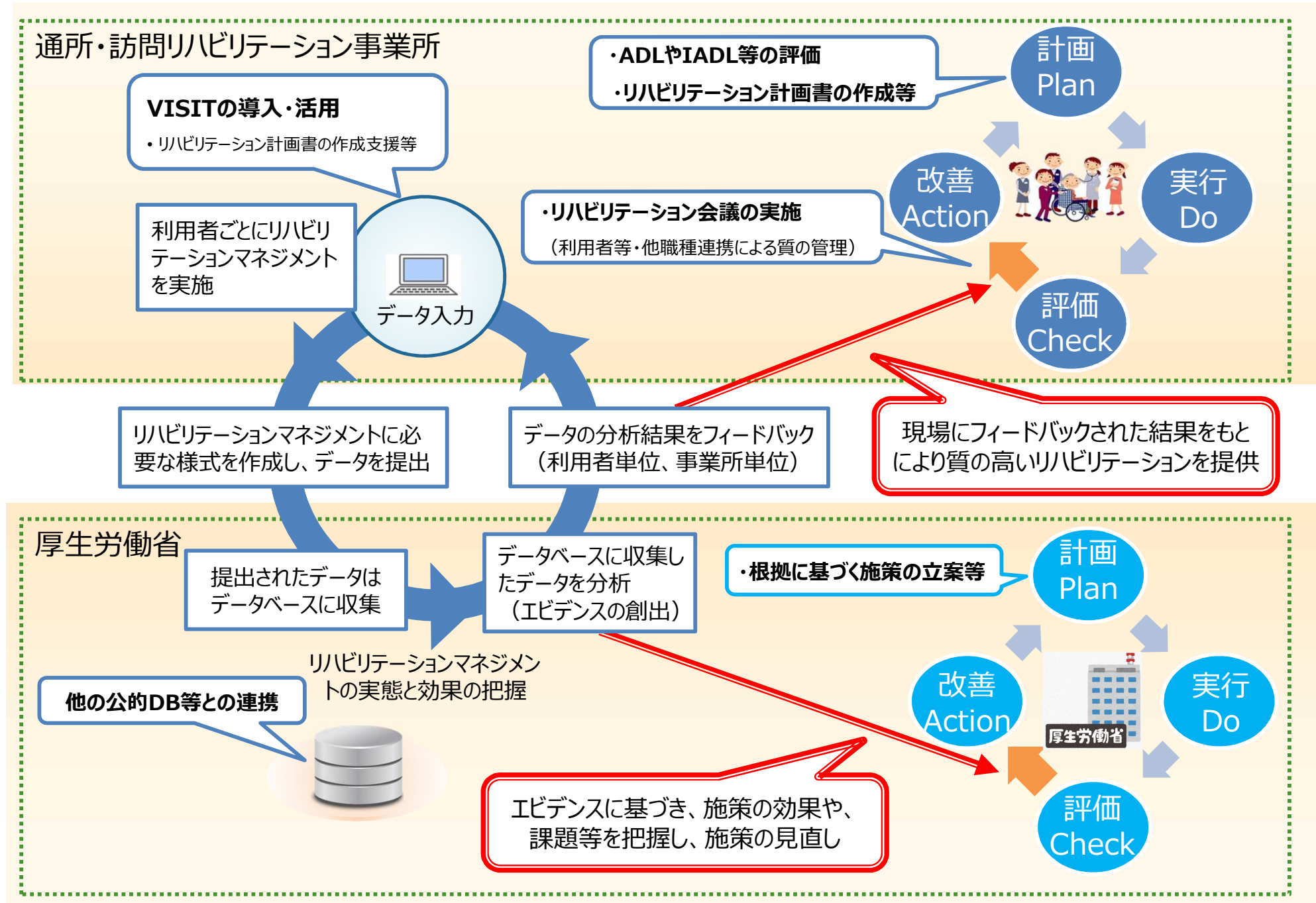
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料 1



科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

社保審－介護給付費分科会

第178（R2.6.25）

資料1 改変

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくために必要な検討を行うため、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を開催
- 研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討
- CHASEの初期仕様（265項目）について中間とりまとめを実施
- 2019年3月よりデータベースにおける収集項目等について更に整理を行い、同年7月に取りまとめを実施

検討の経緯

- 第一回（2017年10月12日）**
 - ・検討会の基本的な問題意識及び共通理解の確認
 - ・既存のエビデンスの確認及び整理
- 第二回（2017年10月26日）**
 - ・既存のデータベース※2についての整理
 - ・今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について、検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組みについて検討
 - ・「栄養」領域に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
- 第三回（2017年11月7日）**
 - ・「リハビリテーション」、「（主に介護支援専門員による）アセスメント」、「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
- 第四回（2017年12月21日）**
 - ・「認知症」、「利用者満足度」、「リハビリテーション以外の介入の情報」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
- 第五回（2018年3月9日）**
 - ・第4回までの議論の取りまとめ
- 中間とりまとめ（2018年3月30日）**
- 第六回（2019年3月7日）**
 - ・中間とりまとめに示された今後の課題に関する整理の仕方（案）について議論（収集項目の整理の仕方について・各事業者からのデータ提出に対する動機付けについて・データベースの活用等にかかる事項について・その他）
- 第七回（2019年5月9日）**
 - ・今後の課題の整理の方向性（案）について議論（CHASEで収集する項目の選定に関する基本的事項について・収集すべき分析・比較可能なサービス行為等の介入に係る情報について・フィードバックのあり方について・モデル事業等のあり方について・その他）
- 第八回（2019年6月21日）**
 - ・収集項目の選定等に向けヒアリング等（ヒアリング対象：「総論」松田構成員、「認知症」鳥羽座長、「口腔」海老原構成員、「栄養」利光構成員）
- 第九回（2019年7月4日）**
 - ・科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ（案）について
- 取りまとめ（2019年7月16日）**

構成員	
秋下雅弘	東京大学医学部附属病院老年病科教 授
伊藤健次	山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 准教授
海老原寛	東邦大学医療センター大森病院リハビリテーション科教 授
近藤和泉	国立長寿医療研究センター機能回復診療部部長
真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野教授
白石成明	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科教授
鈴木裕介	名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学教室准教授
武田章敬	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部長
利光久美子	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長
◎鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
福井小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室教授
藤井賢一郎	上智大学社会人間科学部社会福祉学科准教授
松田晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三上直剛	日本作業療法士協会事務局
八木裕子	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 准教授

◎は座長

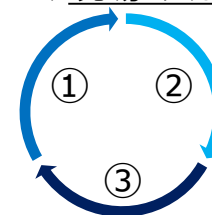
※上記の他、葛西参与、松本顧問、宮田教授、田宮教授が出席。また、オブザーバーとして、日本医師会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会が参加。

はじめに

- 介護サービスの需要増大が見込まれ、制度の持続可能性を確保できるよう、介護職員の働き方改革と利用者に対するサービスの質の向上を両立できる、新たな「介護」のあり方についての検討が必要である。
- 介護保険制度は、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であるが、介護サービスのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとはいえない状況である。
- 介護分野でも、科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であり、分析成果のフィードバックによる介護サービスの質の向上も期待できる。

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）について

- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、以下の取組を実践しつつ、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。
 - ① エビデンスに基づいた介護の実践
 - ② 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積および分析
 - ③ 分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進
- 介護分野では、医療における「治療効果」等の関係者間でコンセンサスの得られた評価指標が必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在する。
- 科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。
- 科学的介護の推進にあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要である。



CHASEにおける収集項目について

- 収集項目については、以下のような基準に準じて選定。
 - ・信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なもの
 - ・データの収集に新たな負荷がかからないもの
 - ・国際的に比較が可能なもの
- 事業所等の負担等を考慮し、既に事業所等に集積されている情報等を踏まえた整理を実施。
 - ① 基本的な項目：できるだけ多くの事業所等で入力されるべき項目
 - ② 目的に応じた項目：介護報酬上の加算の対象となる事業所等において入力されるべき項目
 - ③ その他の項目：各事業所で任意に入力できるようにするべき項目、フィージビリティを検討した上で収集対象とすべき項目等
- 科学的介護の対象領域は、介護給付、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業等の介護保険制度がカバーする全領域であるが、どこまで評価・入力等を求めていくかは、フィージビリティを検証しつつ制度面を含めて検討する必要がある。
- 科学的介護の仕組みについて、関係者の理解を得るためには、サービスの利用者やデータ入力を行う事業所等がデータの分析結果の恩恵を享受できるようフィードバックできる仕組みが必要である。

将来的な方向性等について

- 新たに指標の科学的な妥当性が確保されるなど、収集のフィージビリティが検証された項目については、適宜、CHASEの収集項目に追加していくことが必要。
- アウトカムに関する情報等を分析・比較する場合、介入に係るデータの収集も必要であり、国際化も視野に入れICHI 等への対応を考慮し検討を進めていく。
- CHASEにおける収集に実効性を持たせていくためには、今後の介護保険制度改正や介護報酬改定に係る議論等において、CHASEを用いた解析結果等も生かしつつ、関係者の理解を得ながら、収集のための仕組みを検討していく必要がある。
- 介護の場は、高齢者等の生活の場でもあることから、より幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、利用者の社会参加、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方、本人の意思の尊重、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等について、現場へのフィードバックも含めて検討を進めていく。
- 医療分野の個人単位被保険者番号の活用に係る議論やNDBと介護DB、その他の公的DB・人口動態統計（死亡票）など公的統計との今後の連携も見据え、厚生労働省全体で検討を進めていくが必要である。
- 今後、厚生労働省がCHASEを科学的介護に活かす仕組みを着実に整備し、アウトカム評価等による質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護のパフォーマンスの向上が期待される。

CHASEにおける基本的な項目と関連する現行の加算等

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

総論（ADL等）

項目名称	関連する加算等
保険者番号	・（各サービスの基本報酬）
被保険者番号	・リハビリテーションマネジメント加算
事業所番号	・個別機能訓練加算
性別	・ADL維持等加算
生年月日	・排せつ支援加算
既往歴	・褥瘡マネジメント加算
服薬情報	
同居人等の数・本人との関係性	
在宅復帰の有無	
褥瘡の有無・ステージ	
Barthel Index	

等

栄養

項目名称	関連する加算等
身長	・栄養マネジメント加算
体重	・低栄養リスク改善加算
栄養補給法	・再入所時栄養連携加算
提供栄養量_エネルギー	・栄養スクリーニング加算
提供栄養量_タンパク質	・栄養改善加算
主食の摂取量	・居宅療養管理指導費（管理栄養士）
副食の摂取量	
血清アルブミン値	
本人の意欲	
食事の留意事項の有無	
食事時の摂食・嚥下状況	
食欲・食事の満足感	
食事に対する意識	
多職種による栄養ケアの課題	

等

口腔・嚥下

項目名称	関連する加算等
食事の形態	・口腔衛生管理体制加算
誤嚥性肺炎の既往歴等	・口腔衛生管理加算
	・居宅療養管理指導費（歯科衛生士）
	・口腔機能向上加算
	・経口維持加算
	・経口移行加算

等

認知症

項目名称	関連する加算等
認知症の既往歴等	・認知症加算
DBD13※	・若年性認知症利用受入加算
Vitality Index※	・認知症行動・心理症状緊急対応加算
	・認知症情報提供加算
	・重度認知症疾患療養体制加算
	・認知症ケア加算
	・認知症専門ケア加算
	・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

※ モデル事業等においてさらなる項目の整理を行う

- CHASEにおける基本的な項目において、ADLや栄養情報等と併せて、以下のような項目も入力し、より精度の高いフィードバックを受けることによって、さらに質の高い介護につなげることができる。

既往歴

- 疾患に応じて、評価や介入の考え方は異なることから、疾患別の評価や介入に関する分析を行うことで、より精度の高いフィードバックを行うことが可能。

服薬情報

- 介護老人保健施設、介護医療院等における服薬情報は、現状のNDB・介護DB等では収集されておらず、全国的な比較等ができないが、今後、他の情報等ともあわせて服薬情報を収集・分析することで、より精度の高いフィードバックを行うことが可能。

同居人等の数・本人との関係性

- 家族等の状況により、必要な介護サービスやケアの内容は異なるが、家族等の情報を踏まえた分析を行うことで、より精度の高いフィードバックを行うことが可能。

VISIT・CHASEの現状と今後のスケジュール(イメージ)

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

2020年度

2021年度

データ収集

VISIT

通所・訪問リハビリテーション事業所からデータを収集中

CHASE

改定検証調査研究等にてデータを収集

VISIT・CHASEを
一体化して運用

令和2年5月より運用を開始。

※2020年度中は、主として、モデル事業等による2021年4月以降の本格稼働に向けた調査を試行的に実施することにより情報を収集。

介護報酬改定

フィードバック機能

VISIT

利用者単位、事業所単位に実施中

適宜改修を実施

CHASE

改定検証調査研究で試行的に実施

既存領域の充実
新規領域の開始

現在は未実装。本年度の改修で実装予定。

本年度は「介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業」等で試行的に実施し、介護現場からの意見を踏まえて内容の充実をはかる。

介護記録ソフトとのデータ連携（自動入力）

VISIT

介護記録ソフトとの連携を拡充中

CHASE

現時点で一部ソフトは対応

対応するソフトの拡充を実施

多くの介護記録ソフトと
データ連携を可能とする

一部の介護記録ソフトは、現時点で連携が可能。

他の介護記録ソフトベンダーについても、データ連携を進めており、今年度中に順次対応が進むよう引き続き依頼していく予定。

VISIT・CHASEにおけるデータ入力省力化について(イメージ)

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

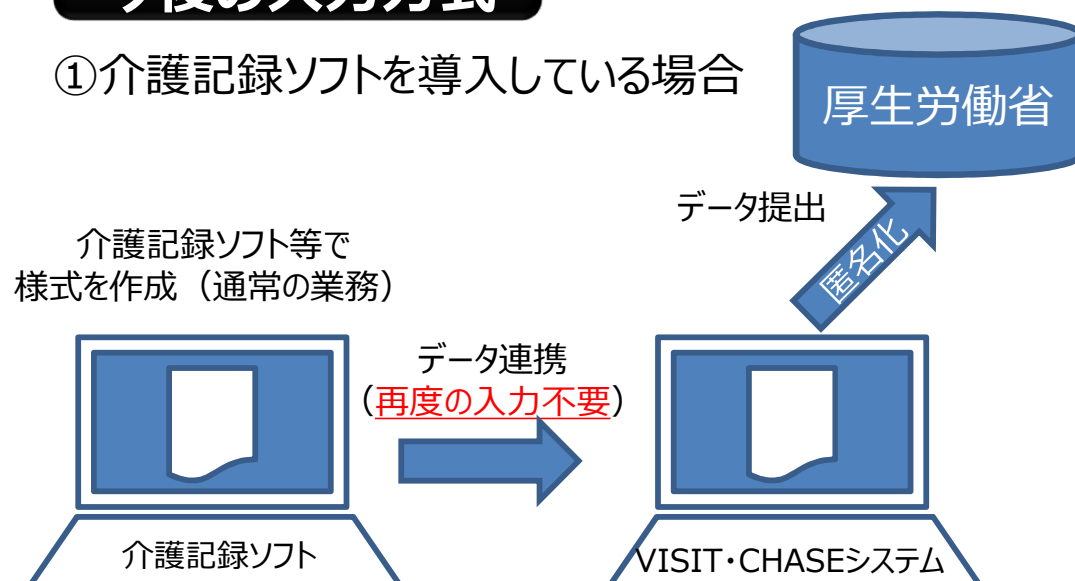
- 今後はVISIT（通所・訪問リハビリテーション）・CHASE（全サービス）へのデータ入力・フィードバックについては機能を統合する。
- 介護記録ソフトとのデータ連携により、統合したデータベースシステムへのデータ入力に係る現場の負担を軽減。
- 統合したデータベースシステムへの入力により、厚生労働省にデータを提出し、加算の算定に必要な様式も作成が可能。

従前のVISIT

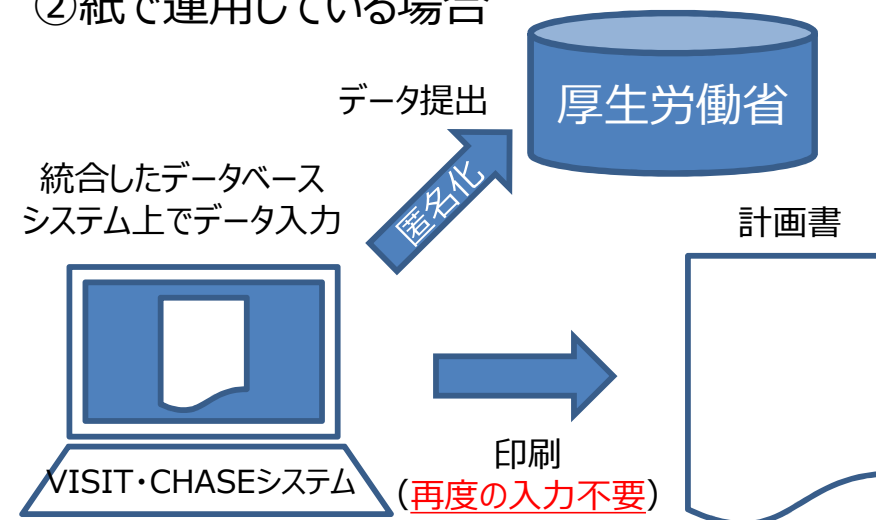


今後の入力方式

①介護記録ソフトを導入している場合



②紙で運用している場合



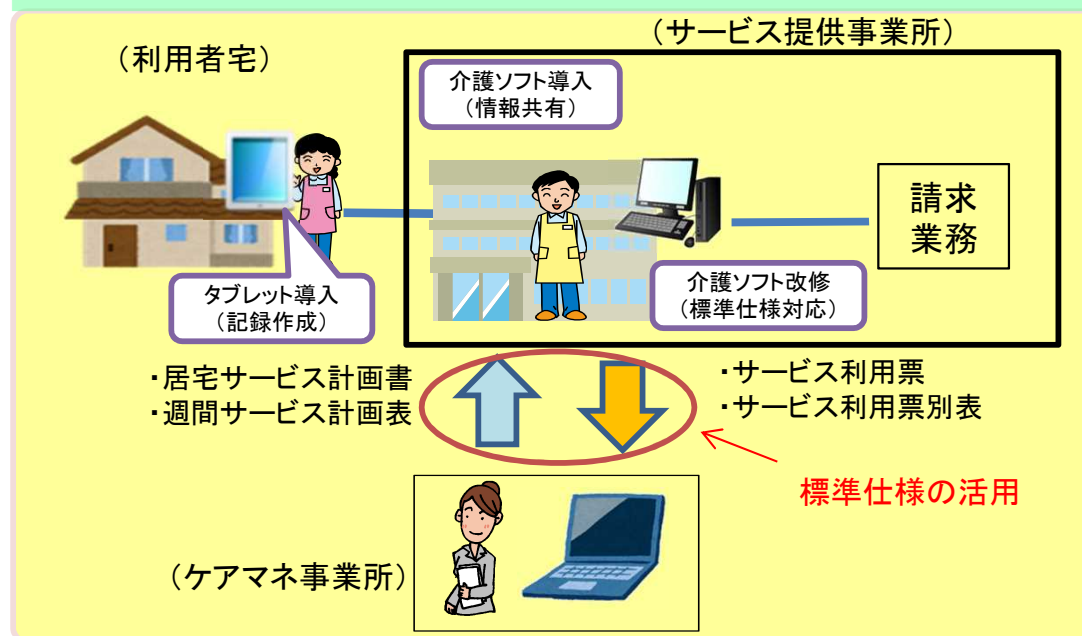
目的…介護事業所の業務効率化を通じて、訪問介護員等の負担軽減を図る。

対象…介護事業所(介護保険法に基づく全サービス)

要件

- 記録、情報共有、請求の各業務が一気通貫になる
- ケアマネ事業所とのデータ連携に標準仕様の活用
- CHASEによる情報収集に対応
- 導入事業所による他事業者からの照会対応
- 事業所による導入効果報告 等

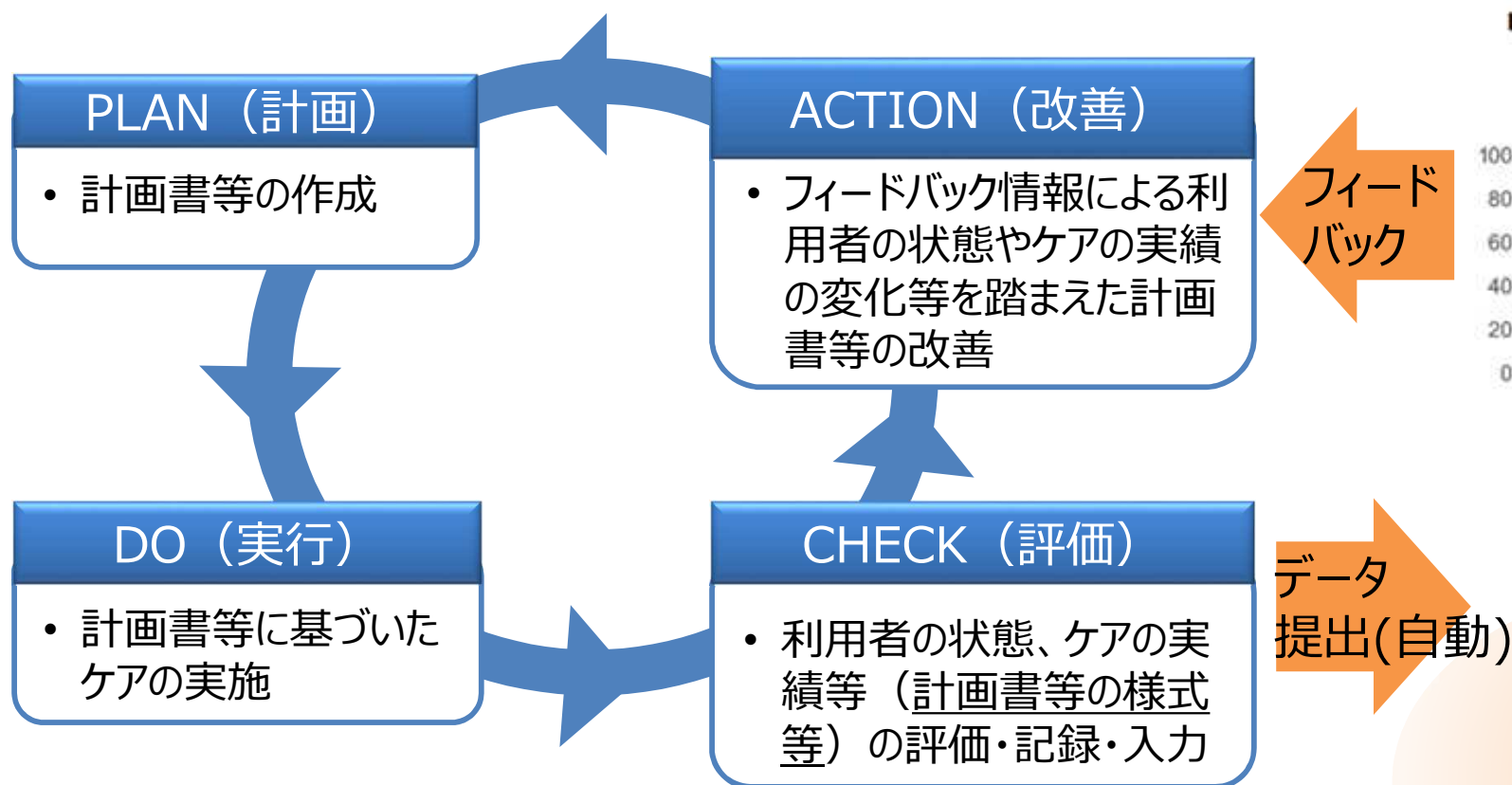
事業所内のICT化(タブレット導入等)により、介護記録作成、職員の情報共有～請求業務までが一気通貫に



<例: 訪問介護サービスの場合>

	補助上限額	補助率	補助対象
令和元年度	30万円 (事業費60万円)	1/2 国2/6 都道府県1/6 事業者3/6	● 介護ソフト ● タブレット端末 ● スマートフォン ● インカム ● クラウドサービス ● 他事業者からの照会経費 等
令和2年度	事業所規模(職員数)に応じて設定 <u>拡充</u> ● 1～10人 50万円 ● 11～20人 80万円 ● 21～30人 100万円 ● 31人～ 130万円	都道府県が設定 ※事業者負担を入れることが条件	
令和2年度補正	事業所規模(職員数)に応じて設定 ● 1～10人 100万円 ● 11～20人 160万円 ● 21～30人 200万円 ● 31人～ 260万円		上記に加え ● Wi-Fi機器の購入設置 ● 業務効率化に資するバックオフィスソフト(勤怠管理、シフト管理等)

- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
 - ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
 - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負荷なくデータを送信し、
 - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、
 データに基づくさらなるPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の要件

加算（Ⅰ）

（訪問リハ：230単位／月）
（通所リハ：330単位／月）

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。
- リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること
- 新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること（※通所リハのみ）。

加算（Ⅱ）

（訪問リハ：280単位／月）
（通所リハ：6月以内の期間 850単位／月
6月を超えた期間 530単位／月）

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること
- リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 以下のいずれかに適合すること
（一）PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
（二）PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること
- 上記に適合することを確認し、記録すること

加算（Ⅲ）

（訪問リハ：320単位／月）
（通所リハ：6月以内の期間 1120単位／月
6月を超えた期間 800単位／月）

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること
- リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 以下のいずれかに適合すること
（一）PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
（二）PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- リハビリテーション計画について**医師**が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- 上記に適合することを確認し、記録すること

加算（Ⅳ）

（訪問リハ：420単位／月）
（通所リハ：6月以内の期間 1220単位／月
6月を超えた期間 900単位／月）

- 加算(Ⅲ)の全ての要件のいずれにも適合すること
- VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

<算定率>	【訪問リハ】	【通所リハ】
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	83.4%	89.2%
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	5.8%	9.8%(1) 13.8%(2)
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）	12.0%	22.2%(1) 27.2%(2)
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）	1.0%	1.4%(1) 1.7%(2)

※令和元年10月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合DBから集計。算定率は、当該月の加算算定事業所／請求事業所数より算出

介護老人福祉施設における個別機能訓練加算の概要

概要

- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について評価する。

単位数

- 個別機能訓練加算 12単位／日

算定要件等

- 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置する。
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。
- 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。
- 個別機能訓練に関する記録は、利用者毎に保管され、常に当該施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにする。

介護報酬における口腔衛生関連サービス

社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25) 資料 1

歯科医療機関が算定

介護施設・事業所が算定

H30改定で新設又は
大きな改正があったもの

施設サービス

介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院
地域密着型介護老人
福祉施設

<口腔衛生管理体制加算>

内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導
(個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)
サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：30単位／月

<口腔衛生管理加算>

サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上(H30:回数緩和:月4回以上⇒月2回以上)
入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応(H30:要件追加:)
サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：90単位／月

居宅・介護予防サービス

訪問サービス
(介護予防含む)

サービス内容：
(歯科医師) 介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等
(歯科衛生士) 口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下訓練に関する実地指導等

サービス担当者：歯科医師、
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

報酬単位数：
(歯科医師)：月2回限度
単一建物居住者1人に対して行う場合：509単位／回
単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合：485単位／回
上記以外の場合：444単位／回

(歯科衛生士)：月4回限度
単一建物居住者1人に対して行う場合：356単位／回
単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合：324単位／回
上記以外の場合：296単位／回

<口腔衛生管理体制加算>

(H30新設)

内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導
(個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)
サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：30単位／月

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)
認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)
地域密着型特定施設入居者生活介護

<口腔機能向上加算>

サービス内容：口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施
サービス担当者：歯科衛生士、看護師、言語聴覚士
報酬単位数：(予防給付) 150単位／月
(介護給付) 150単位／回(月2回を限度)

通所サービス
(介護予防含む)

介護報酬における栄養関連サービス

社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25) 資料 1

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの

対象者

軽度

重度

施設 サービス

介護老人福祉施設
(地域密着型を含む)
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院

栄養マネジメント加算 (14単位/日)

・常勤管理栄養士を1名以上配置し、入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行った場合に算定

経口維持加算 (Ⅰ, Ⅱ) (Ⅰ: 400単位/月、Ⅱ: 100単位/月)

・摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定

経口移行加算 (28単位/日)

・経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

低栄養リスク改善加算

(H30新設) (300単位/月)

・低栄養状態のリスクが「高」の入所者ごとに低栄養改善のための計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

再入所時栄養連携加算 (H30新設) (400単位/回)

・入所者が医療機関に入院し、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行い、再入所となった場合に算定

療養食加算

・入所者の病状等に応じて療養食を提供した場合に算定 (6単位/食)

居宅 サービス

通所介護
通所リハ 等

栄養スクリーニング加算 (H30新設) (5単位/6か月)

・介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを実施し、その結果を介護支援専門員に文書で報告した場合に算定

注 栄養改善加算については、外部の管理栄養士が実施した場合でも算定できるよう、要件を緩和

栄養改善加算 (H30改正)

・低栄養状態の者に対し、栄養改善等を目的として個別に栄養管理を行った場合に算定 (150単位/回 (月2回まで))

地域密着型 サービス

小多機、看多機
認知症GH 等

栄養スクリーニング加算 (H30新設) (5単位/6か月)

・介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを実施し、その結果を介護支援専門員に文書で報告した場合に算定

在宅

総合事業: サービスC

管理栄養士による短期集中予防サービス

居宅療養 管理指導

(444～539単位/回
(月2回まで))

・通院又は通所が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者に対し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に算定

1. 調査の目的

- CHASE 等により収集されたデータを分析し、介護事業所・施設に対してフィードバックを実施し、その効果が介護サービスの質の向上に資するかを検証する。
- 既存の加算について、算定要件を精査し、加算の効果として利用者の状態の維持・改善等を、客観的なアウトカム指標により評価が可能であるか等を検証する。

2. 調査方法

A. フィードバック試行・アンケート調査

調査対象	参考：CHASEにおけるID発行済み事業所数	調査項目	
		フィードバック試行	アンケート調査
・CHASE に参加登録があった介護事業所・施設 (介護老人福祉施設、介護老人保健施設 等)	約2,000事業所	- 利用者属性 - ADL - 栄養状態 - 口腔機能 - 認知機能 等 (※上記項目等について分析を行い、事業所単位と利用者単位で、フィードバックを実施)	- 事業所の各種取り組み状況 - 利用者に関するデータ分析の状況 - CHASEデータ提出の負担 - フィードバック票に関する意見

B. データベースを用いた分析

※災害救助法の適用地域を除く

調査対象	調査項目	
	対象データベース	分析項目
・CHASE に参加登録があった介護事業所・施設 (介護老人福祉施設、介護老人保健施設 等)	介護保険総合DB	加算の取得有無等
	CHASE	各アセスメント情報(ADL、栄養状態、口腔機能 等)

論点①介護の質の評価と科学的介護の推進(VISIT・CHASE)

検討の方向(案)

- 介護関連データの収集・活用とPDCAサイクルの推進を通じた科学的介護を推進していく観点から、CHASEについて、現行のVISITにおけるデータ提出とフィードバックによりPDCAサイクルを推進しケアの質の向上につなげる仕組みを参考に、データ提出と活用を評価することを検討してはどうか。
- 具体的には、CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）に関して、既存の加算等（例えば、個別機能訓練加算、口腔衛生管理加算、栄養マネジメント加算など）にも含まれる、個々の利用者への計画書の作成やそれに基づくケアの実施・評価・改善などを通じたPDCAサイクルの取組を基礎として、その上乗せの取組として、CHASEへのデータ提出とフィードバックによるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を行うことを評価することを検討してはどうか。
- また、PDCAサイクルを推進しケアの質の向上につなげる取組を一層進めるため、利用者単位のみならず事業所単位の取組を評価することを検討してはどうか。具体的には、職員の負担やCHASEにおける基本的な項目も勘案しつつ、事業所の全ての利用者について、CHASEの収集項目の各領域ごとの基本的なデータを提出し、フィードバックを受けることで、事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや介入計画に反映させるといった、PDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価することを検討してはどうか。
- 評価の対象とするサービスについては、CHASEの調査研究事業やVISITの取組を踏まえて、施設サービスと通所サービスを中心に検討してはどうか。
- VISIT・CHASEを一体的に運用する観点から、VISIT情報（リハビリテーション情報）についても対象サービスを拡大しながら、上記の枠組みに位置付けて収集・活用することを検討してはどうか。また、VISIT・CHASEについて、科学的介護の理解と浸透を図る観点からも、統一した名称としてはどうか。
- このほか、現行の加算において、厚生労働省にアウトカム評価に係るデータ等の提供を求めているものについて、現状、ADL維持等加算等において、報酬請求明細書の摘要欄に記載させるなどの方法がとられており、データの分析・活用が困難な状況があることから、これらについて、利便性やデータ活用の観点から、CHASEの活用を検討してはどうか。

2. リハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養

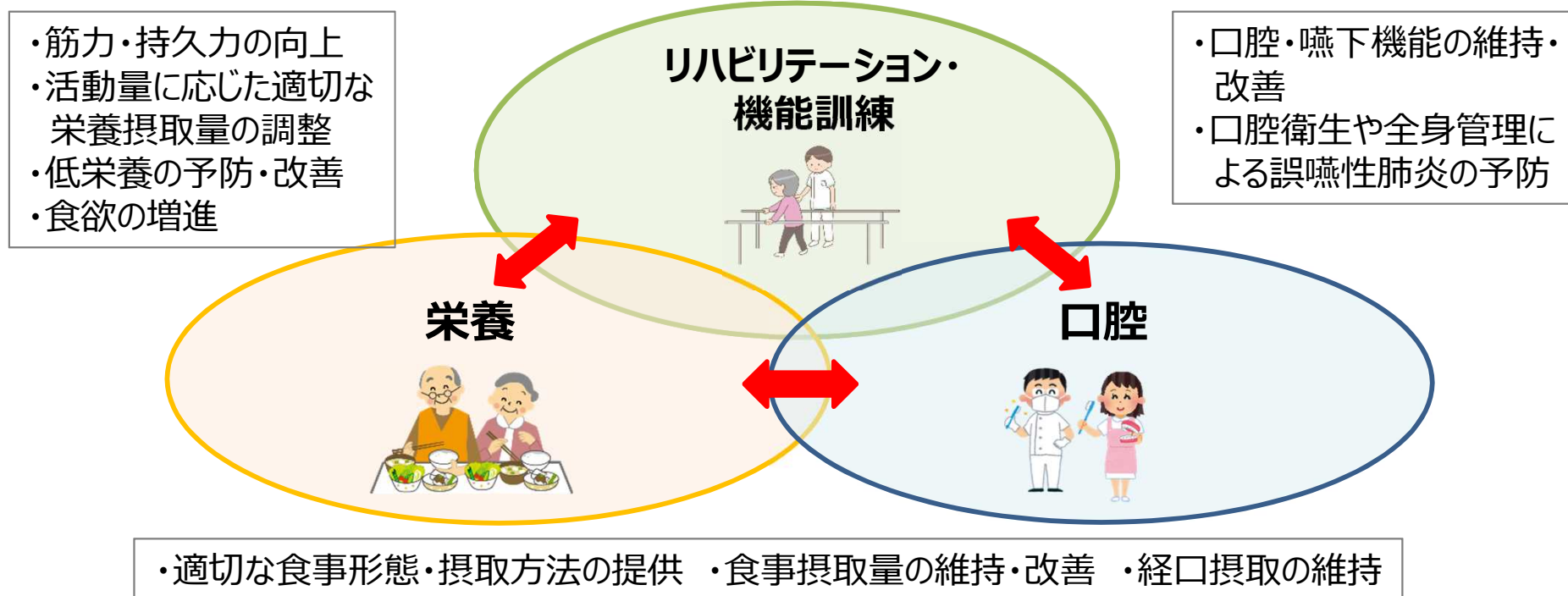
論点②リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な運用

論点②

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組は、一体となって運用されることで より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待されるが、どのような方策が考えられるか。

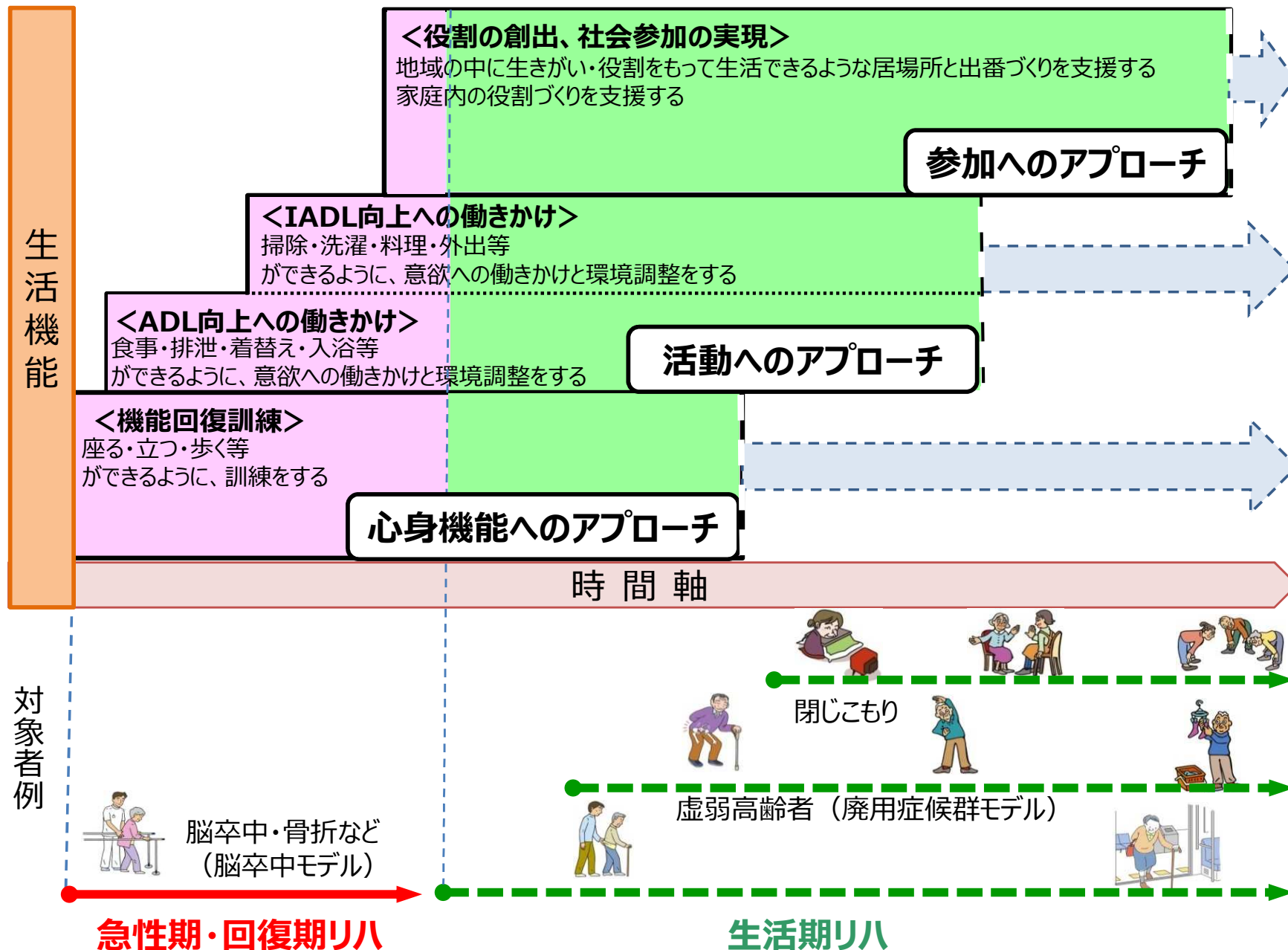
リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

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

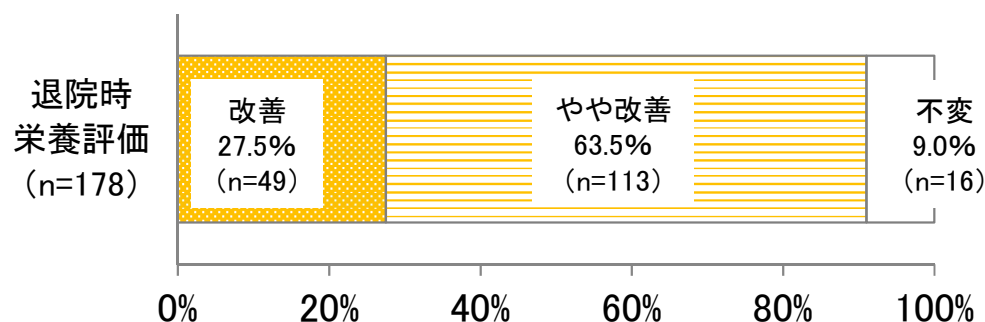


- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

高齢者リハビリテーションのイメージ



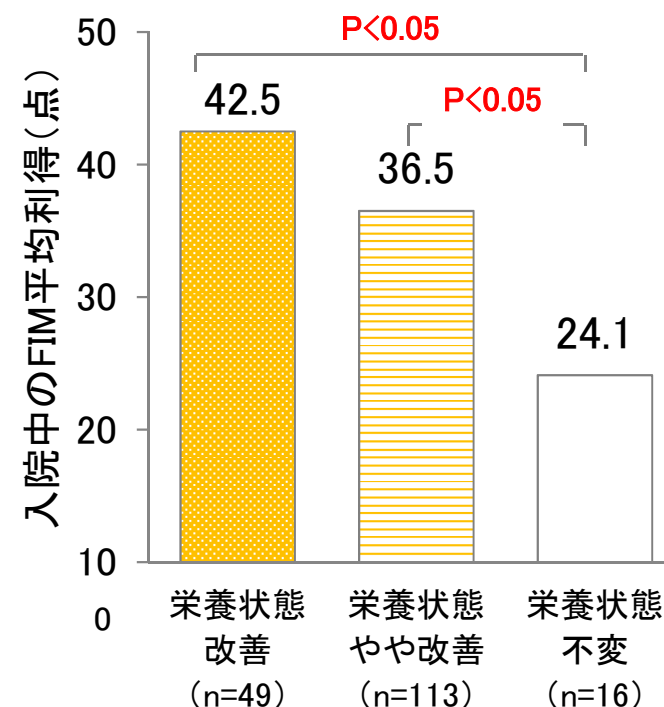
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参加し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注: 栄養状態は管理栄養士がMNA[®]-SF[※]を用いて評価。
 (退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
 対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA[®]-SF: 0-7点)で入院し、
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する
個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の
栄養状態の改善とFIM利得

出典: Nishioka S et al. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM: FIM総得点

主なリハ・栄養・口腔関係加算等における各種計画書・会議の要件

- リハビリ、栄養、口腔に係る加算等の要件としている各種計画作成・会議参加者について、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の参加が規定されている。

対象サービス	計画（加算名）	実施者	会議・計画作成参加者
通所リハ・訪問リハ	リハビリテーション計画	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	※計画作成者 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
	リハビリテーション会議 （リハマネ加算（Ⅱ～Ⅳ））	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	※会議参加者 利用者、家族、医師、PT、OT、STその他の職種
通所リハ 通所介護	口腔機能向上管理指導計画 （口腔機能向上加算）	（配置・実施）言語聴覚士、 歯科衛生士又は看護職員	※共同して計画を作成 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種
	栄養ケア計画 （栄養改善加算）	管理栄養士	※共同して計画を作成 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種
介護保険施設	口腔衛生管理加算	歯科医師・歯科衛生士	※歯科医師の指示に基づき施設入所者に対して口腔ケアを実施。（実施記録） 入所者の口腔ケアマネジメント計画について技術的助言等を実施。
	栄養ケア計画 （栄養マネジメント加算）	管理栄養士	※共同して計画を作成 医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種
	栄養ケア計画と一体的に作成する計画 （低栄養リスク改善加算）	管理栄養士又は栄養士	※共同して会議を行い、計画を作成 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種
	経口移行計画 （経口移行加算）	（栄養管理） 管理栄養士又は栄養士 （支援） ST又は看護職員	※共同して計画を作成 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種
	経口維持計画 （経口維持加算（Ⅰ））	管理栄養士又は栄養士	※共同して食事観察及び会議等を行い、計画を作成 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種
	（経口維持加算（Ⅱ））	管理栄養士又は栄養士	（Ⅰ）に加えて、協力歯科医療機関を定め、医師、歯科医師、歯科衛生士又はST
介護保険施設 認知症GH等	入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画（口腔衛生管理体制加算）	歯科医師・歯科衛生士	歯科医師又は歯科衛生士の指導のもと介護職員※施設単位の計画立案

主なりハ・栄養・口腔加算等における各種計画書

[illegible]

栄養ケア計画書

[illegible]

リハビリテーション実施計画書

[illegible]

口腔機能向上サービスの
管理指導計画・実施記録

各種計画書	共通する項目	固有の項目
リハビリテーション実施計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	心身機能、ADL、IADLの状況 リハビリテーションプログラム等
栄養ケア計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	栄養補給・食事 栄養食事相談 他職種による課題の解決など
口腔機能向上サービスの 管理指導計画・実施記録	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	口腔・嚥下に関する指導・機能訓練 の項目

論点②リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な運用

検討の方向（案）

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリ専門職、管理栄養士、歯科衛生士の関与についてばらつきがある各種の計画書や会議の要件について、各専門職を必要に応じて追加することを検討してはどうか。
- また、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の計画書について、一体的に記入できる様式を検討してはどうか。

論点③ADL維持等加算

論点③

- 自立支援・重度化防止に軸足を置いた介護を進めることは重要であり、平成30年度介護報酬改定において、利用者の状態改善等のアウトカムに注目し、日常生活動作(A D L)の維持・改善につながった利用者が多い通所介護事業所を評価する加算（ADL維持等加算）を導入した。
- ADL維持等加算について、現状の取得状況や課題も踏まえながら、自立支援・重度化防止に向けた取組を一層進めていく観点から、どのような方策が考えられるか。

各介護サービスの比較①

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料
一部改変

○ 各介護サービスごとに、その目的や実施内容、対象となる利用者、求められる要件等が異なっている。

	訪問介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	通所介護	通所リハビリテーション
目的※ 法律上の定義 ※ 基準省令における基本方針から抜粋	【目的】 (利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる)	【目的】 <u>心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指す</u>	【目的】 居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたもの)について、利用者の心身の機能の維持回復を図る 対象者: 病状が安定期にあり、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを要するもの	【目的】 利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る 対象者: 病状が安定期にあり、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを要するもの	【目的】 居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたもの)について、利用者の心身の機能の維持回復を図る 対象者: 病状が安定期にあり、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを要するもの
	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの	【法律上の定義】 療養上の世話又は必要な診療の補助	【法律上の定義】 その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと	【法律上の定義】 その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
医師の配置	(一)	(一)	専任の常勤医師 1以上	(一)	専任の常勤医師 1以上
リハビリテーションや機能訓練を行う者の配置	(一)	(一)	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1以上	機能訓練指導員 1以上※ ※ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、一定のあん摩マッサージ指圧師はり師又はきゅう師の資格を有する者	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者100人に1名以上※ ※ 所要1～2時間の場合は、適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供可能
計画書	訪問介護計画	訪問看護計画書	訪問リハビリテーション計画書	通所介護計画	通所リハビリテーション計画書

介護保険法(平成9年12月17日号外法律第123号)
 介護保険法施行規則(平成11年3月31日号外厚生省令第36号)
 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)
 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号)

各介護サービスの比較②

	特定施設 入居者 生活介護	認知症対応 型通所介護	小規模多機 能型居宅 介護	認知症対応 型共同生活 介護	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護医療院
目的※ 法律上の定義	【目的】 (利用者が当該指定特定施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる)	【目的】 利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る	【目的】 (利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする)	【目的】 (利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする)	【目的】 (入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とする)	【目的】 (入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、)その者の居宅における生活への復帰を目指す	【目的】 (その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする)
※ 基準省令における基本方針から抜粋	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの、機能訓練及び療養上の世話	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと	【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話	【法律上の定義】 看護、 <u>医学的管理の下における介護及び機能訓練</u> その他必要な医療を要する要介護者	【法律上の定義】 療養上の管理、看護、 <u>医学的管理の下における介護及び機能訓練</u> その他必要な医療並びに日常生活上の世話
医師の配置	(一)	(一)	(一)	(一)	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数	常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上	常勤換算方法で、Ⅰ型療養床の利用者の数を48で除した数に、Ⅱ型療養床の利用者の数を100で除した数を加えて得た数以上
リハビリテーションや機能訓練を行う者の配置	機能訓練指導員1以上	機能訓練指導員1以上	(一)	(一)	機能訓練指導員1以上	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 介護医療院の実情に応じた適当数
計画書	特定施設サービス計画	認知症対応型通所介護計画	小規模多機能型居宅介護計画	認知症対応型共同生活介護計画	施設サービス計画	施設サービス計画	施設サービス計画

介護保険法(平成9年12月17日号外法律第123号)
指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)
介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年1月18日厚生省令第5号)
介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第40号)
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日号外厚生省令第39号)
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日号外厚生労働省令第34号)

自立支援に向けたインセンティブに関連する政府方針

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（関係部分）（令和元年6月21日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等（2）主要分野ごとの改革の取組 ①社会保障（医療・介護制度改革）

診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

「成長戦略フォローアップ」（関係部分）（令和2年7月17日閣議決定）

6. 個別分野の取組（2）新たに講ずべき具体的施策

vi) 疾病・介護の予防

① 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

カ) 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度中にエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

ADL維持等加算(平成30年度介護報酬改定)

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、A D L（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

通所介護

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が20名以上であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間中の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。
 - c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index（注3）を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること
 - d cの要件を満たす者のうちADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ－1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したBarthel Indexから評価対象利用開始月に測定したBarthel Indexを控除して得た値。

注5 端数切り上げ

A D L 維持等加算(Ⅰ) 3単位/月（新設）

- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う。（(Ⅰ)(Ⅱ)は各月でいずれか一方のみ算定可。）

A D L 維持等加算(Ⅱ) 6単位/月（新設）

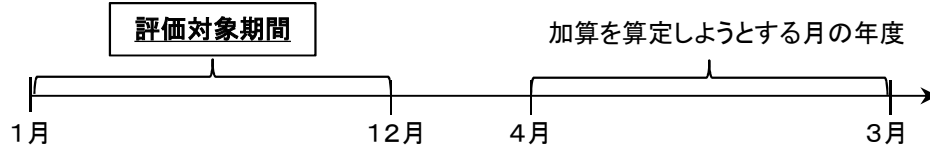
ADL維持等加算の算定要件の考え方

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

Step1. 加算を算定しようとする月の年度の初日（4月1日）が属する年の前年の1月から12月までの期間を「評価対象期間」（※）とする。



※ ADL維持等加算の基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年十二月までの期間

Step2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定する。

（各利用者について、最も早い6月連続利用がその利用者の「評価対象利用期間」、評価対象利用期間の初めの月が「評価対象利用開始月」となる。）

例1： 1月、3～8月、11月に利用 → 3～8月が評価対象利用期間、3月が評価対象利用開始月

例2： 1～9月、12月に利用 → 1～6月が評価対象利用期間、1月が評価対象利用開始月

例3： 1～5月、7～11月に利用 → 6月以上連続して利用した期間がないため対象外

Step3. Step2. で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定する。

Step4. Step3. で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、Step1. の「加算を算定しようとする月の年度」において、当該事業所を利用する全員にADL維持等加算（Ⅰ）が算定可能。

- ① 20人以上。
- ② それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- ③ それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④ 評価対象利用開始月、及び評価対象利用開始月を1月目として6月目にBarthel Indexを用いてADLを評価して、両月のADLの値をサービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで厚生労働省に提出した割合が90%以上。
- ⑤ ④の各者について、6月目のADLの値から1月目のADLの値を引いたものが大きい順に並べ、上位85%を特定。それらについて、1月目と比較して6月目にADLが改善していたものを1、不変だったものを0、悪化していた場合を-1として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

※ 平成30年度の算定については、平成29年1月から12月までの評価対象期間について、Step4. ①～⑤を満たすことを示す書類を保存していれば、それを根拠として算定できることとする。

※ 提出されたデータについては、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

Step5. ADL維持等加算（Ⅰ）が算定可能な事業所で、さらに加算を算定する月において個々の利用者のADLの評価を厚生労働省に提出（※）すれば、当該の利用者について、ADL維持等加算（Ⅰ）の代わりに（Ⅱ）が算定可能。

※ 当該提出の月の属する年の1月から12月までが評価対象期間となる際には、Step4. ④によって求められるADL値の提出を兼ねるものとする。

ADL維持等加算の算定状況

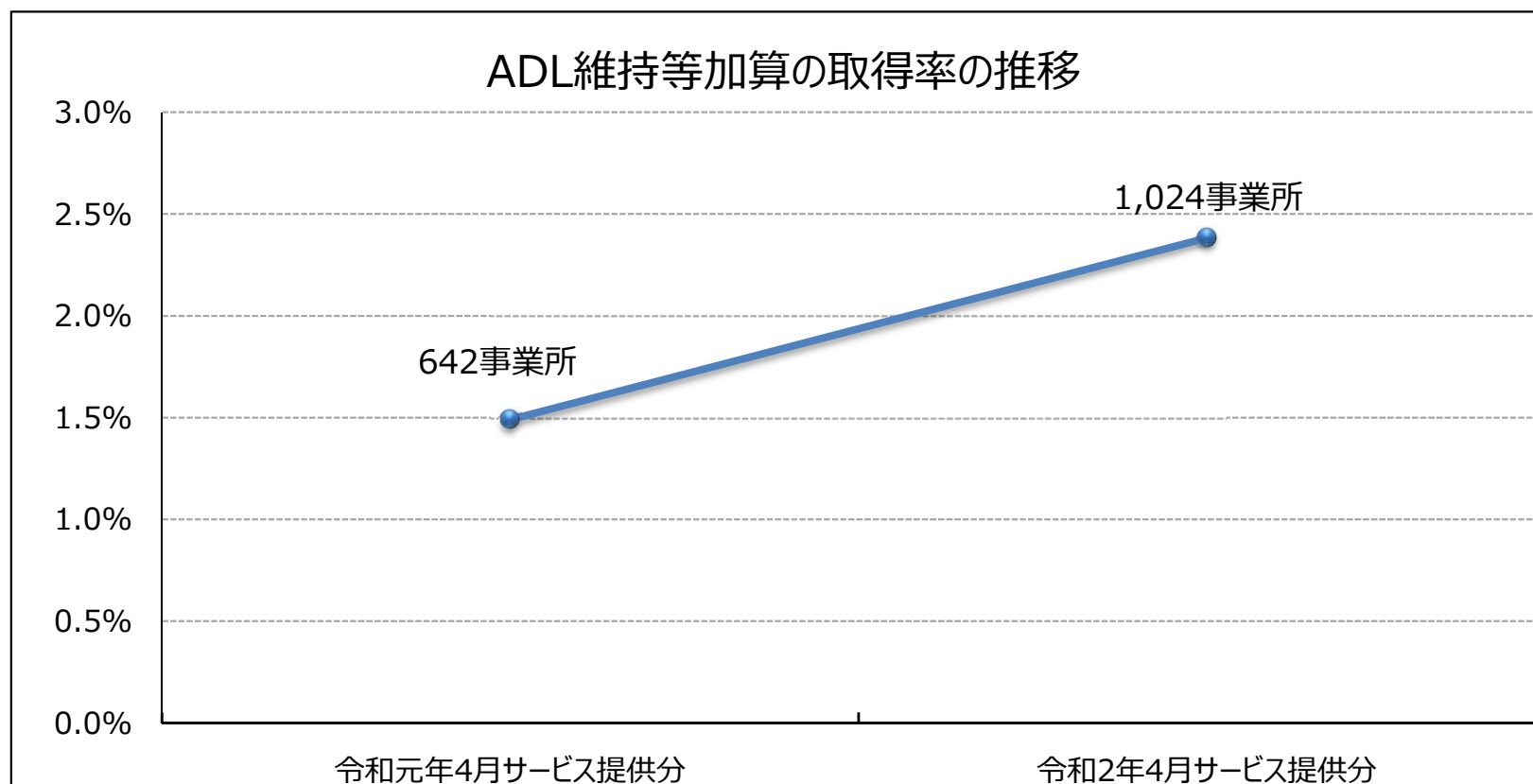
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 平成30年度介護報酬改定で新設したADL維持等加算の算定施設数は1年間で1.5倍以上に増加。

	令和元年4月サービス提供分		令和2年4月サービス提供分	
	算定施設数	取得率	算定施設数	取得率
通所介護・地域密着型 通所介護事業所※	642	1.49%	1,024	2.38%



※通所介護および地域密着型通所介護の合計値。

出典：老人保健課作成：介護保険総合データベースより集計

Barthel Index(BI) について

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

Barthel Index

ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

BI（バーセルインデックス）の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	0点	全介助
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレトペーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立（浴槽につかる、シャワーを使う）
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

初月のBI別6月目のBIの変化平均

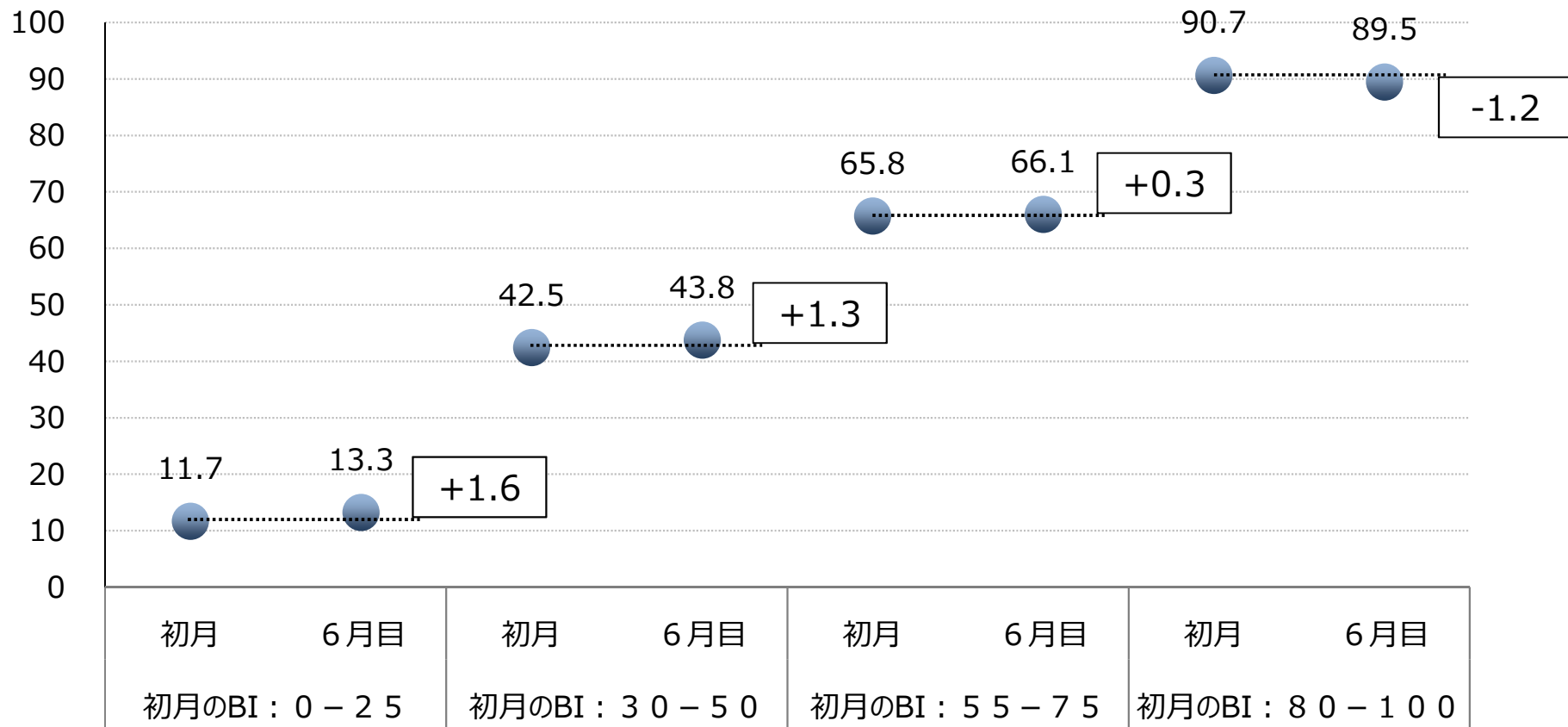
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 初月のBIの値により、6月目のBIの変化の傾向は異なる。
- 初月のBIが低いほど6月目のBIは初月より高くなる傾向があり、初月のBIが高いほど6月目のBIは初月より低くなる傾向がある。

通所介護サービス利用者の初月のBI値別の6月目のBI値の変化



※2019年度のADL維持等加算算定に向けた申出のあった事業所において、初月と6月目のBIが提出されていた利用者（54,869人）について集計。

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

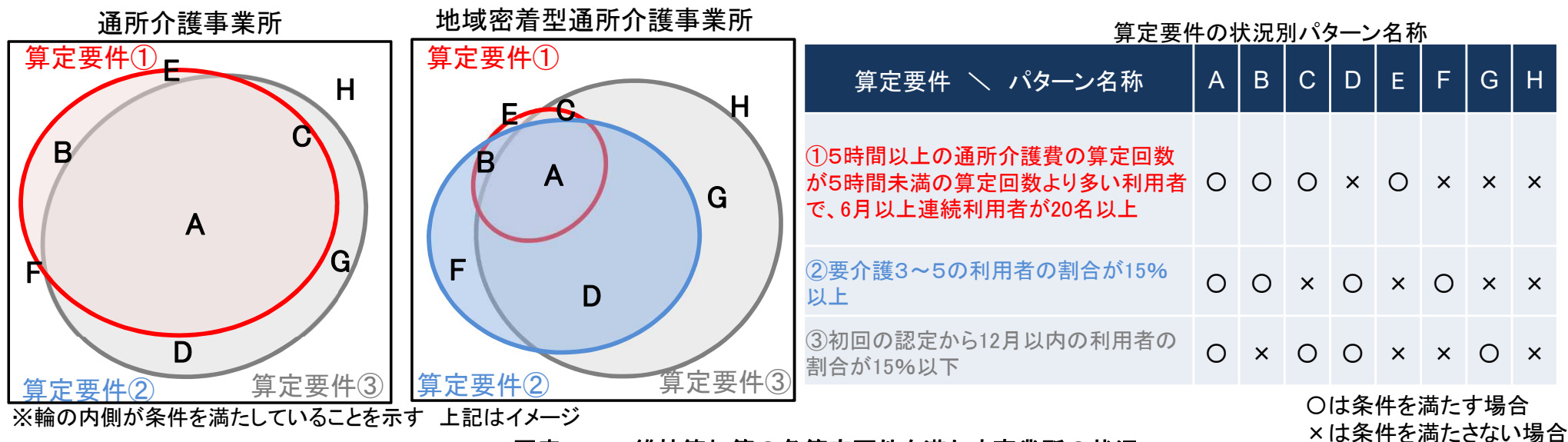
社保審－介護給付費分科会

第177回（R2.6.1）

資料1-1

①ADL維持等加算の要件について：算定要件を満たす事業所の割合（A. 介護保険総合データベースを用いた分析）

- ADL維持等加算の算定要件として、利用者割合等の各算定要件を満たす事業所がどの程度存在するのか（どの算定要件が事業所において課題となっているのか）を、介護保険総合データベースを用いて分析した。
- ①～③の全ての要件を満たす事業所は、通所介護事業所は63.9%、地域密着型通所介護では12.4%であった。
- 地域密着型通所介護では、算定要件①を満たす事業所が16.8%であり、最も算定の制約になる要件であった。



図表5 ADL維持等加算の各算定要件を満たす事業所の状況

集計項目	サービス	要件①	要件②	要件③	A	B	C	D	E	F	G	H	総数
要件を満たす事業所数	通所介護	18,763	19,766	20,288	14,921	2,065	1,519	2,180	258	600	1,668	136	23,347
	地域密着型通所介護	3,126	11,804	16,015	2,312	392	344	7,410	78	1,690	5,949	477	18,652
要件を満たす事業所の割合	通所介護	80.4%	84.7%	86.9%	63.9%	8.8%	6.5%	9.3%	1.1%	2.6%	7.1%	0.6%	100%
	地域密着型通所介護	16.8%	63.3%	85.9%	12.4%	2.1%	1.8%	39.7%	0.4%	9.1%	31.9%	2.6%	100%

【分析方法】

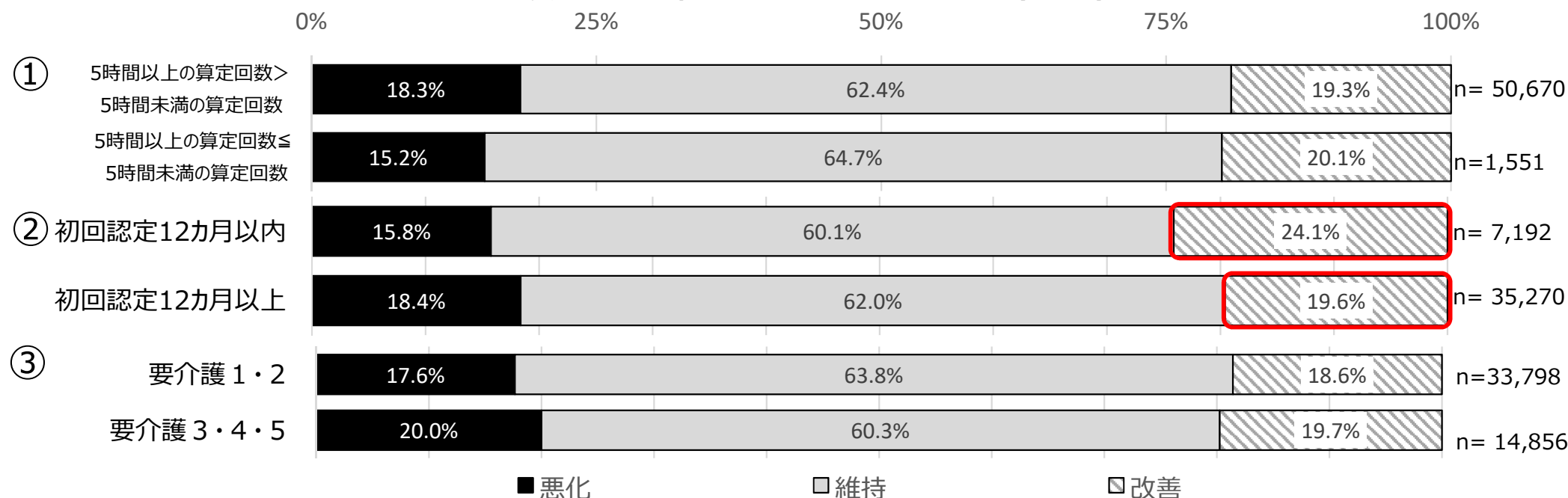
- ・平成31年1月～令和元年6月サービス提供分を対象として分析した。分析対象事業所数は表内に記載の通り。（以下の要件を判別できない事業所は分析対象から除外）
- ・各通所介護事業所において5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者で、6か月間連続利用者（分析対象利用者）を抽出
- ・①の算定要件を満たす場合：各通所介護事業所において、分析対象利用者が20名以上の場合
- ・②の算定要件を満たす場合：各通所介護事業所において、分析対象利用者数に占める、要介護3～5の分析対象利用者の割合が15%以上の場合
- ・③の算定要件を満たす場合：各通所介護事業所において、分析対象利用者数に占める、初回の認定から12月以内の利用者の割合が15%以上の場合

※ADL維持等加算の算定要件上では、利用者毎に評価対象利用期間を設定するが、本分析においては、平成31年1月～令和元年6月を全利用者の評価対象利用期間と仮定した分析としている。

・BIの変化について：算定要件別 Barthel Indexの変化（利用者）（A. 介護保険総合データベースを用いた分析）

- ADL維持等加算の以下の算定要件それぞれについて、Barthel Indexの変化に違いがあるのかを分析した。
 - ① 5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定する。
 - ② 初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下
 - ③ 要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- 初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者は6月後に24.1%の改善、12月超の利用者は6月後に19.6%の改善がみられた。 その他の算定要件である通所介護サービスの利用時間（5時間以上の回数）や要介護度について改善割合の差はそれぞれ0.8%、1.1%であった。

図表17 算定要件別 Barthel Indexの変化（6月後）



【分析方法】

連続して6月以上通所介護サービスの利用がある利用者について、平成30年4月～7月及び平成31年1月を初月として摘要欄にBarthel Indexの値が記載されたデータについて、6月後のADL値と比較。値が上昇した場合は改善、同じ場合は維持・減少した場合は悪化と分類した。分析対象利用者数はグラフ横に記載の通り。

ADL値が記載された初月について、①要介護度、②認定有効開始年月から12カ月を超えているかの別、③通所介護費の算定状況（5時間以上の算定回数と5時間未満の算定回数）別で分類を行った。

分析項目：ADL値（摘要欄に記載された値）、要介護度、認定有効期間、時間別の通所介護サービス利用回数

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

社保審－介護給付費分科会

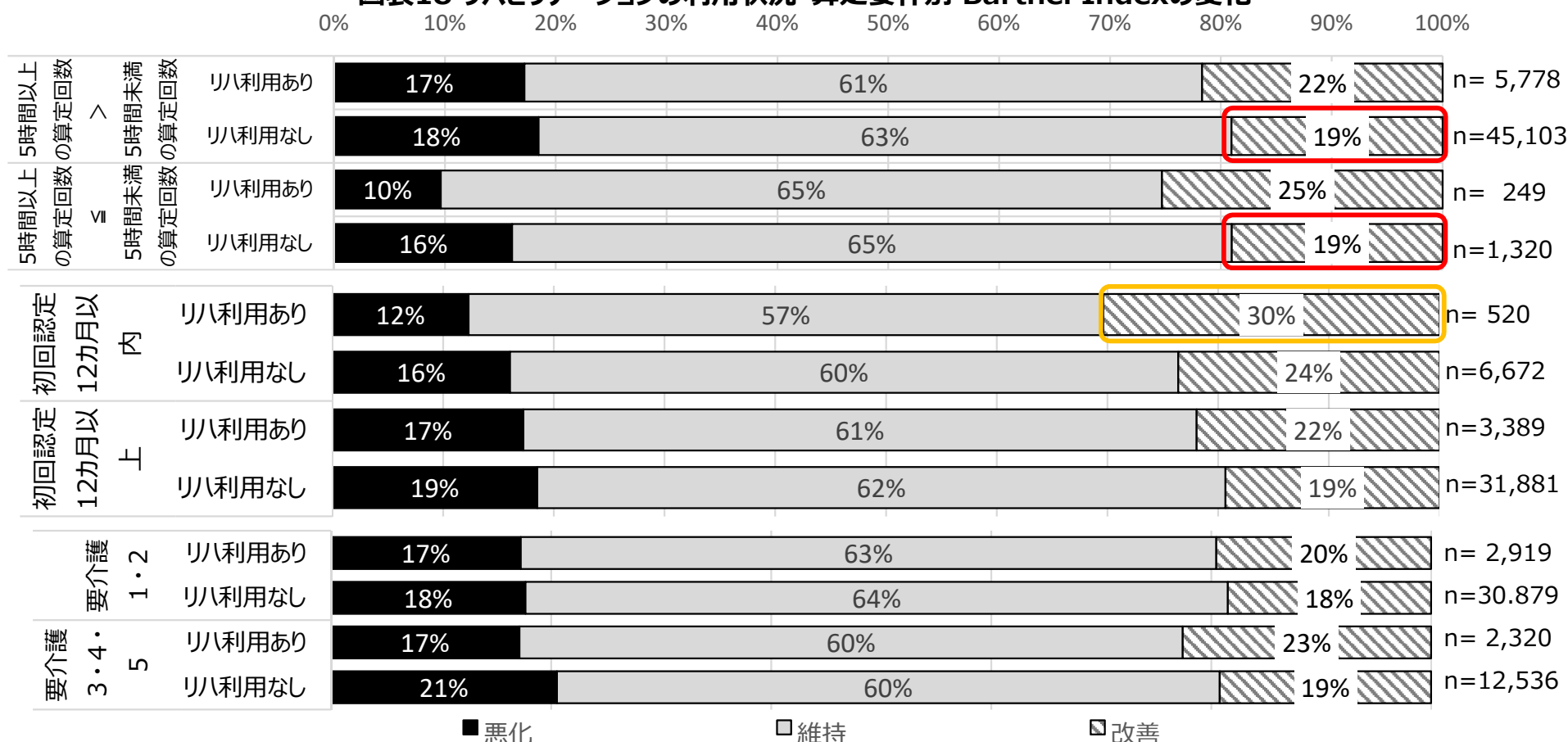
第177回（R2.6.1）

資料1-1

・BIの変化について：算定要件別 Barthel Indexの変化（利用者）（A. 介護保険総合データベースを用いた分析）

- リハビリテーションサービスの利用有無によって、Barthel Indexの変化に違いがあるのかを分析した。
- 通所リハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを利用している場合は、算定要件別でいずれも改善の割合が高い結果であった。
- リハビリテーションを利用していない利用者では、5時間以上の算定回数・5時間未満の算定回数状況別に分けた場合、Barthel Indexの変化にほとんど差が見られなかった。
- 初回の認定から12月以内の利用者でリハビリテーションを利用している利用者は改善が30%であった。

図表18 リハビリテーションの利用状況・算定要件別 Barthel Indexの変化



【分析方法】

前ページの分析について、Barthel Indexを報告した初月において、通所リハビリテーションまたは訪問リハビリテーションの利用単位数が1単位以上の場合、「リハビリあり」、0単位の場合、「リハビリなし」とした。

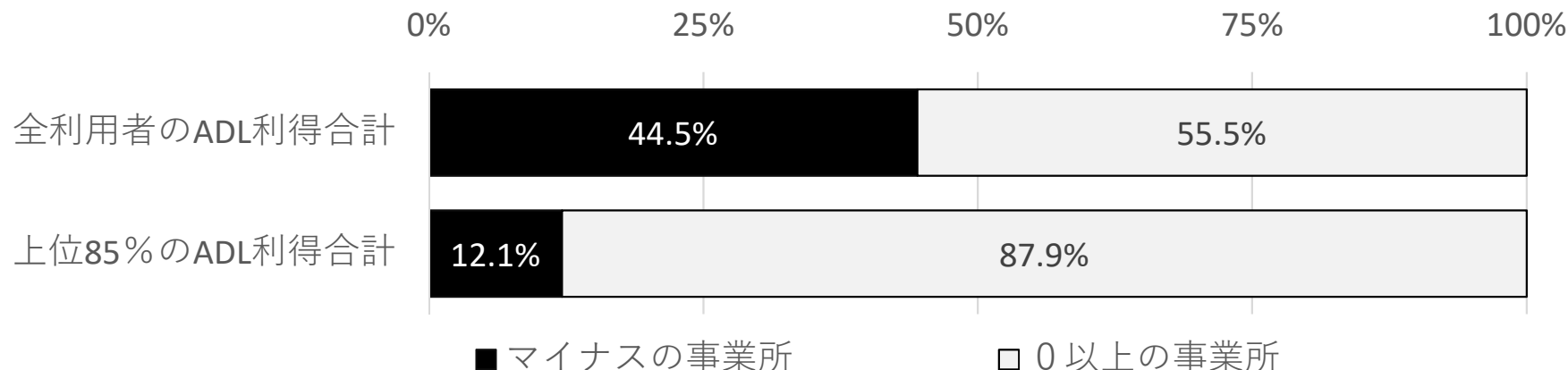
分析項目：ADL値（摘要欄に記載された値）、要介護度、認定有効期間、時間別の通所介護サービス利用回数

・BIの変化について：事業所のADL利得（A. 介護保険総合データベースを用いた分析）

- ADL維持等加算（I）の算定要件として、「6月目のADLの値から1月目のADLの値を引いたものを大きい順に並べ、上位85%を特定。それらについて、1月目と比較して6月目にADLが改善していたものを1、不変だったものを0、悪化していた場合を－1として、ADL値を提出した利用者について合計したものが0以上の場合」がある。
 - 実際に、上記計算を全利用者で実施した場合と上位85%の利用者に絞った場合での結果の比較を行った。
 - Barthel Indexの報告があった全利用者を合計した場合、ADL利得がマイナスの事業所は44.5%、0以上の事業所は55.5%であった。
 - 報告があった利用者のうち、上位85%に絞って合計した場合、ADL利得がマイナスの事業所は12.1%、0以上の事業所は87.9%であった。
- ※ 本分析は、Barthel Indexの報告があった事業所を対象としているため、全ての通所介護事業所の実態を正確に反映しているわけではない。

図表 19 事業所別 ADL利得の状況

n=1,097



【分析方法】

- ・介護保険総合データベースに収載されたデータにおいて、連続して6月以上通所介護サービスの利用がある利用者かつ、平成30年4月～7月及び平成31年1月とその6月後、両方の摘要欄にBarthel Indexの値の利用者が20名以上いた事業所を対象として分析。分析対象事業所数は1,097事業所、分析対象利用者数は55,537人。
- ・1月目と比較して6月目にADLが改善（Barthel Indexの値が上昇）していた場合は1、不変だった場合は0、悪化していた場合は－1として、Barthel Indexの報告があった全利用者について合計したものを、「全利用者のADL利得合計」として算出した。
- ・6月目のADLの値から1月目のADLの値を引いたものを大きい順に並べ、上位85%を特定した上で、同様に、ADL利得の合計を算出したものを、「上位85%のADL利得合計」とした。

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

社保審－介護給付費分科会

第177回 (R2.6.1)

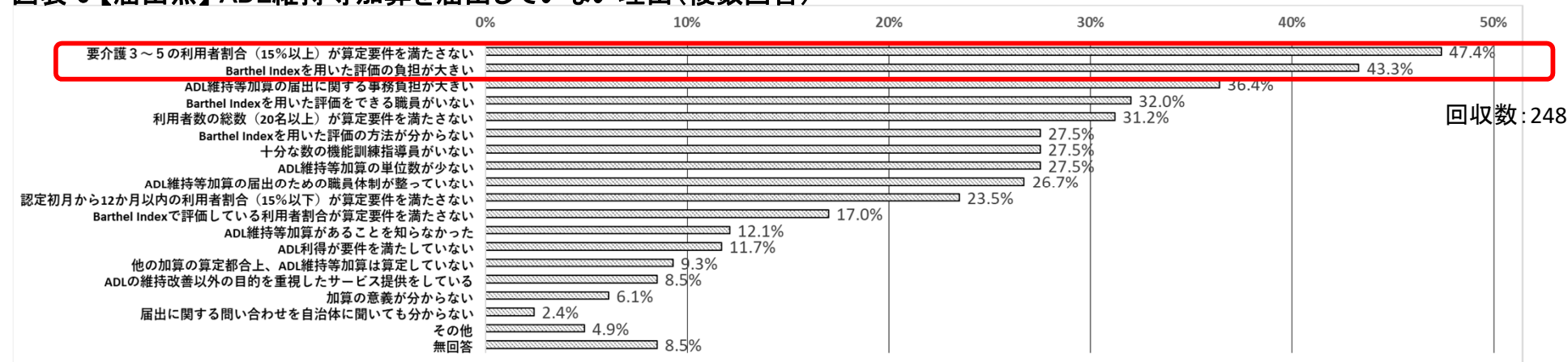
資料1-1

①ADL維持等加算の要件について:ADL維持等加算の課題等 (B. 事業所調査:事業所票)

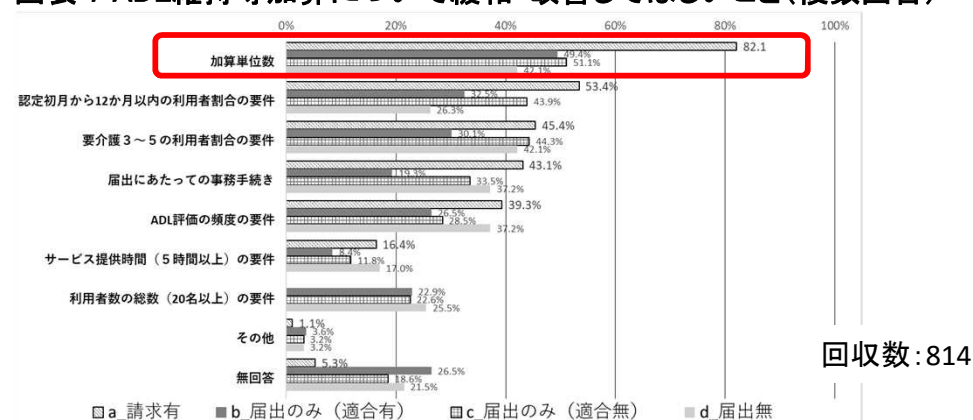
- ADL維持等加算を届出していない理由は、「要介護度3～5の利用者割合が算定要件(15%以上)を満たさない」が47.4%、「Barthel Indexを用いた評価の負担が大きい」が43.3%であった。
- ADL維持等加算について緩和・改善してほしいことを確認したところ、届出・請求の状況によらず「加算単位数」が最も多く、請求がある事業所では82.1%であった。届出のみしている事業所についても、ADL維持等加算を請求していない理由は「加算単位数が少ない」ことの割合が最も多く、34.9%(適合あり)、40.3%(適合なし)であった。
- ヒアリング調査からは、ADL維持等加算の算定にあたっての手続きが煩雑であるとの意見が複数得られた。

※事業所票 問5 (1)(2) ADL維持等加算の課題等(各票共通)

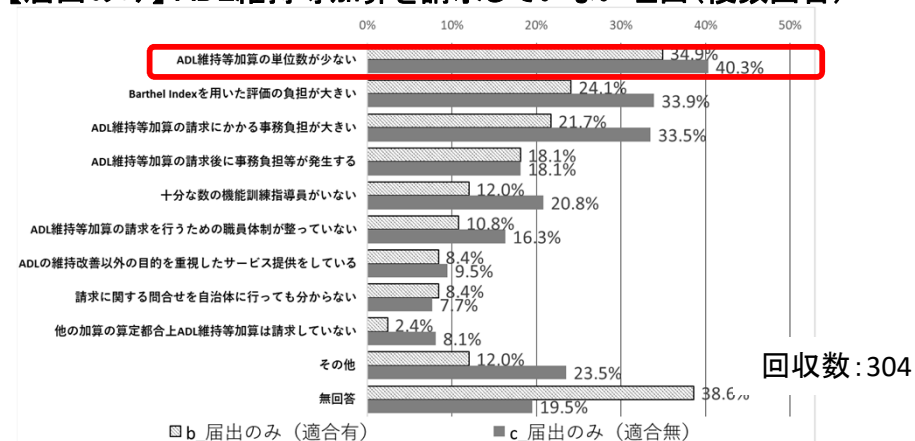
図表 6【届出無】ADL維持等加算を届出していない理由(複数回答)



図表 7 ADL維持等加算について緩和・改善してほしいこと(複数回答)



図表 8【届出のみ】ADL維持等加算を請求していない理由(複数回答)



a_請求有: ADL維持等加算を請求している事業所、b_届出のみ(適合有): ADL維持等加算の算定要件に適合しているが、加算の請求はしていない事業所
c_届出のみ(適合無): ADL維持等加算の届出をしているが、算定要件に適合していない事業所、d_届出無: ADL維持等加算の届出をしていない事業所

論点③ADL維持等加算

検討の方向（案）

- 現行のADL維持等加算は、自立した日常生活を営むための自立支援・重度化防止に資する機能訓練等の取組を行い、その効果としてADLの維持等につながった利用者が多い通所介護事業所を評価するものであるが、対象サービスについて、通所介護事業所に限らず、同様の取組を行い、ADLの維持等を目的とするようなサービスにも拡大することを検討してはどうか。
- 現行のADL維持等加算は、算定要件が複雑であるとともに、評価開始時点のADLによって、ADLの変化の傾向が異なる。こうした点を踏まえ、クリームスキミングを防止する観点も含め、評価開始時点のADLを考慮できる仕組みや、算定要件を簡略化する等の見直しを検討してはどうか。
- 居宅系のサービスで通所・訪問リハビリテーションを併用している場合、併用していない場合と比べて、ADLの維持・改善の傾向が見られており、居宅系サービスにおける機能訓練に加えて、併用するリハビリテーションサービスの効果も含まれていることについてどのように考えるか。
- 現行のADL維持等加算では、ADLを提出している（加算取得を目指す）事業所については、ADL利得の要件を満たしている（実際に加算を取得できる）事業所が大半であることを踏まえ、より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業所を高く評価していくことを検討してはどうか。

論点④リハビリテーションにおける心身機能・活動・参加の評価

論点④

- 生活期リハビリテーションは「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランス良く働きかけ、日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たすことが重要とされている。自立支援・重度化防止に資する、より効果的なリハビリテーションの提供体制を構築する観点から、リハビリテーションにおける活動・参加の測定方法、および心身機能であるADLの評価についてどのような方策が考えられるか。

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（関係部分）（令和元年6月21日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等（2）主要分野ごとの改革の取組 ①社会保障（医療・介護制度改革）

診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、A D L の改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

「成長戦略フォローアップ」（関係部分）（令和元年6月21日閣議決定）

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防（2）新たに講ずべき具体的施策

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

⑥介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

介護保険制度の見直しに関する意見（関係部分）（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）

Ⅱ 保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化）

4. データ利活用の推進

○ データの収集項目に関し、VISITについては、更なる利活用の促進に向けて今後項目の見直しを進めることが重要である。

通所リハビリテーションにおけるADLの状況

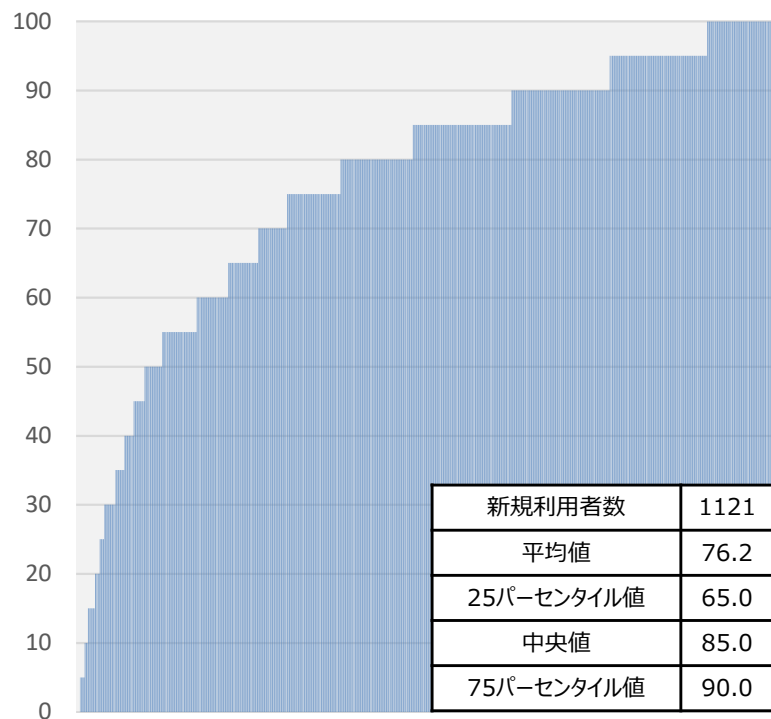
社保審一介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

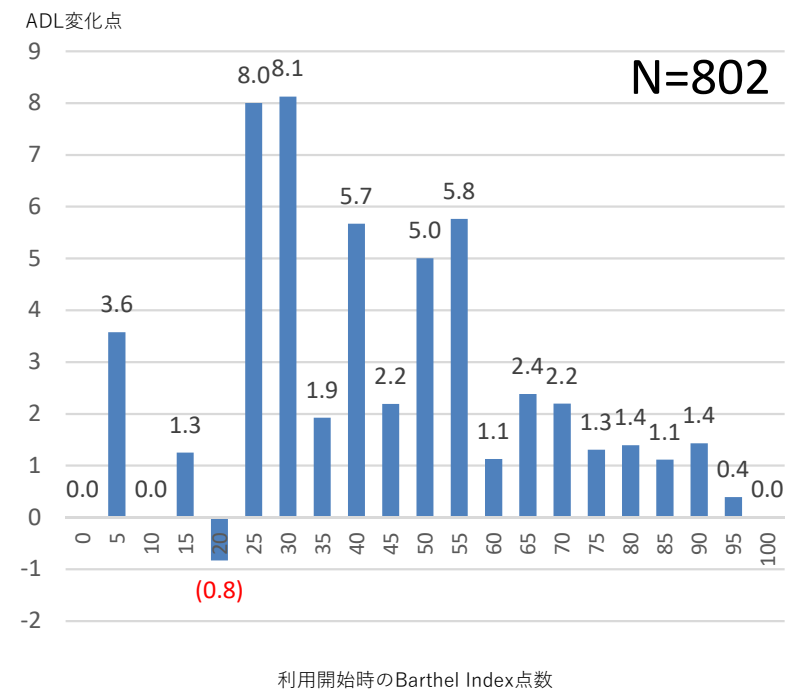
資料

- 利用開始時のADL評価であるBarthel Indexは平均が76.2点であった。
- 利用開始時から修了時のADL変化をみると、利用開始時のADLに関わらず大方で改善している。

利用開始時のADL(Barthel Index)



利用開始から修了時におけるADL(Barthel Index)の平均点数変化



※Barthel Indexの総点が30点の利用者において、BIが10点改善する場合、例えば、食事が部分介助から自立へ、起き上がって座れる状態から椅子とベッド間の移乗が部分介助に改善することが想定される。

※利用修了者：平成31年1～4月の間に目標達成により修了した者。利用修了者には、入院・入所、死亡など状態悪化による終了は含まない。

(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業（令和元年度調査）のデータをもとに老人保健課で集計

リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

社保審一介護給付費分科会

第180回 (R2. 7. 20)

資料 3

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段的日常生活動作（IADL）と活動範囲（LSA*）が有意に改善している。

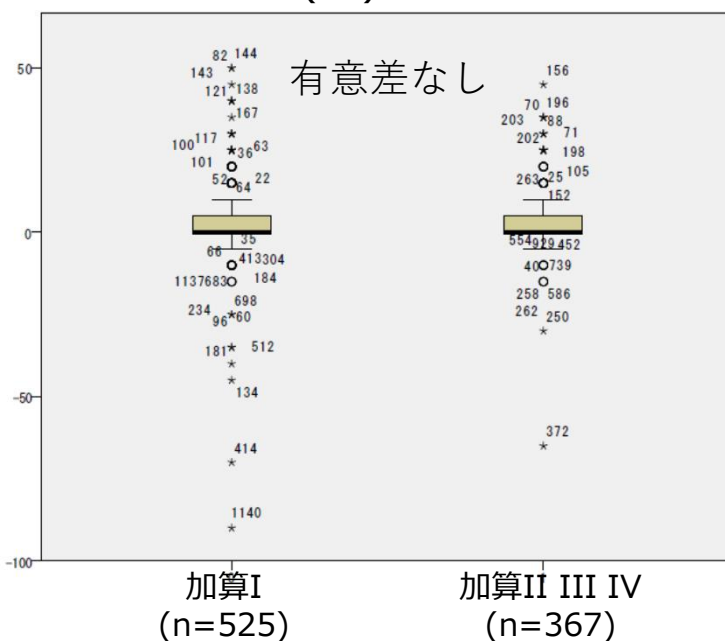
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化とリハマネ加算算定との関係

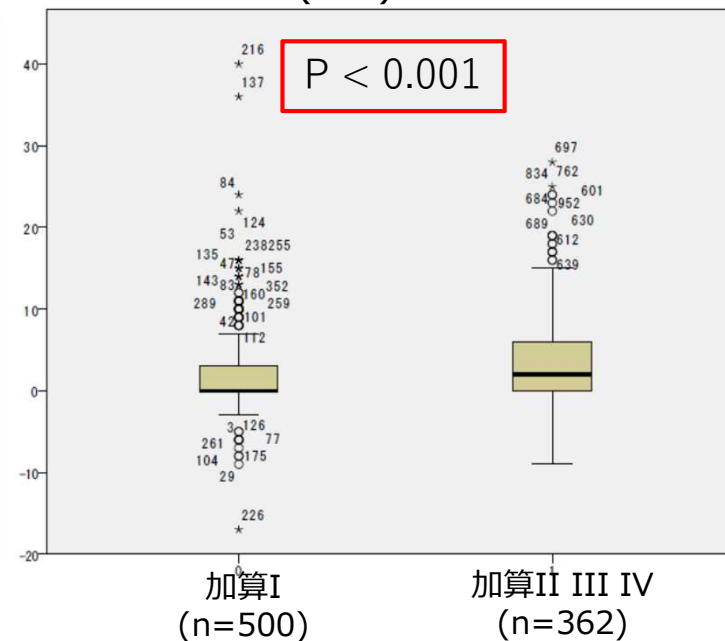
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算Ⅰ	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

平均値 ± 標準偏差 ADLはBarthel Index, IADLはFAI(Frenchay Activities Index)を指標として使用。

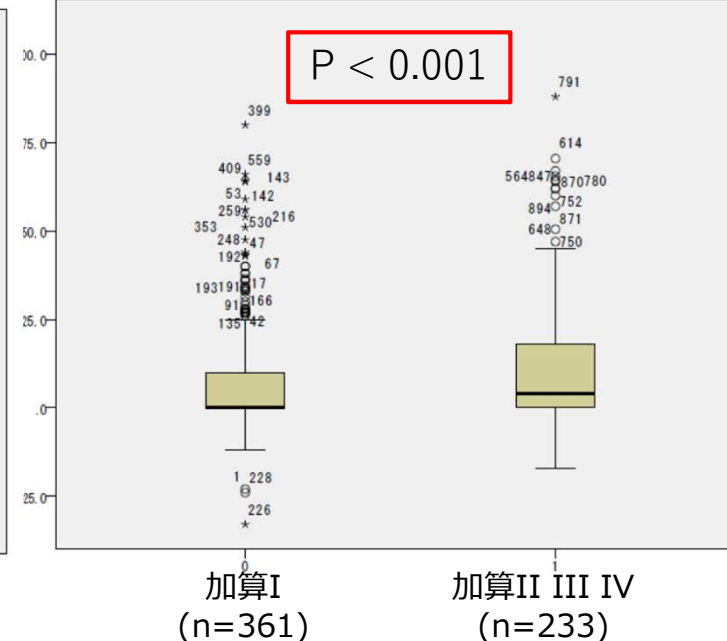
ADL(BI)変化



IADL(FAI)変化



LSA変化



Frenchay Activities Index (FAI) 及びLife Space Assessment (LSA) について

Frenchay Activities Index (FAI)

手段的ADL (IADL) に関する15項目を0～3点の4段階で評価する指標。日本語人における標準値が報告されている。

アセスメント項目	評価内容の記載方法
食事の用意	0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓	
力仕事	
買物	
外出	
屋外歩行	
趣味	
交通手段の利用	
旅行	
庭仕事	0：していない 1：時々 2 定期的にしている 3：植替等もしている
家や車の 手入れ	0：していない 1：電球の取替、ねじ止めなど 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：家の修理、車の整備
読書	0：読んでいない、 1：まれに 2：月1回程、 3：月2回程
仕事	0：していない 1：週1～9時間 2 週10～29時間 3 週30時間以上

Life Space Assessment (LSA)

個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標。地域在住高齢者において信頼性と妥当性が検証されている。

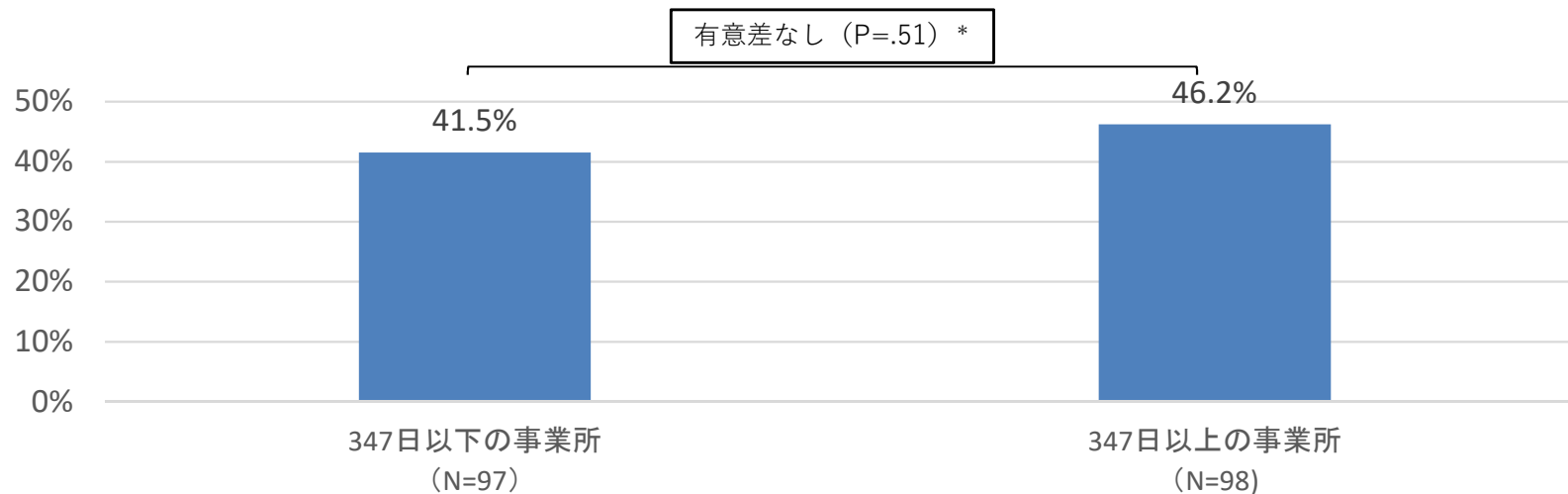
評価点	内容
0	寝室
1	住居内 (自宅で寝ている以外の部屋)
2	居住空間のごく近くの空間 (玄関外・中庭・ベランダ・車庫などの屋外)
3	自宅近隣 (自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣)
4	町内 (近隣よりも離れた場所)
5	町外

Baker et al. "Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults" J Am Geriatr Soc. 2003 Nov;51(11):1610-4.

- 利用開始から修了時までの利用期間（各事業所における利用者の中央値）が347日以下の事業所と、347日以上事業所とを比較したところ、Barthel Indexで評価されたADLが改善した者の割合に有意な差はなかった。
- 利用期間が347日以下の事業所と、347日以上事業所とを比較したところ、利用開始時のADLと年齢には、有意な差はなかった。

利用期間比較の事業所のADL改善者の割合の比較

※利用開始から修了時のADL(Barthel Index)が改善した者の割合



	347日以下の事業所 (N=98)	347日以上事業所 (N=97)	P値
利用開始時のADL (Barthel Indexの点数)	88.1	85.4	.17
年齢	78.6歳	76.9歳	.17

※各事業所における通所リハビリテーションの修了者の利用期間の中央値は347日であり、この値を元に事業所を利用期間が短い事業所と利用期間が長い事業所に二分した。

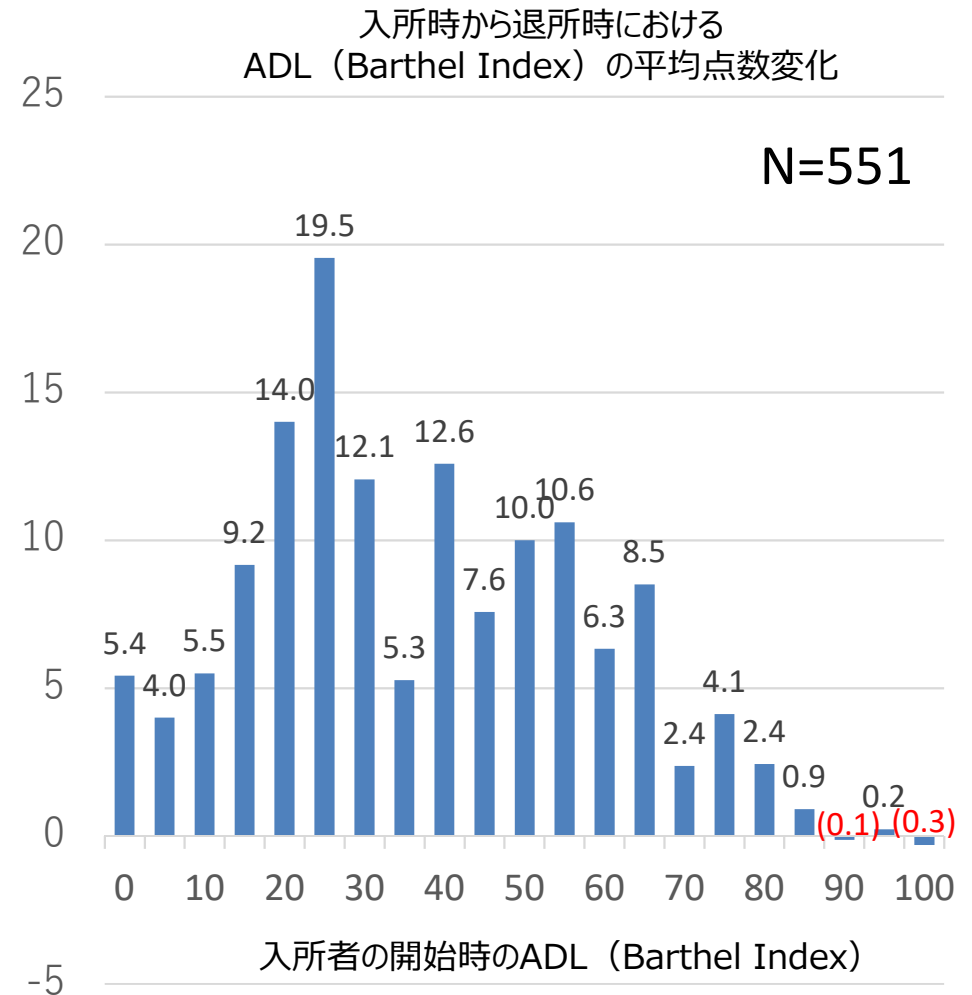
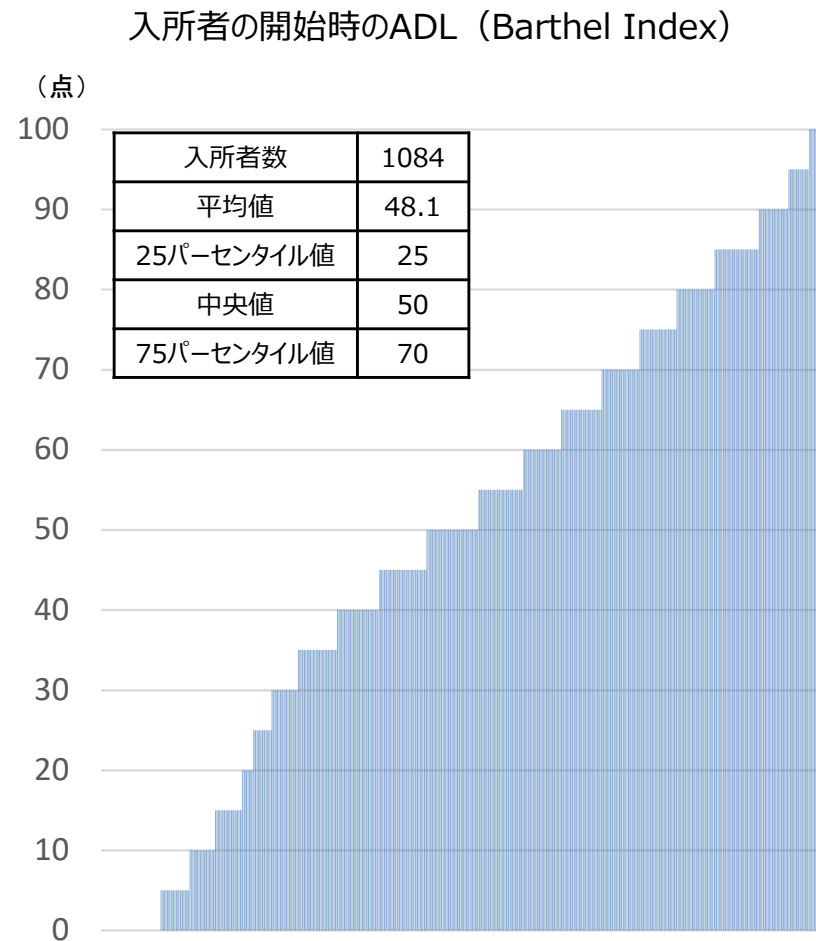
* Mann-WhitneyのU検定

※利用修了者：平成31年1～4月の間に目標達成により修了した者。利用修了者には、入院・入所、死亡など状態悪化による終了は含まない。

（出典）通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業（令和元年度調査）をもとに老人保健課で集計

介護老人保健施設における入所者のADL

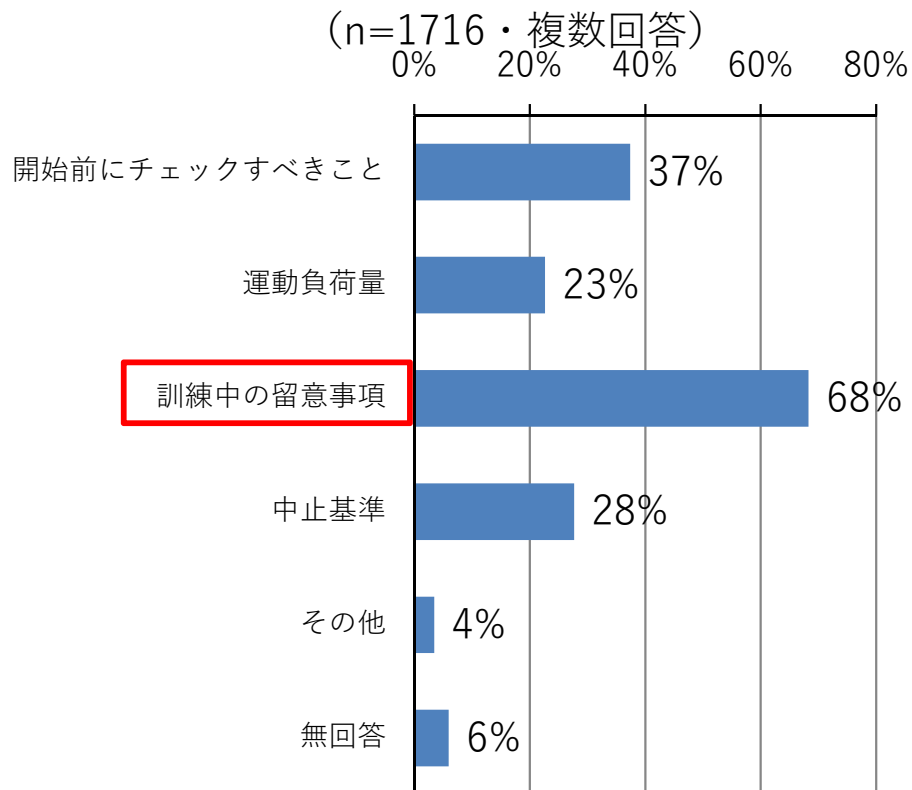
- 開始時のADL評価であるBarthel Indexは平均が48.1点であった。
- 入所時から退所時のADL変化をみると、入所時のADLに関わらず大方で改善している。



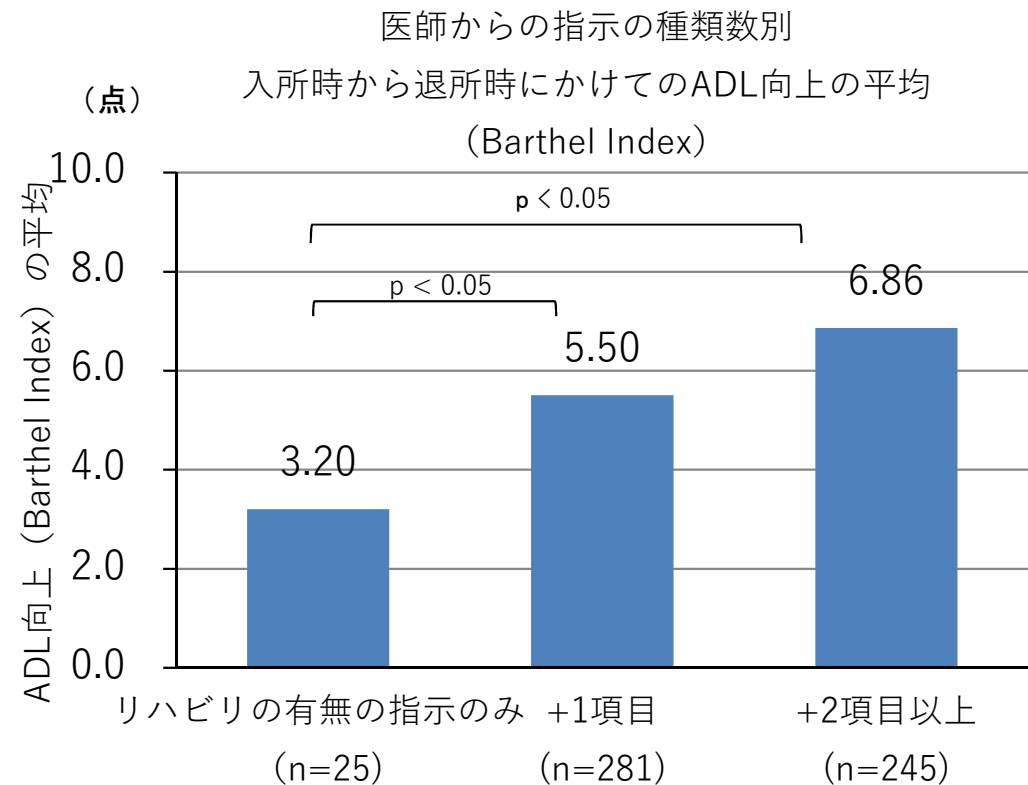
【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

- 介護老人保健施設で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、訓練中の留意事項が最も多かった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示や留意事項の内容



注)
・令和元年9月18日～10月1日の2週間に退所した者を対象として集計



注)
・令和元年9月18日～10月1日の2週間に自宅等へ退所した者を対象として集計。

【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

介護老人保健施設 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (平成30年度介護報酬改定)

社保審一介護給付費分科会	
第185回 (R2.9.14)	資料

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援 機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援 機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を 満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

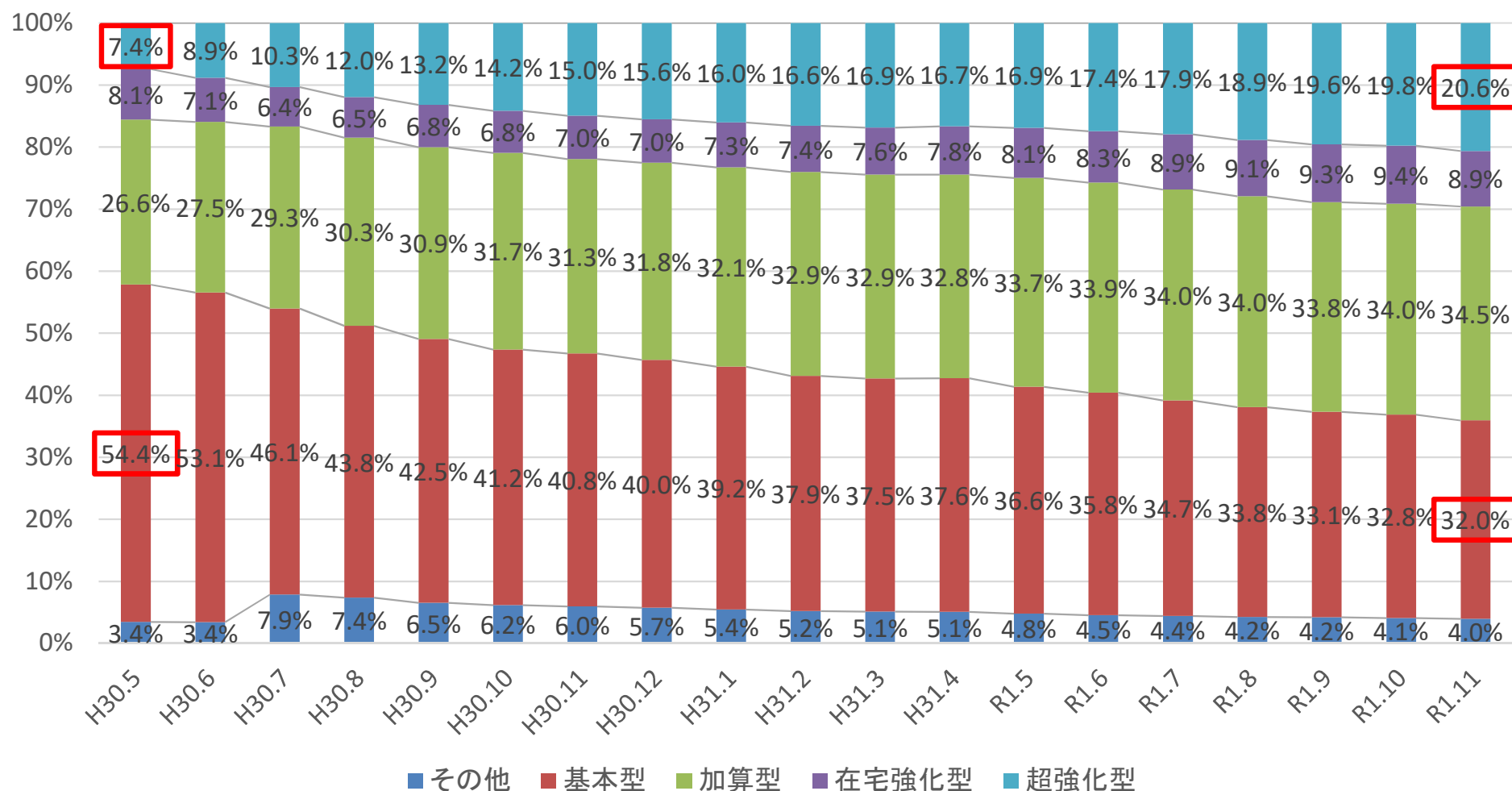
在宅復帰・在宅療養支援等指標 :					評価項目	算定要件
下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値 (最高値:90)					退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等 に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事 業者から情報提供を受けることにより、在宅におけ る生活が1月※以上継続する見込みであることを確 認し、記録していること。
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0		リハビリテーシ ンマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生 活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他 必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その 評価を行っていること。
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0		地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0		充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実 施していること。
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0			
⑤居宅サービスの実施数	3サ-ビス 5	2サ-ビス 3	1サ-ビス 2	0サ-ビス 0		
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0			
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0			
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0			
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0			
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0			

※要介護4・5については、2週間。

介護老人保健施設の基本サービス費類型の推移

- 超強化型について、平成30年 5 月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年 5 月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少した。

介護老人保健施設の施設類型の推移



(出典：介護給付費等実態統計 (旧介護給付費等実態調査))

通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

社保審一介護給付費分科会
第180回(R2.7.20)資料3より

- 通所リハビリテーションと通所介護では、医師の配置や、求められるリハビリテーション専門職、サービスの実施内容・目的等が異なっている。

	通所リハビリテーション	通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院	(－)
医師の配置	専任の常勤医師 1 以上	(－)
リハビリテーションや機能訓練を行う者の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者100人に1名以上 ※ 所要 1 ～ 2 時間の場合は、適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供可能	機能訓練指導員 1 以上 ※ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、一定のあん摩マッサージ指圧師はり師又はきゅう師の資格を有する者
実施内容・目的	【内容】 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション 【目的】 利用者の心身機能の維持回復を図ること	【内容】 必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うこと 【目的】 利用者の社会的孤立感の解消、心身の機能の維持、利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの
リハビリテーション計画書／通所介護計画書	通所リハビリテーション計画書 医師の診察内容や運動機能検査等の結果に基づき、サービス提供に関わる従業者が共同して、利用者毎に作成	通所介護計画 利用者の心身の状況や希望、その置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載し、利用者毎に作成

通所リハビリテーションの運営基準

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

<通所リハビリテーションの基本取扱方針>

第113条 指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定通所リハビリテーション事業所は、自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

<指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針>

第114条 指定通所リハビリテーションの方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 1 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第一項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- 2 通所リハビリテーション従業者は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- 3 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整える。
- 4 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

第1章 基本的な視点（抜粋）

- 介護予防サービスの提供に当たっては、明確な目標設定を行い、一定期間後には所期の目標が達成されたかどうかを評価する「目標志向型」のサービス提供が必要であると考えられる。

1. 通所系サービス （報酬設定の考え方）

これまでの主な議論等

（1）通所系サービスの報酬体系について

- ・通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的服务」と、運動器の機能向上や栄養改善などの「選択的服务」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とすることが適当と考えられる。

（2）目標の達成度に応じた介護報酬の設定について

- ・目標の達成度に応じた介護報酬の設定についても導入の方向で検討していくことが適当と考えられる。その際、事業者全体の質を評価するという観点から、事業所単位の評価としていくことが考えられる。

(介護予防)通所リハビリテーションの基本報酬の構造

指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ（1月あたり）

要支援度に応じた
基本サービス費



事業所の体制等に対する加算・減算



利用者の状態等に応じたサービス提供に対する
加算・減算

要支援1 1,721単位／月

要支援2 3,634単位／月

※月額定額報酬

要支援度の維持改善の割合が一定以上【事業所評価加算】（+120単位／月）

中山間地等でのサービス提供（+5%）

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置
（+24～+96単位／月）

介護職員の処遇改善を実施
（+1.52%～+1.9%）

利用者数が定員を超える（-30%）

看護・介護職員数が基準を満たさない
（-30%）

選択的サービス複数実施（2種類：+480単位／月、
3種類：+700単位／月）

1)運動機能の向上のみ（+225単位／月）

2)栄養状態の改善のみ（+150単位／月）

3)口腔機能の向上のみ（+150単位／月）

生活機能の向上を目的としたグループ活動【生活機能向上グループ活動加算】（+100単位／月）

若年性認知症利用者受入（+240単位／月）

介護予防通所介護事業所と同一建物に居住する
者へのサービス提供
（-376～-752単位／月）

社会参加支援加算の算定と通所リハビリテーション事業所・利用者の特性

社保審一介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

資料

- 社会参加支援加算を算定している事業所では、そうでない事業所と比べ、リハビリテーション専門職の常勤換算数、総利用者数が有意に高かった。
- また同加算を算定している利用者は、そうでない利用者とは比べ、リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定者割合が高く、また利用開始から6ヶ月後のIADLが有意に改善していた。

通所リハビリテーション事業所の特性	社会支援加算算定あり (N=87)	社会参加支援加算算定なし (N=451)	P値※
大規模IまたはII	34.4%	18.5%	.001
リハビリテーション専門職の常勤換算数	5.31人	3.40人	<.001
短時間サービスのみ提供（3時間未満）	16.6%	14.8%	0.634
総利用者数（実数）	138人	79人	<.001
要介護4～5の利用者割合（実数）	10.4%	10.0%	.975
短時間サービスの利用者割合（実数） （1～2時間または2～3時間）	33.9%	22.7%	.020

新規利用者の特性 （平成31年1～2月に通所リハビリテーションを開始した者）	社会支援加算算定あり (N=62)	社会参加支援加算算定なし (N=266)	P値※
リハマネII以上の算定者割合	54.8%	34.2%	.011
利用開始から6ヶ月後のADL(Barthel Index)の改善	4.33	2.20	.069
利用開始から6ヶ月後のIADL(Frenchay Activities Index)の改善	3.77	1.78	<.001

※検定はMann-WhitneyのU検定もしくはカイニ乗検定

（出典）通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業（令和元年度調査）をもとに老人保健課で集計

利用者のADL改善と事業所の特性

- ADLの改善が大きい事業所は、ADLの改善が小さい事業所と比較して、大規模事業所が多く、短時間サービスの提供は少なく、総利用者及び要介護4～5の利用者が多く、中重度者ケア体制加算と短期集中個別リハ実施加算の算定者割合が高い。

事業所の特性	利用者のADLの改善が大きい事業所 (N=193)	利用者のADLの改善が少ない事業所 (N=222)
大規模IまたはII*	61 (31.6%)	50 (22.5%)
リハビリテーション専門職の常勤換算数	4.1名	4.1名
短時間サービスのみ提供（3時間未満）*	15 (7.8%)	35 (15.8%)
総利用者数（実数の平均値）*	85.1名	73.7名
要介護4～5の利用者の平均割合*	15.4%	13.4%
社会参加支援加算の算定事業所数	37 (19.1%)	30 (13.5%)
リハビリテーション提供体制加算の算定事業所数	153 (79.3%)	153 (68.9%)
中重度者ケア体制加算の算定事業所数*	73 (37.8%)	62 (27.9%)
短期集中個別リハ実施加算の算定者割合*	33.1%	24.1%
リハマネ加算Ⅱ以上の算定者割合	24.4%	23.3%

※各事業所における通所リハビリテーションの利用開始から6ヶ月後のBarthel Index変化の平均値は2.27点であり、この値を元に事業所をADLの改善が大きい事業所と小さい事業所に二分した。
 ※有意差あり（ピアソンのカイ二乗検定若しくはMann-WhitneyのU検定）

通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ

※ 加算・減算は主なものを記載

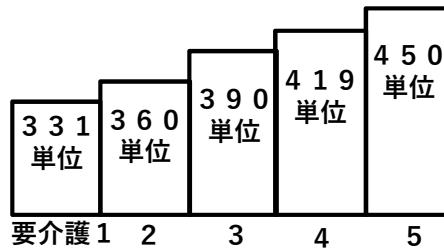
通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

要介護度・利用回数
・時間区分に応じた基本
サービス費

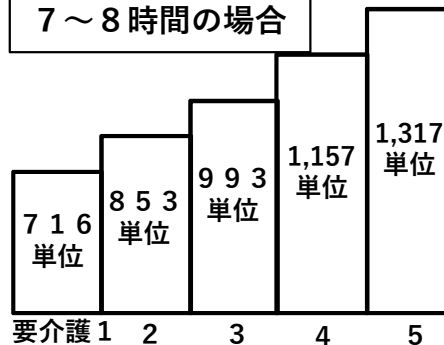
事業所の体制等に対する加算・減算

利用者の状態等に応じたサービス提供に対する
加算・減算

1～2時間の場合



7～8時間の場合



※通常規模型の場合

社会参加に資する取組を評価
(社会参加支援加算) (+12単位/日)

リハビリテーション提供体制加算
(+12～28単位/回)

中山間地等でのサービス提供
(+5%)

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上
配置
(+6～+18単位/回)

利用者数が定員を超える
(-30%)

医師、PT・OT・ST、看護・介護職員数
が基準を満たさない
(-30%)

継続的にリハビリテーションの質を管理
(リハビリテーションマネジメント加算)

- ・Ⅰ： 330単位/月
- ・Ⅱ： 850単位/月, 6月から530単位/月
- ・Ⅲ： 1,120単位/月, 6月から800単位/月
- ・Ⅳ： 1,220単位/月, 6月から900単位/月

短期集中的なりハビリテーションの実施
(110単位/日)

認知症の利用者への短期集中的なりハビリ
テーションの実施

- ・Ⅰ： 240単位/日
- ・Ⅱ： 1920単位/月

栄養改善サービスの実施 (150単位/回)

栄養スクリーニング加算 (5単位/回)

口腔機能向上サービスの実施(150単位/回)

中重度ケア体制強化加算
(20単位/日)

介護通所リハビリ事業所と同一建物に居住す
る者へのサービスを提供

(-94単位/日)

論点④リハビリテーションにおける心身機能・活動・参加の評価

検討の方向（案）

- 介護老人保健施設及び通所リハビリテーションの利用者のBarthel Indexは大方で改善している。また、通所リハビリテーションの利用者のADLやIADLの改善には、事業所の特性や各種加算の算定割合に関連性が認められる。
- 平成30年度介護報酬改定で、介護老人保健施設の基本報酬において在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価が創設された介護老人保健施設について、超強化型は平成30年5月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加し、基本型は、平成30年5月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少している。また在宅復帰・在宅療養支援等指標の数値は、改定前後で上昇している。
- 介護予防通所リハビリテーションの月単位報酬体系における過去の議論においては、明確な目標設定を行い、一定期間後には初期の目標が達成されたかどうかを評価する「目標志向型」のサービス提供が必要であると報告された。また、指定通所リハビリテーションは利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならないとされているところ。
- 生活期リハビリテーションは「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランス良く働きかけることとされているが、自立支援・重度化防止の観点から、介護老人保健施設や通所リハビリテーションにおいて、入所者（利用者）の活動・参加の測定方法の在り方、および心身機能であるADLの維持改善に基づく評価について検討してはどうか。
- 通所リハビリテーション事業所の自立支援の機能を高める観点から利用者のADL及びIADL等と事業所の特性を組み合わせた評価として、どのような方策が考えられるか。

論点⑤適時適切なリハビリテーション専門職の活用(生活機能向上連携加算)

論点⑤

- 地域におけるリハビリテーション専門職の活用について、その専門性を効果的に活用する観点から、どのような対応が考えられるか。

外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 (平成30年度介護報酬改定)

○ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

- 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・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に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（生活機能向上連携加算（Ⅱ））。
- 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、
- ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（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、訪問介護計画を作成すること
 - ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、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、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（生活機能向上連携加算（Ⅰ））。
- ＜現行＞

生活機能向上連携加算 100単位／月



＜改定後＞

生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位／月 **（新設）**

生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位／月
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。
- 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位／月 **（新設）**

生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位／月 **（新設）**

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、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

- 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。
- 生活機能向上連携加算 200単位／月 **（新設）**

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

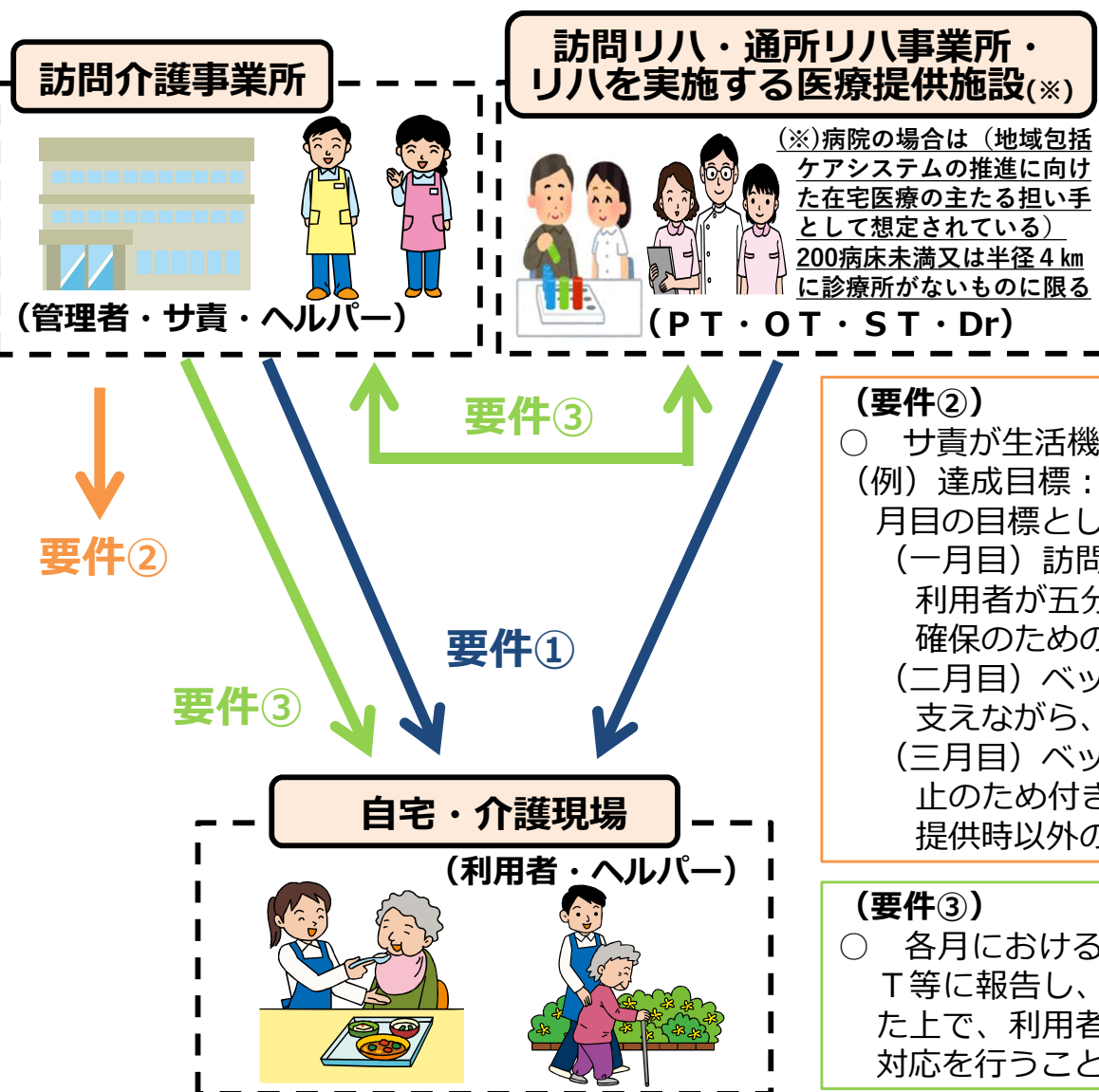
生活機能向上連携加算の概要（訪問介護）

社保審一介護給付費分科会

第189回（R2.10.22）

資料 1

- 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、以下のとおり評価。
- (I) ICTの活用等により通所リハビリテーション事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護（100単位/月）
- (II) 通所リハビリテーション事業所等が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する又はそれぞれ訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行うことにより共同して作成した計画に基づく介護（200単位/月）



（要件①）

- 身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同で行うこと
- (I) ICTの活用等によりPT等が自宅を訪問せずに利用者の状況を適切に把握する
- (II) サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行う」

（要件②）

- サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
- （例）達成目標：「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」
- （一月目）訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
- （二月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
- （三月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

（要件③）

- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等へ報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

生活機能向上連携加算の要件

- 通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設等においては、訪問介護等と異なり、ICT等を活用した場合における算定要件が設けられていない。

	訪問介護、小規模多機能型居宅介護、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、 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
単位	生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月（3月に1度） 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月	生活機能向上連携加算 200単位／月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月
要件 (※1)	○ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 訪問リハビリテーション若しくは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て半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、その事業の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する又は理学療法士等及びサービス提供責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（サービス担当者会議として開催されるものを除く）を実施し、利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。 ○ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 訪問リハビリテーション若しくは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て半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの助言（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、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること。 <u>当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、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</u> を定期的に行うこと。	訪問リハビリテーション若しくは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て半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。 リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

※1 左列は訪問介護の例であり、小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護においても同様。
右列は通所介護の例であり、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設においても同様。

生活機能向上連携加算の変遷

- 生活機能向上連携加算は平成24年介護報酬改定において、自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る目的で、訪問介護に創設された。
- 平成24年介護報酬改定以降、以下のとおり改正されている。（下記の表を参考）
 - ・平成27年：連携先に通所リハビリテーションを追加。
 - ・平成30年：加算を生活機能向上連携加算ⅠとⅡに区分（ICTを使用した場合を創設）。
訪問介護以外のサービスに創設。
連携先にリハビリテーションを実施している医療提供施設及び連携する職種に医師を追加。

「地域包括ケア研究会報告書」（平成22年3月）（抄）

- リハビリテーションについては、PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を創設したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。

生活機能向上連携加算の対象拡大

連携先・連携方法	訪問介護	定期巡回	小多機	通所介護 (地密、 認デイ)	短期入所	GH	特定	特養
訪問リハビリテーション	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
通所リハビリテーション	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
医療提供施設（病院(200病床未満又は半径4 kmに診療所がないものに限る。） ※医療提供施設：病院、診療所、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
ICTの活用	◎	◎	◎					

○平成24年改定 ▲平成27年改定 ◎平成30年改定

リハビリテーション等関連の主な加算の算定率(算定事業所割合)

(生活機能向上連携加算、リハビリテーションマネジメント加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算、事業所評価加算、社会参加支援加算、ADL維持等加算)

社保審－介護給付費分科会

第178回 (R2.6.25)

資料1

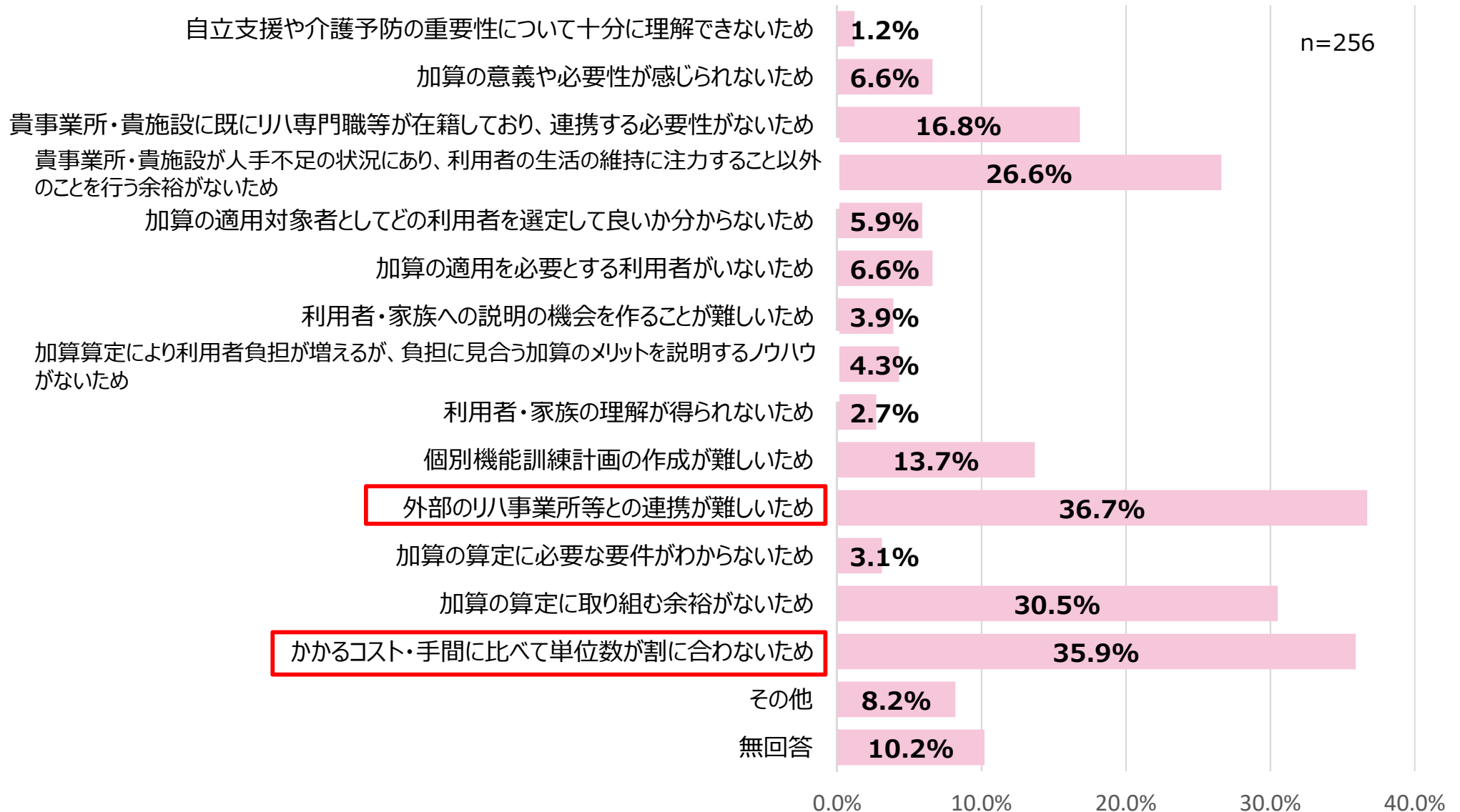
	サービス類型	加算名称		平均算定率
訪問系	訪問介護	生活機能向上連携加算	I	0.37%
			II	0.20%
	訪問リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	I	82.86%
			II	6.41%
			III	12.32%
			IV	0.72%
		社会参加支援加算	—	18.54%
通所系	通所介護	生活機能向上連携加算	1	1.08%
			2	3.40%
		ADL維持等加算(※)	I	1.79%
			II	1.24%
	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	I	89.80%
			II 1	11.64%
			II 2	12.29%
			III 1	24.53%
			III 2	25.30%
			IV 1	1.02%
			IV 2	1.04%
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	1	0.61%
			2	0.54%
		社会参加支援加算	—	7.75%
	介護予防通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	—	87.63%
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	1	0.67%
			2	0.40%
		事業所評価加算	—	10.12%
			—	—
居住系	特定施設入居者生活介護	生活機能向上連携加算	1	2.45%
			2	2.72%
	小規模多機能型居宅介護	生活機能向上連携加算	I	2.46%
			II	1.91%
施設サービス	介護老人福祉施設	生活機能向上連携加算	1	1.26%
			2	3.38%

(出典)介護保険総合データベースの任意集計(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

※ADL維持等加算については、同集計方法により、平成31年4月～令和元年12月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、9ヶ月間の平均算定率を集計

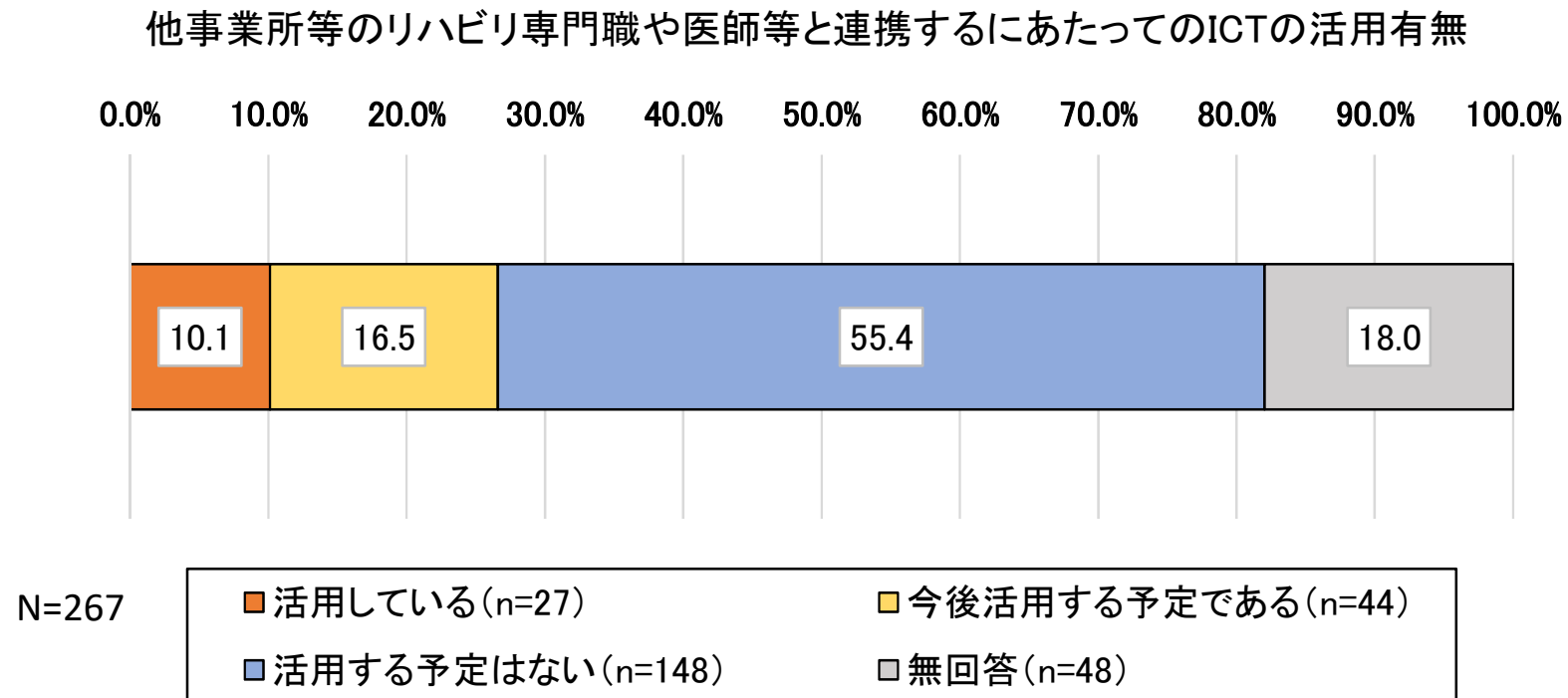
通所介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由)

○ 通所介護における生活機能向上連携加算を算定していない理由をみると「外部のリハ事業所等との連携が難しいため」(36.7%)が最も多く、次いで「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため」(35.9%)が多かった。



他事業所等のリハビリ専門職や医師等と連携するにあたってのICTの活用有無

介護老人福祉施設、他事業所等のリハビリ専門職や医師等と連携するにあたってのICTの活用について、「活用している」「今後活用する予定である」と回答した事業所が26.6%を占めていた。

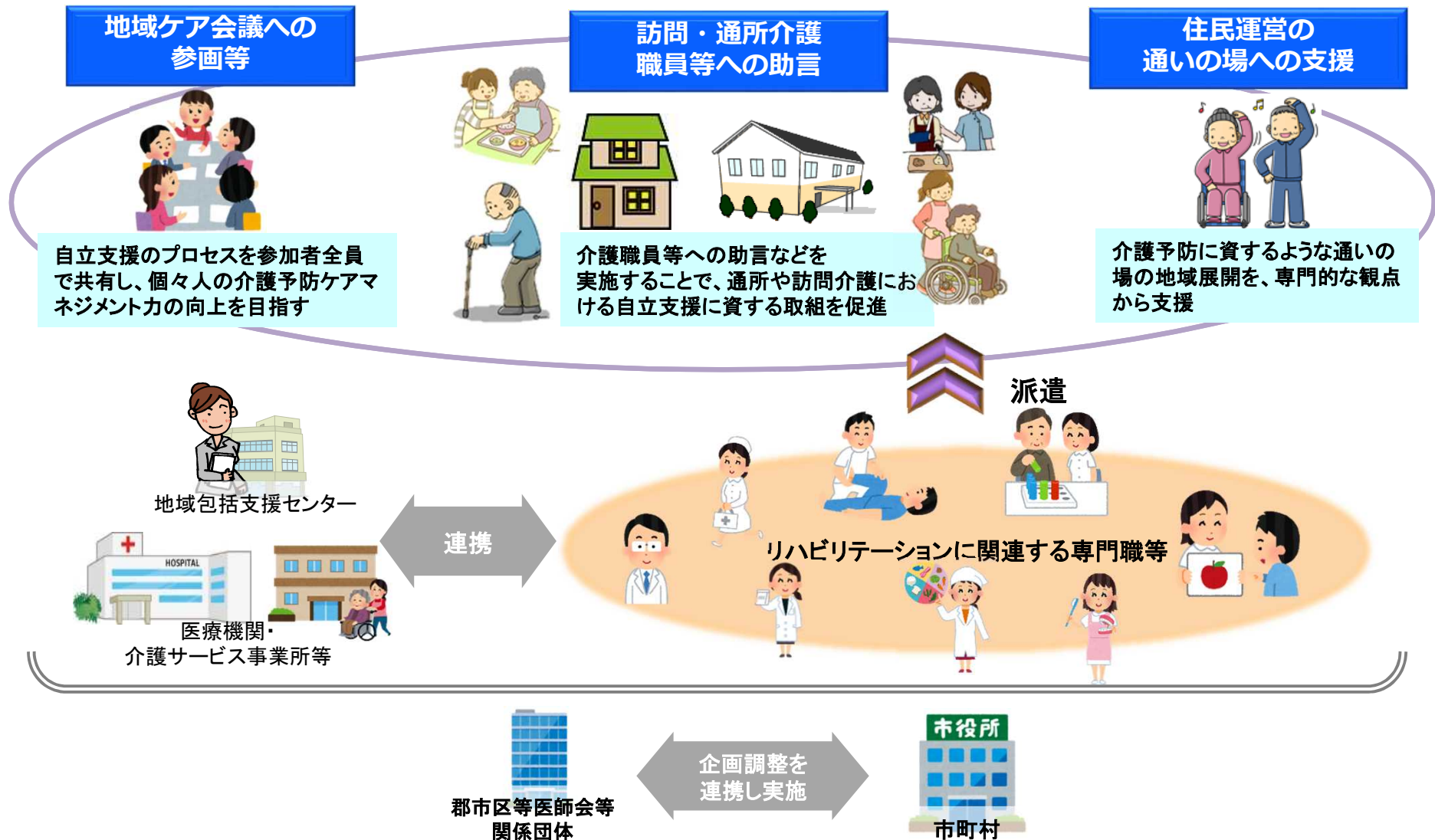


調査対象事業所：（ユニット型）（地域密着型）介護老人福祉士施設、（地域密着型）介護付き有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護

※出典：令和2年度老人保健健康増進等事業「介護老人福祉施設等の医療ニーズに関する調査研究事業」の中間報告（n=267）。数値は、中間報告時点のものであり、今後の回収状況により変更の可能性がある。

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



一般介護予防事業：地域リハビリテーション活動支援事業

○ 地域リハビリテーション活動支援事業における市町村からの派遣実績における各専門職毎の派遣依頼先の割合は、以下のとおりであった。

- ・ 群市区医師会等：医師（51.1%）、理学療法士(33.7%)、作業療法士（36.9%）、言語聴覚士（38.3%）
- ・ 医療機関：医師（59.6%）、理学療法士(47.2%)、作業療法士（41.5%）、言語聴覚士（39.0%）
- ・ 介護サービス施設・事業所：医師（3.9%）、理学療法士(30.5%)、作業療法士（29.1%）、言語聴覚士（16.0%）

地域リハビリテーション活動支援事業における市町村からの専門職の派遣依頼の実績

	有	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他
派遣実績の有無(市町村数)	1,128	178	156	360	185	243	995	702	300	464	479	376
割合[%]※1	[64.8%]	[10.2%]	[9.0%]	[20.7%]	[10.6%]	[14.0%]	[57.2%]	[40.3%]	[17.2%]	[26.7%]	[27.5%]	[21.6%]
派遣依頼先の有無(市町村数)												
郡市区医師会等の職能団体	535	91	106	230	7	34	335	259	115	180	222	63
割合(%)※	(47.4%)	(51.1%)	(67.9%)	(63.9%)	(3.8%)	(14.0%)	(33.7%)	(36.9%)	(38.3%)	(38.8%)	(46.3%)	(16.8%)
医療機関	605	106	55	64	7	85	470	291	117	62	51	60
割合(%)※	(53.6%)	(59.6%)	(35.3%)	(17.8%)	(3.8%)	(35.0%)	(47.2%)	(41.5%)	(39.0%)	(13.4%)	(10.6%)	(16.0%)
介護サービス施設・事業所	465	7	2	28	25	83	303	204	48	64	34	119
割合(%)※	(41.2%)	(3.9%)	(1.3%)	(7.8%)	(13.5%)	(34.2%)	(30.5%)	(29.1%)	(16.0%)	(13.8%)	(7.1%)	(31.6%)
その他	637	18	11	77	157	106	251	158	70	242	219	252
割合(%)※1	(56.5%)	(10.1%)	(7.1%)	(21.4%)	(84.9%)	(43.6%)	(25.2%)	(22.5%)	(23.3%)	(52.2%)	(45.7%)	(67.0%)
派遣回数(回)※2		1,638	1,133	4,101	8,937	9,438	41,188	19,279	2,951	9,171	8,808	24,155
個人宅		8	71	25	361	225	6,905	3,480	474	618	495	141
事業所		1	32	7	35	609	2,268	975	106	245	370	602
住民主体の通いの場		55	57	419	6,049	5,601	18,871	7,634	905	3,010	3,424	13,403
地域ケア会議等		1,388	777	3,549	1,305	1,558	7,333	5,043	1,149	4,148	3,008	3,804
その他		173	191	95	1,081	1,441	5,767	2,143	303	1,147	1,466	6,060
把握していない		13	5	6	106	4	44	4	14	3	45	145

※1 割合のうち、[%]は全市町村数に対する割合、(%)は当該専門職の派遣実績有の市町村に対する割合

※2 地域リハビリテーション活動支援事業を活用していない場合も含む。

※3 地域リハビリテーション活動支援事業を活用した場合のみ。

参考 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査

論点⑤適時適切なリハビリテーション専門職の活用(生活機能向上連携加算)

検討の方向(案)

- 機能訓練の提供にあたり、他事業所等のリハビリ専門職等と連携するにあたってICTを「活用している」「今後活用する予定である」と回答した事業所が26.6%を占めている。
 - 通所介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設等における生活機能向上連携加算について、外部のリハビリテーション専門職との連携を促進するため、訪問介護等における算定要件と同様、ICTの活用等によりPT等が事業所・施設を訪問せずに利用者の状況を適切に把握した場合についても評価すること検討してはどうか。
(※第188回介護給付費分科会(令和2年10月15日)における通所介護等(資料1)の論点②でご提案)
 - さらに、算定要件上連携先となり得る事業所等の情報を加算対象サービス事業所に提供するなど、連携先を見つけやすくするための方策として、都道府県及び保険者が事業所間の調整を支援することを検討してはどうか。
- ※ 上記のほか、生活機能向上連携加算については、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護等における生活機能向上連携加算(Ⅱ)について、サービス提供責任者等とリハビリ専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問した上で共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であること及び業務効率化の観点から、利用者・家族も参加するサービス担当者会議によることを可能とすることを検討してはどうか。
(※第189回介護給付費分科会(令和2年10月22日)における訪問介護等(資料1)の論点②でご提案)

論点⑥介護保険施設における口腔衛生管理

論点⑥

- 介護保険施設においては、各種加算も取得しながら、口腔衛生管理の取組が進められてきているが、「口腔衛生等に関する研修の開催」や「食事等に係る協力歯科医療機関の参加」等、取組内容への課題がみられる。介護保険施設において、より入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

施設サービスにおける口腔衛生管理の評価

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの

施設サービス		<u>＜口腔衛生管理体制加算＞</u>
	介護老人福祉施設	内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導 （個々の入所者の口腔ケアを言うものではない）
	介護老人保健施設	サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
	介護療養型医療施設	報酬単位数：30単位／月
	介護医療院	
地域密着型介護老人福祉施設		<u>＜口腔衛生管理加算＞</u>
		サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上（H30：回数緩和：月4回以上⇒月2回以上） 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応（H30：要件追加：） サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士 報酬単位数：90単位／月

各加算の算定状況（H30.4～H31.3 12か月平均） ※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100（％）

	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理加算
介護老人福祉施設	57.7	13.5
介護老人保健施設	57.4	19.6
介護医療院	62.5	32.2
介護療養型医療施設	28.5	12.0
地域密着型介護老人福祉施設	42.1	10.8

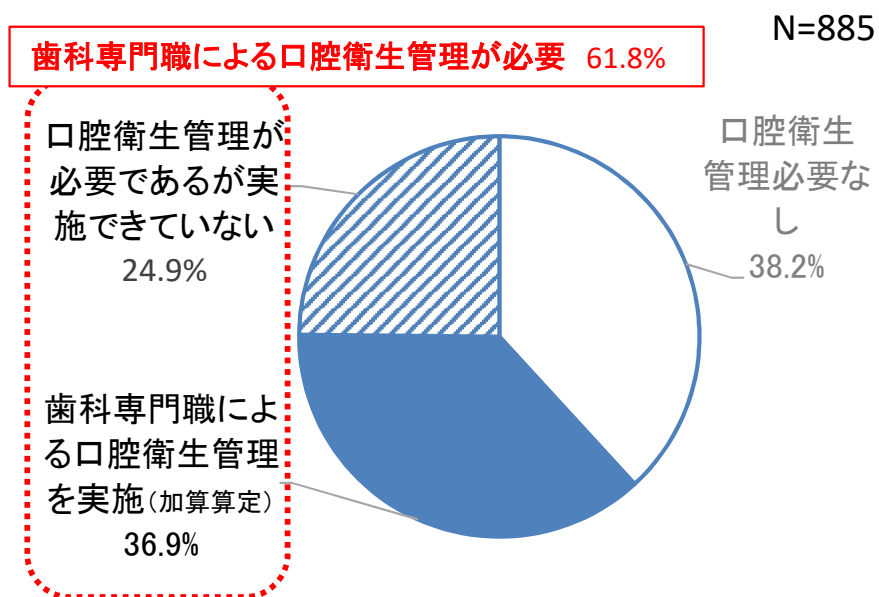
出典：介護給付費等実態統計（平成30年4月～平成31年3月サービス提供分）（老健局老人保健課による特別集計）及び
介護保険総合データベースの任意集計（平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計）

介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

社保審一介護給付費分科会
第185回 (R2.9.14) 資料

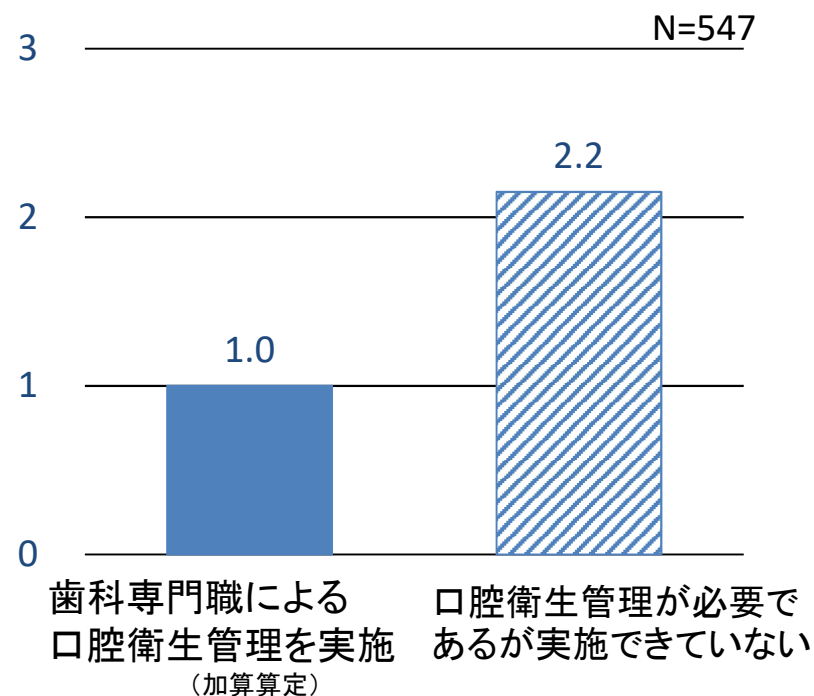
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象: 全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

入所者の口腔衛生管理の必要性和提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



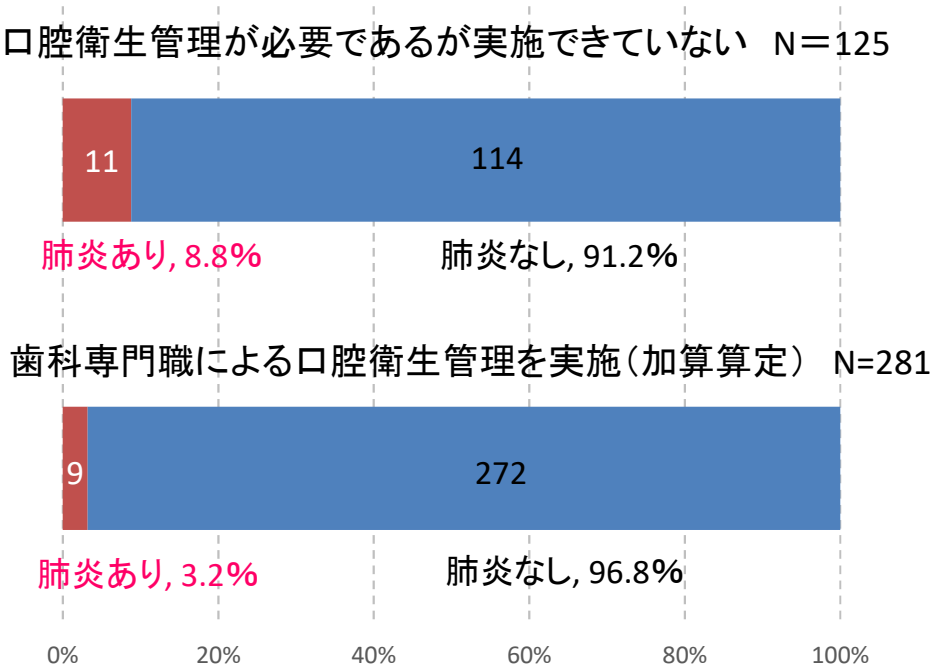
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典: 令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果

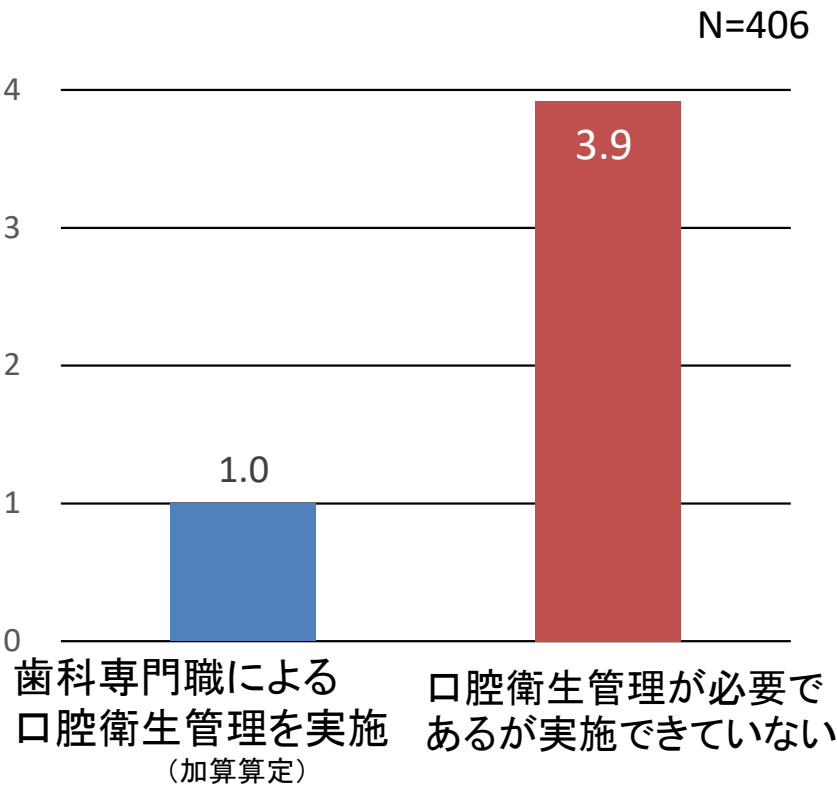
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名（4.9%）であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症（8.8%）が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

口腔衛生管理加算実施の有無と
1年間の肺炎の有無



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



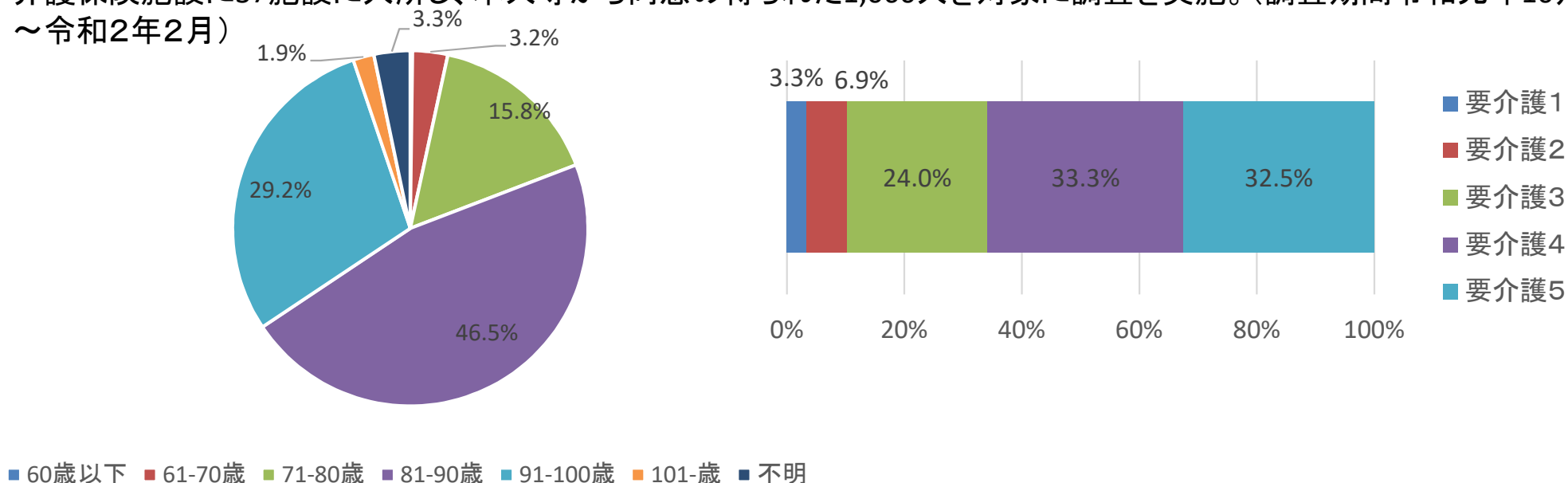
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設等における歯科医療管理

- 介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、定期的な受診を行っている者は11.4%であり、何かあったときに受診した経験がある者が58.1%で最も多く、入所後1度も歯科受診の経験がない者が29.0%であった。

介護保険施設に37施設に入所し、本人等から同意の得られた1,060人を対象に調査を実施。(調査期間令和元年10月～令和2年2月)



歯科の受診状況	N	%
定期的に受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要をしてくされたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

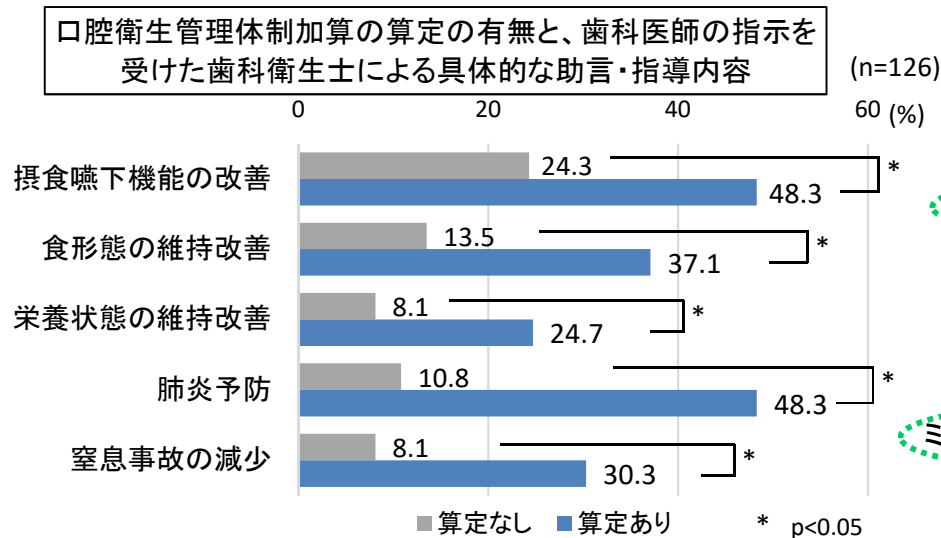
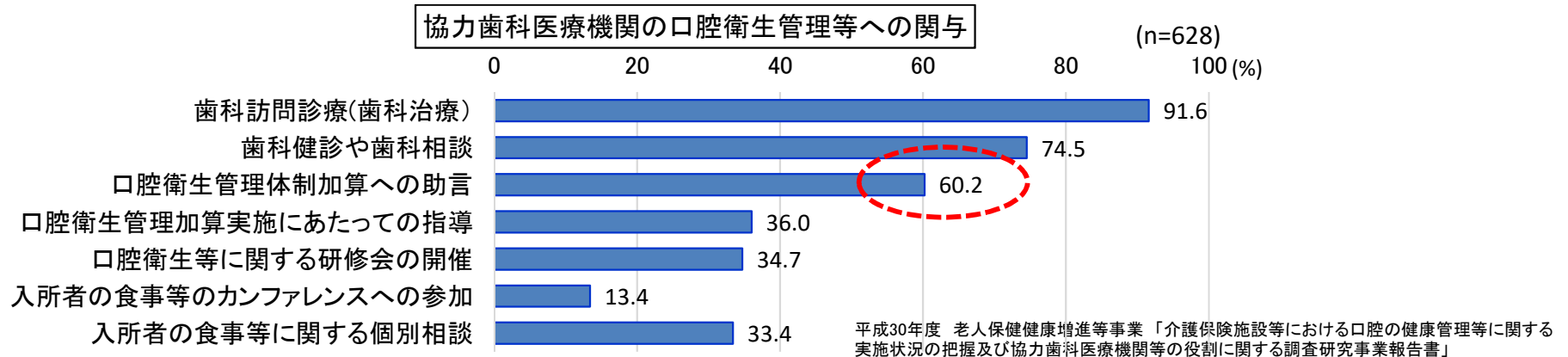
介護保険施設等における歯科専門職の口腔衛生管理等への関与

社保審－介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

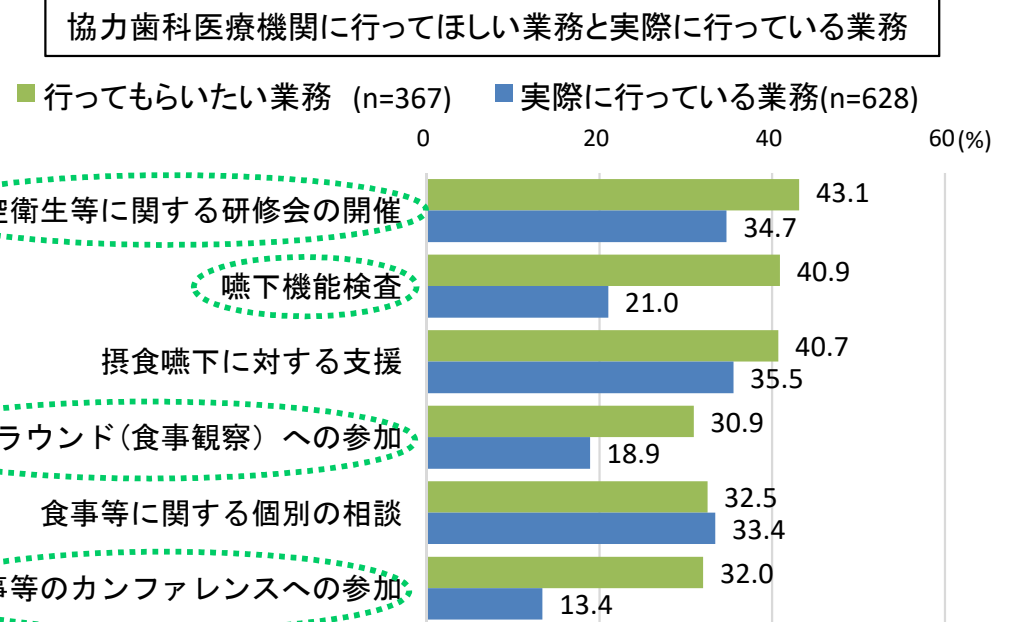
資料

- 介護保険施設等において、協力歯科医療機関による口腔衛生管理体制加算に係る助言は、過半数で実施されており、歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士）によって、肺炎予防や摂食嚥下機能の改善等について、効果的な助言が行われている。
- 一方で、入所者個別の口腔衛生管理加算に係る指導や研修会の開催は3割程度にとどまり、食事等のカンファレンスへの参加も低率である。
- 介護施設等が協力歯科医療機関に行ってほしい業務として、口腔衛生等に関する研修会の開催や、他の専門職との連携を要する嚥下機能検査やミールラウンド（食事観察）等の参加について、ニーズが実施状況を上回っている。



※介護保険施設等の介護施設職員が回答

令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」



平成30年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する実施状況の把握及び協力歯科医療機関等の役割に関する調査研究事業報告書」

論点⑥介護保険施設における口腔衛生管理

検討の方向（案）

- 介護保険施設において、口腔衛生管理の取組が広がる中で、入所後全く歯科医療管理が行われていない者が3割程度いる状況がある。
- 全ての介護保険施設が口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させる観点から、口腔衛生管理に係る加算の見直しを検討してはどうか。その際、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進についても検討してはどうか。

論点⑦栄養ケア・マネジメントの強化

論点⑦

- 介護保険施設においては、各種加算も取得しながら、栄養ケア・マネジメントの取組が進められてきているが、入所者の約半数は、低栄養リスクが中・高リスクの者であり、更なる取組の強化が必要。
- 低栄養状態の中・高リスク者や誤嚥性肺炎による入院が少ない施設は、多職種連携によるミールラウンド（食事の観察）や入退所時の栄養連携の実施割合が高いなど丁寧な栄養ケアを実施。また、栄養ケア・マネジメント体制を強化している施設は、在宅復帰を推進し、入院を抑制。
- こうした状況も踏まえながら、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、どのような対応が考えられるか。

施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントへの評価

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの

対象者 ← 軽度 → 重度

施設サービス

介護老人福祉施設
(地域密着型を含む)
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院

栄養マネジメント加算 (14単位/日)

・常勤管理栄養士を1名以上配置し、入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行った場合に算定

経口維持加算 (Ⅰ, Ⅱ) (Ⅰ: 400単位/月、Ⅱ: 100単位/月)

・摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定

※原則6か月間まで

経口移行加算 (28単位/日)

・経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

低栄養リスク改善加算

(H30新設) (300単位/月)

・低栄養状態のリスクが「高」の入所者ごとに低栄養改善のための計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

※褥瘡マネジメント加算との併算不可

再入所時栄養連携加算 (H30新設) (400単位/回)

・入所者が医療機関に入院し、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行い、再入所となった場合に算定

療養食加算

・入所者の病状等に応じて療養食を提供した場合に算定 (6単位/食)

各加算の算定状況 (H30.4～H31.3 12か月平均) ※算定率: 加算請求事業所数/請求事業所数 × 100 (%)

	栄養マネジメント加算	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ	低栄養リスク改善加算	再入所時栄養連携加算	療養食加算
介護老人福祉施設	86.8	2.0	23.7	13.4	2.1	0.9	59.7
介護老人保健施設	93.5	8.0	48.1	31.2	12.7	1.5	92.9
介護医療院	87.9	14.1	47.6	29.7	10.3	0.2	92.9
介護療養型医療施設	78.9	7.9	22.9	13.4	6.1	—	77.0
地域密着型介護老人福祉施設	62.8	0.8	13.5	7.5	1.3	0.5	41.2

出典: 介護給付費等実態統計 (平成30年4月～平成31年3月サービス提供分) (老健局老人保健課による特別集計) 及び
介護保険総合データベースの任意集計 (平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

栄養ケア計画に係る様式例

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

※印欄		□男 □女	□明 □大 □昭	年	月	日生まれ	
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等				記入者名： 作成年月日： 年 月 日	
身体状況、栄養・食事に関する意向						家族構成と キーパーソン (支援者)	本人 一

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾
低栄養状態のリスクレベル	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
本人の意識 ⁴⁾ (意識、生活機能、身体機能など)	[] ()	[] ()	[] ()	[] ()
身長(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)
3%以上の体重減少	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)
血清アルブミン値(g/dl)	☐ 無 ☐ 有 (g/dl)	☐ 無 ☐ 有 (g/dl)	☐ 無 ☐ 有 (g/dl)	☐ 無 ☐ 有 (g/dl)
褥瘡	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有
栄養補給法	☐ 経口栄養法 ☐ 経管栄養法	☐ 経口栄養法 ☐ 経管栄養法	☐ 経口栄養法 ☐ 経管栄養法	☐ 経口栄養法 ☐ 経管栄養法
その他				
食事摂取量の状況 食事摂取量の状況	食事摂取量 ・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他(補助食品など)	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()
	必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)	kcal g	kcal g	kcal g
	食事時の摂取・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ¹⁾	[]	[]	[]
	嚥下調整食の必要性の有無 ⁴⁾	☐ 無 ☐ 有 コード [] とろみ ☐ 適い ☐ 中間 ☐ 適い	☐ 無 ☐ 有 コード [] とろみ ☐ 適い ☐ 中間 ☐ 適い	☐ 無 ☐ 有 コード [] とろみ ☐ 適い ☐ 中間 ☐ 適い
	その他の食事上の留意事項の有無 (療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	☐ 無 ☐ 有 ()	☐ 無 ☐ 有 ()	☐ 無 ☐ 有 ()
	食事・食事の満足度 ⁴⁾ 食事に対する意欲 ⁴⁾	[] []	[] []	[] []
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) ⁴⁾	①環境 ②口腔及び嚥下・嚥下 ③呼吸・嚥下 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・経管栄養 ⑩生活機能低下 ⑪常にこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭薬品 ⑮その他	☐ 無 ☐ 有 []	☐ 無 ☐ 有 []	☐ 無 ☐ 有 []
	特記事項			

評定 判定	問題点① ①食事摂取・栄養補給の状況 (補給食品、経腸・静脈栄養など) ②身体機能・臨床症状(休息、 病室・病下施設、病室予一など) ③習慣・周辺環境(食・生活習慣、 家族、通院など)④その他	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []
	総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない

栄養ケア計画書（施設）（様式例）

氏名：	殿	入所（院）日：	年	月	日
		初回作成日：	年	月	日
作成者：		作成（変更）日：	年	月	日
利用者及び家族 の意向					説明と同意日 年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	低栄養状態のリスク（低・中・高）				サイン
長期目標と期間					続柄

短期目標と期間		栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
①栄養補給・食事					
②栄養食事相談					
③多職種による課題の解決など					
特記事項					

栄養ケア提供経過記録

[illegible]

介護保険施設入所者の栄養状態

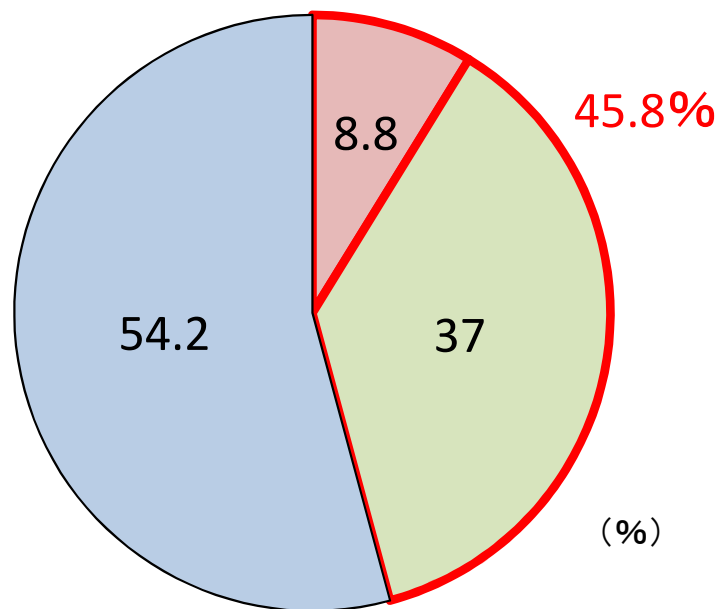
社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料 1

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数

■ 高リスク ■ 中リスク ■ 低リスク



※対象者：全国464施設(老健181施設・特養283施設)の入所者35,314名

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

(参考)低栄養リスクの分類について※

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3～5%未満 3ヶ月 →3～7.5%未満 6ヶ月 →3～10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

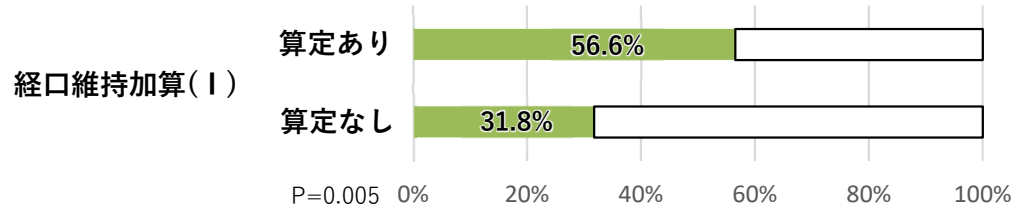
※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントとの関連（低栄養）

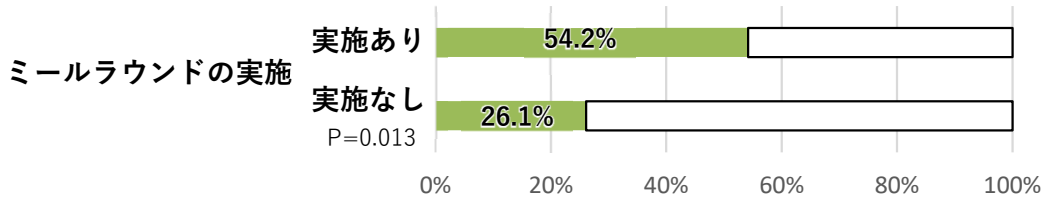
- 低栄養状態の中高リスク者が少ない施設は、経口維持加算の算定やミールラウンドの実施、入退所前後の栄養情報連携の実施の割合が高かった。

<老健> n=181

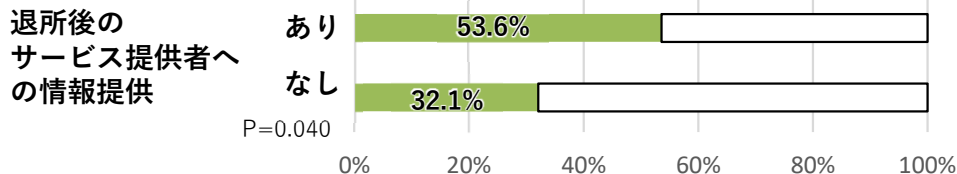
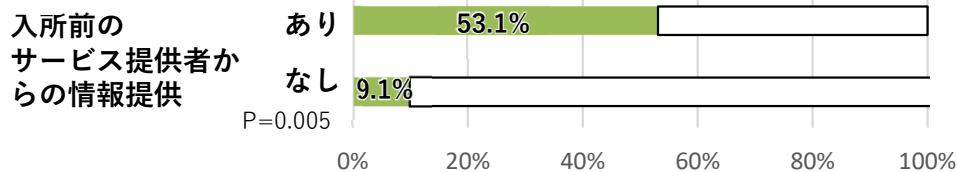
低栄養状態中高リスク者数(入所者100名あたり)が中央値(48.7)より少ない施設の割合



多職種による経口維持の取組



入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携

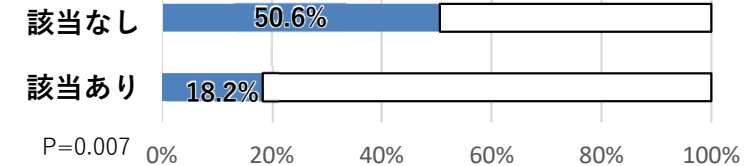


<特養> n=283

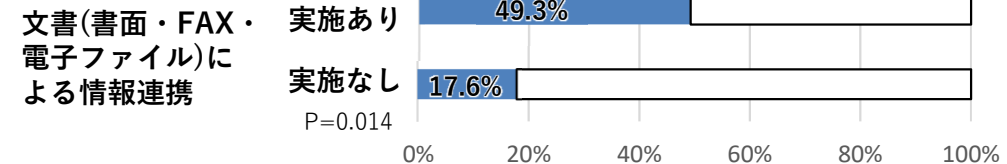
経口維持加算Ⅰ・Ⅱ 算定している場合の困難事項

低栄養状態中高リスク者数(入所者100名あたり)が中央値(53.5)より少ない施設の割合

食事の 個別対応が困難



入退所前後の医療機関、施設・事業所間の情報連携

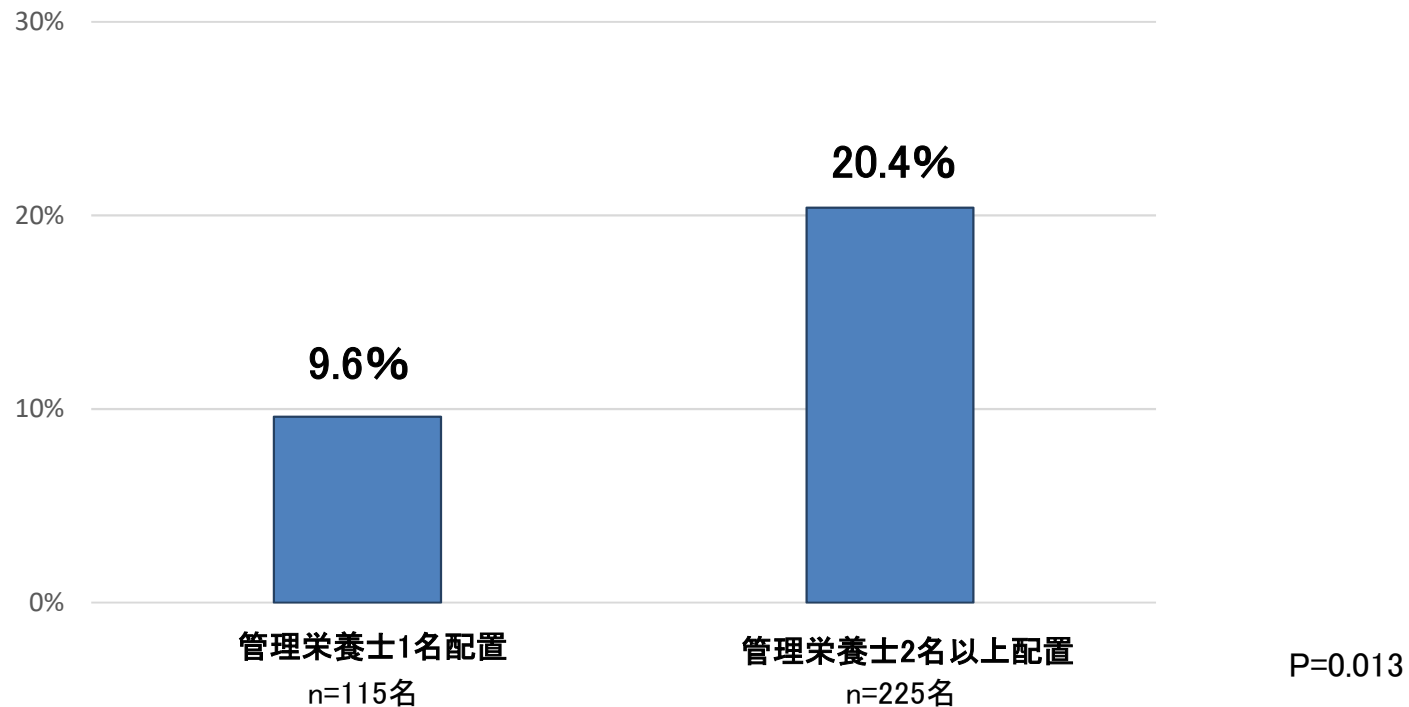


出典：令和元年度老人保健健康増進等事業
「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント
及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」
(一般社団法人日本健康・栄養システム学会)

栄養ケア・マネジメント体制の強化と低栄養の改善状況

- 栄養ケア・マネジメント体制を強化し、管理栄養士を2名以上配置している介護老人福祉施設（入所者80人以上）は、1年後の低栄養状態リスク改善者の割合が高かった。

介護老人福祉施設（入所者80名以上）における 1年後の低栄養状態リスク改善者（中高リスク⇒低リスク）の割合



対象: 全国の介護老人福祉施設（入所者80名以上）の入所者
※調査開始時点で低栄養状態の中高リスク（栄養マネジメント加算 栄養スクリーニング基準）に該当
有意確率: 性・年齢・要介護度・入所者数で調整した多変量ロジスティック回帰分析により算出

栄養ケア・マネジメント体制の強化と在宅復帰率・入院率

○栄養ケア・マネジメント体制を強化し、管理栄養士を2名以上配置している介護老人保健施設（入所者80人以上）では在宅復帰が有意に推進され、管理栄養士を2名以上配置している介護老人福祉施設（入所者80人以上）では入院が有意に抑制されていた。

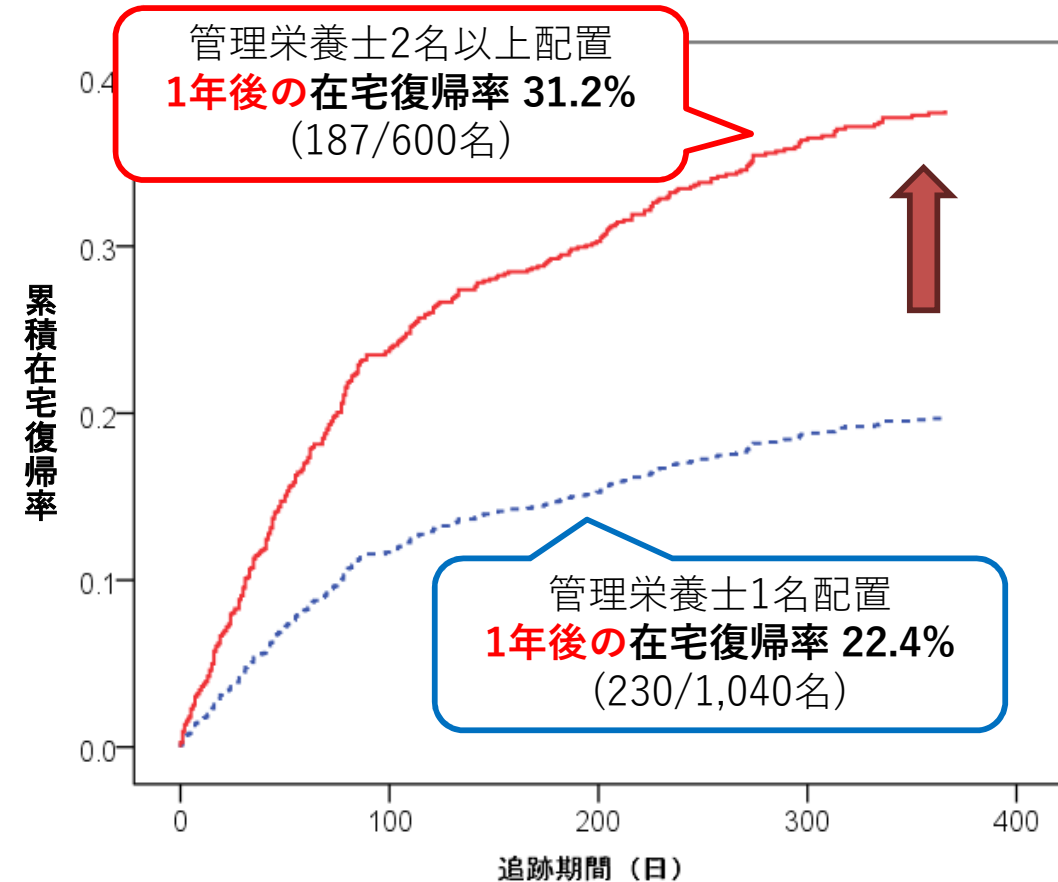


図 介護老人保健施設（入所者80人以上）における累積在宅復帰率（1年間の追跡データ）

※調整済みハザード比2.174（95%信頼区間 1.773-2.665, $P<0.001$ ）COX比例ハザード分析
（性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で調整）

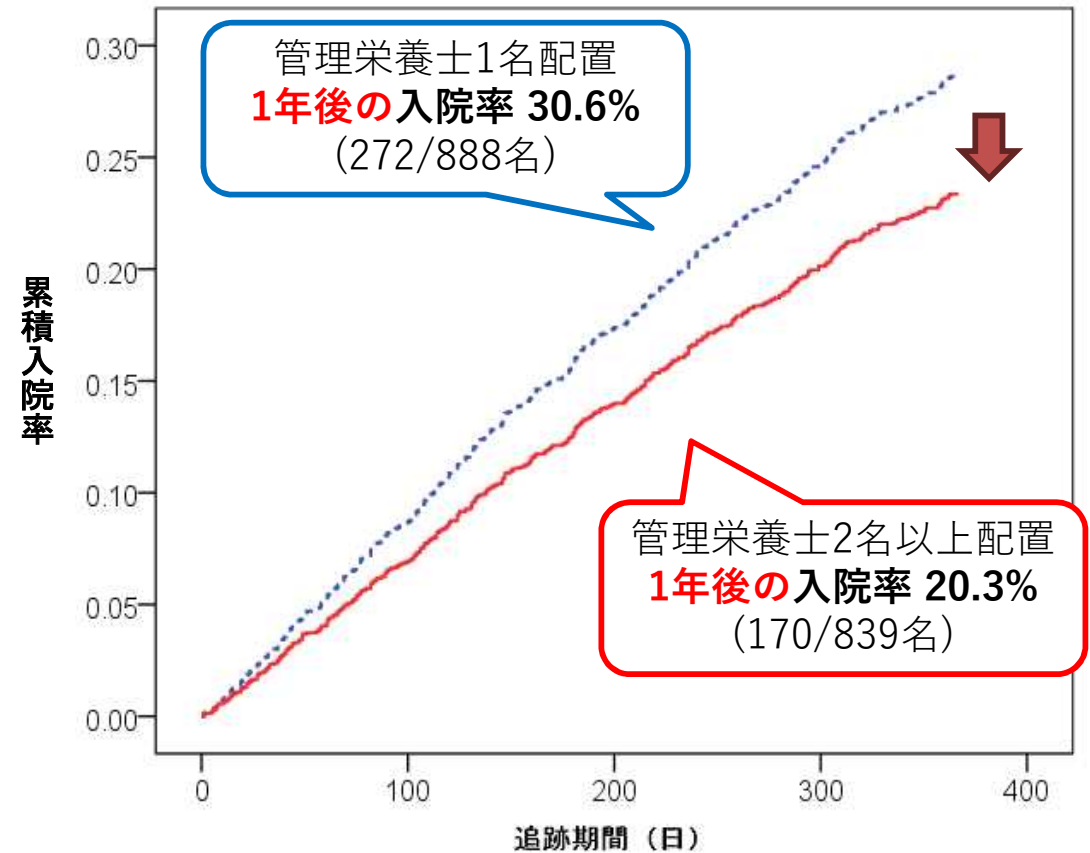
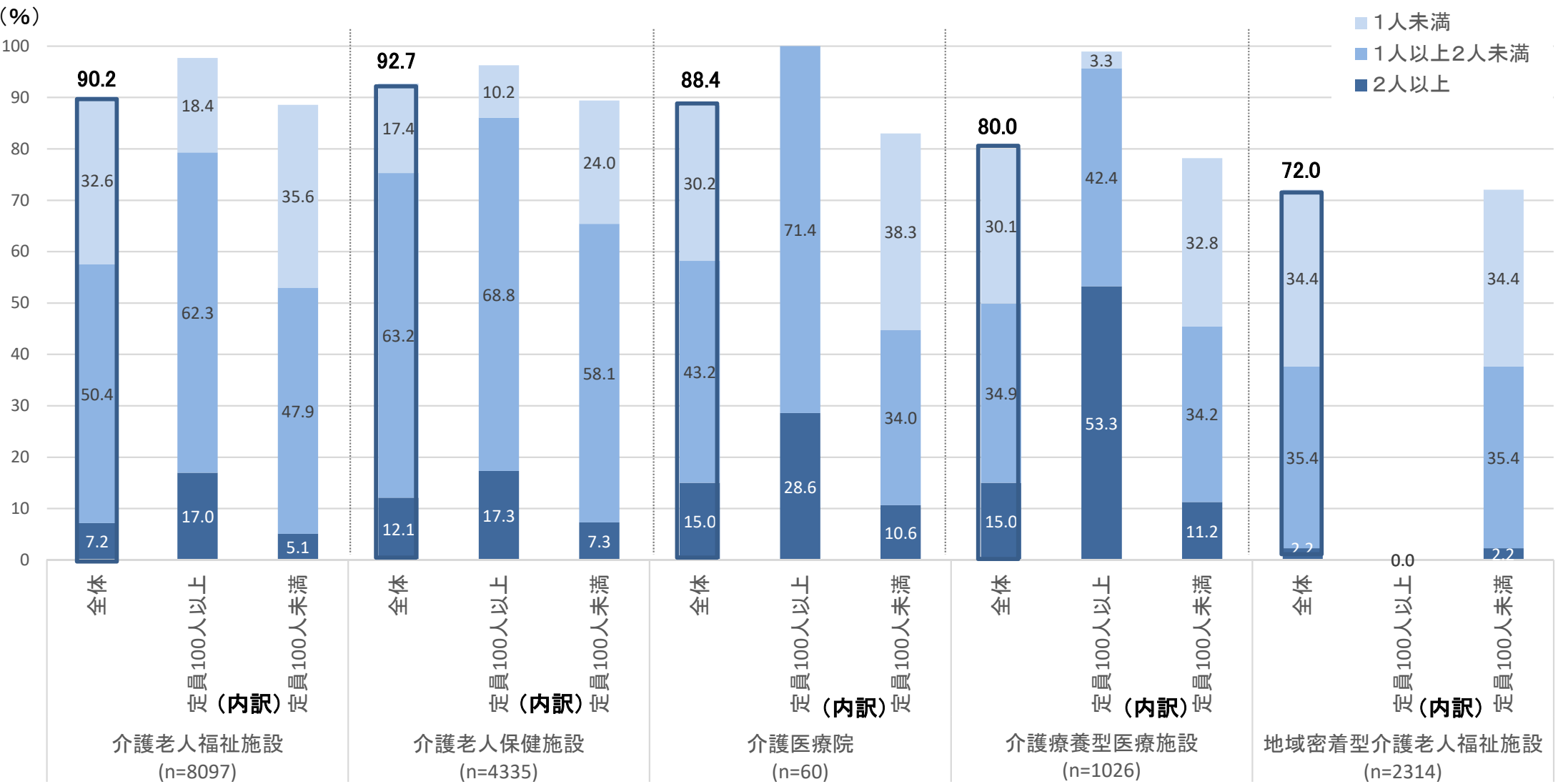


図 介護老人福祉施設（入所者80人以上）における累積入院率（1年間の追跡データ）

※調整済みハザード比0.789（95%信頼区間0.638-0.976）COX比例ハザード分析
（性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で調整）

介護保険施設における管理栄養士(常勤換算)配置率 人数別

○ 管理栄養士の配置率としては、介護老人福祉施設と介護老人保健施設では9割を超えるが、定員100名以上で管理栄養士を2名以上配置している施設は2割弱。



※地域密着型介護老人福祉施設は定員1～29名

介護保険施設における配置基準及び栄養管理

- 介護保険施設における人員基準及び通則事項における栄養管理は、栄養士について規定。

人員に関する基準

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	地域密着型 介護老人福祉施設
栄養士	1人以上 ※1	入所定員100人以上の 施設にあつては1人以上	入所定員100人以上の 施設にあつては1人以上	1人以上 ※2

※1 入所定員が40人を超えない施設にあつては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより入所者の処遇に支障がないときは置かないことができる。

※2 サテライト型居住施設で本体施設の栄養士により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる。

通則事項

< 栄養管理について >

短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院においては、栄養士が、各利用者の年齢等に応じて適切な栄養量及び内容の食事提供を行う体制を整備し、各利用者の栄養状態にあった栄養管理を行うこと

< 参考 > 1 施設・事業所当たり管理栄養士・栄養士（常勤換算）配置状況

（単位：人）

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	地域密着型 介護老人福祉施設
管理栄養士	0.9	1.0	0.9	0.5
栄養士	0.2	0.2	0.2	0.2

（出典）「平成29年度介護サービス施設・事業所調査」（平成29年10月1日現在）

論点⑦栄養ケア・マネジメントの強化

検討の方向（案）

- 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの強化を図るため、全ての介護保険施設において栄養マネジメント加算における「入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行う」ことを促すとともに、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケアの実施や栄養ケアに係る体制の充実を図っている場合に一層の評価を行う観点から、栄養マネジメント加算や人員基準の見直しを検討してはどうか。その際、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進についても検討してはどうか。
- 栄養ケア計画については、リハビリテーション、口腔、栄養の取組の連携強化の観点や、業務負担軽減の観点から、様式の見直しを検討してはどうか。（※論点④関係）
- 上記の検討に際しては、管理栄養士の配置要件については、栄養ケア・マネジメントの質の確保をしつつ、管理栄養士が柔軟な働き方ができるよう、検討してはどうか。
- 低栄養状態の改善を促進する観点から、必要な方に適切に継続的な経口維持や褥瘡管理に関する取組が行われるよう、各加算に係る算定期間や他の加算との併算の要件の見直しを検討してはどうか。

論点⑧多職種連携における管理栄養士の関与

論点⑧

- 介護保険施設において多職種連携で行う取組について、管理栄養士の役割や関与の実態を踏まえて、更なる推進を図る観点から、どのような対応が考えられるか。

介護保険施設における加算の算定と管理栄養士の関わり

- 老健におけるターミナルケア加算、褥瘡マネジメント加算、特養における看取り介護加算の算定に当たって、管理栄養士の関わりがあると回答した施設が、約6割。

<老健> n=181

算定加算	施設数	(%)
ターミナルケア加算	105	58.0
管理栄養士の関わりあり	63	60.0
褥瘡マネジメント加算	70	38.7
管理栄養士の関わりあり	42	60.0

<特養> n=283

算定加算	施設数	(%)
看取り介護加算（Ⅰ）	151	53.4
管理栄養士の関わりあり	99	65.6
看取り介護加算（Ⅱ）	89	31.4
管理栄養士の関わりあり	54	60.7

老健：短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、認知症専門ケア加算、入所前後訪問指導加算（Ⅰ）（Ⅱ）、ターミナルケア加算、試行的退所時指導加算、在宅復帰支援機能加算、退所前連携加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算、退所時情報提供加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（Ⅱ）

特養：生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算、看取り介護加算（Ⅰ）（Ⅱ）、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（Ⅱ）、退所時等相談援助加算、退所前訪問相談援助加算、退所後訪問相談援助加算、退所時相談援助加算、退所前連携加算

のうち、算定率が5%以上かつ「管理栄養士の関わりあり」が50%以上のもの

看取り期における栄養ケア・マネジメントの実際

- 介護保険施設において高齢者の最期まで「食えること」を支援するため、看取り期に管理栄養士が関与し、食事内容・形態の変更の工夫等が行われていた。

看取り期における栄養ケア計画書の「チェックリスト」に基づく各カテゴリー別記載件数 (37カテゴリーのうち、上位7項目を抜粋)

大項目	小項目		記載件数(%) N=100
1. 利用者の食事状況や心身の アセスメント内容	1-12	無理はせず(可能な限り)、身長は年1回、体重は月に1回の計測を行う	39
2. 終末期における食事内容・形態の 変更の工夫	2-1	栄養補助食品(ゼリー、プリン、濃厚流動、アイス)を追加する	55
	2-2	嗜好や体調の変化にあわせて食べられるもの、好きなものを提供する	22
	2-6	誤嚥を防止するために形態を嚥下しやすい状態で提供する	42
	2-7	食形態をそのときの状態に合わせて、ムース食、半固形、流動食等段階的に変更する	20
3. 看取り期における食事の提供の 工夫	3-1	無理しない程度に、電解質・水分を重視(例 OS-1やゼリーを中心にした等)する	10
5. 家族への指示・連絡	5-1	家族に、何でも食べたいものを持って来てくださいと、看護師・相談員を通じて依頼する	10

調査方法：管理栄養士が関与し最期まで経口摂取を継続して看取った介護老人福祉施設20施設100事例（男性22名、女性78名）の死亡前1年間の栄養ケア計画記録を分析（本調査においては、終末期を亡くなる1年前から、看取り期を亡くなる1か月（30日前）からに設定）

論点⑧多職種連携における管理栄養士の関与

検討の方向（案）

- 看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、介護保険施設における看取りへの対応を評価する加算において、関与する専門職として、管理栄養士を明記することを検討してはどうか。
- また、褥瘡の発生や改善は栄養と大きく関わることから、褥瘡マネジメント加算においても、同様の対応を検討してはどうか。

論点⑨通所サービス利用者の口腔機能の向上

論点⑨

- 通所サービス事業所における口腔機能向上の取組は「口腔機能向上の対応が必要な利用者が分からない」等の理由で低調な状況がある。
- 居宅要介護高齢者について、個々の口腔・栄養状態を効率的に把握し、口腔機能低下や低栄養状態のリスクがある者を適切な口腔・栄養改善の取組につなげていく観点から、どのような対応が考えられるか。

通所サービス事業所における口腔機能向上加算の算定実績と加算を算定しない理由

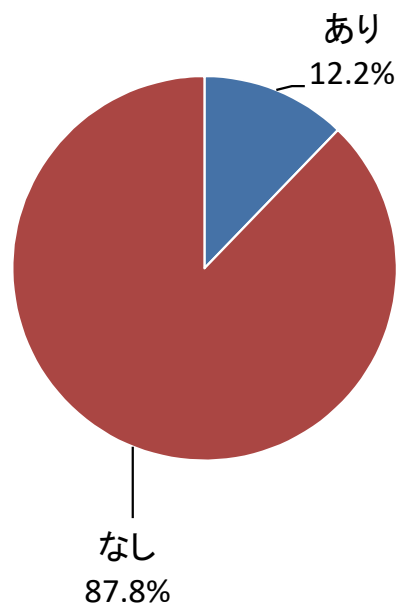
社保審－介護給付費分科会

第185回（R2.9.14）

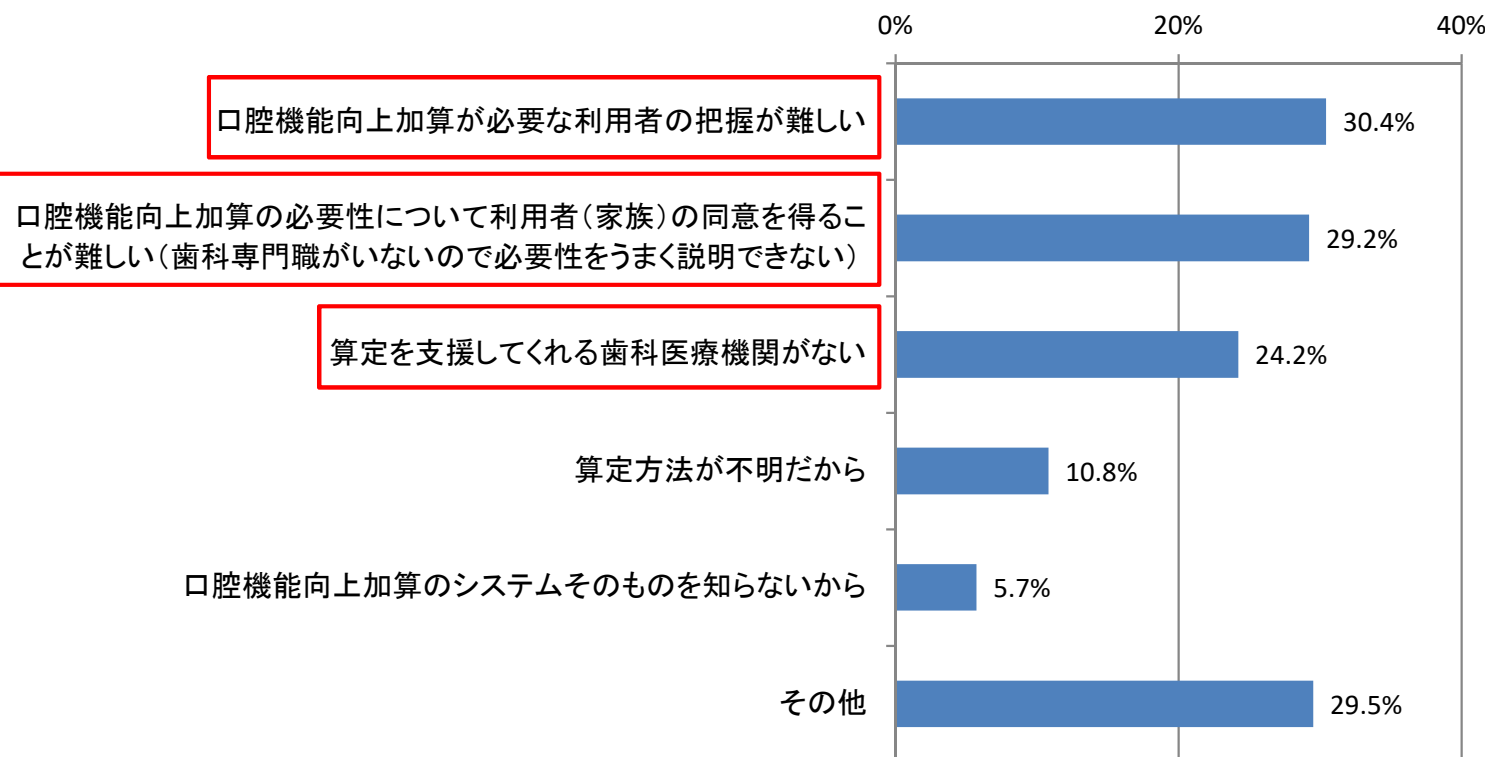
資料

- 口腔機能向上加算を算定している通所サービス事業所は12.2%であった。
- 口腔機能向上加算を算定していない事業所の理由は、「口腔機能向上加算は必要な利用者の把握が難しい」、「口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得ることが難しい（歯科専門職がいないので必要性をうまく説明できない）」、「算定を支援してくれる歯科医療機関がない」が多かった。

口腔機能向上加算の算定実績(N=1210)



口腔機能向上加算を算定していない理由(N=1062)



(参考)口腔機能低下症について

- 平成30年度診療報酬改定において、歯科疾患管理料口腔機能向上加算が新設され、令和2年度診療報酬改定において、口腔機能管理料に見直された。

口腔機能低下症に関する基本的な考え方※(抜粋)(令和2年3月日本歯科医学会)

(1) 疾患名 口腔機能低下症

※「高齢期における口腔機能低下-学会見解論文2016年度版-(日本老年歯科医学会学術委員会、2016年)」及び「口腔機能低下症の検査と診断-改訂に向けた中間報告-(日本老年歯科医学会学術委員会、2018年)」を参考としている。

(2) 病態
加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置しておくとう咀嚼機能不全、摂食嚥下障害となって全身的な健康を損なう。高齢者においては、う蝕や歯周病、義歯不適合などの口腔の要因に加えて、加齢や全身疾患によっても口腔機能が低下しやすく、また、低栄養や廃用、薬剤の副作用等によっても修飾されて複雑な病態を呈することが多い。そのため、個々の高齢者の生活環境や全身状態を見据えて口腔機能を適切に管理する必要がある。

(3) 症状
口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下、咀嚼や嚥下機能の低下など複数の口腔機能が低下している。

口腔機能低下症の診断

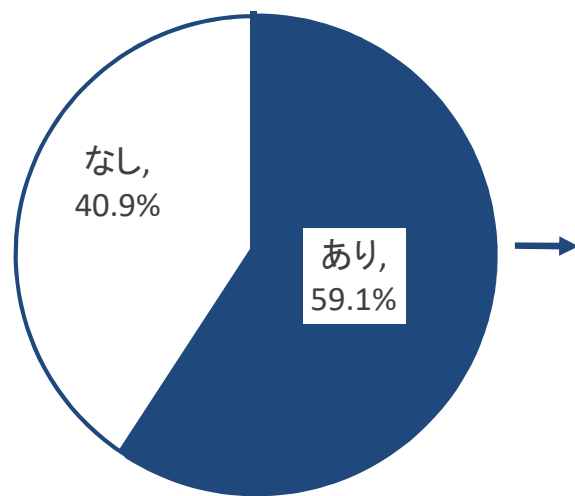
(1) 診断基準
口腔機能低下症の7つの下位症状(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下)のうち、3項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断される。

参考:口腔機能低下症患者向けリーフレット(日本老年歯科医学会)



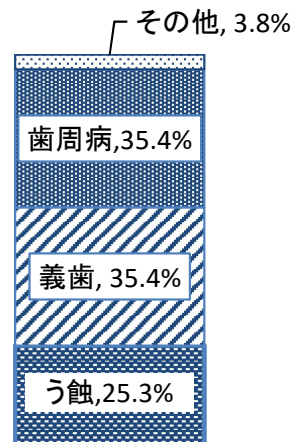
- 歯科医師による口腔内評価において、通所サービス利用者のうち、歯科受診の必要性がありと診断された割合は59.1%であった。
- 口腔機能低下症の基準に基づいて検査を行ったところ、現在残っている歯数に加えて、発音による口唇・舌運動、摂食時に関与する舌圧、嚥下等の項目で基準値以下と判定された者が半数以上であり、多くの通所サービス利用者の口腔機能の低下が示唆された。

歯科受診の必要性(N=93)

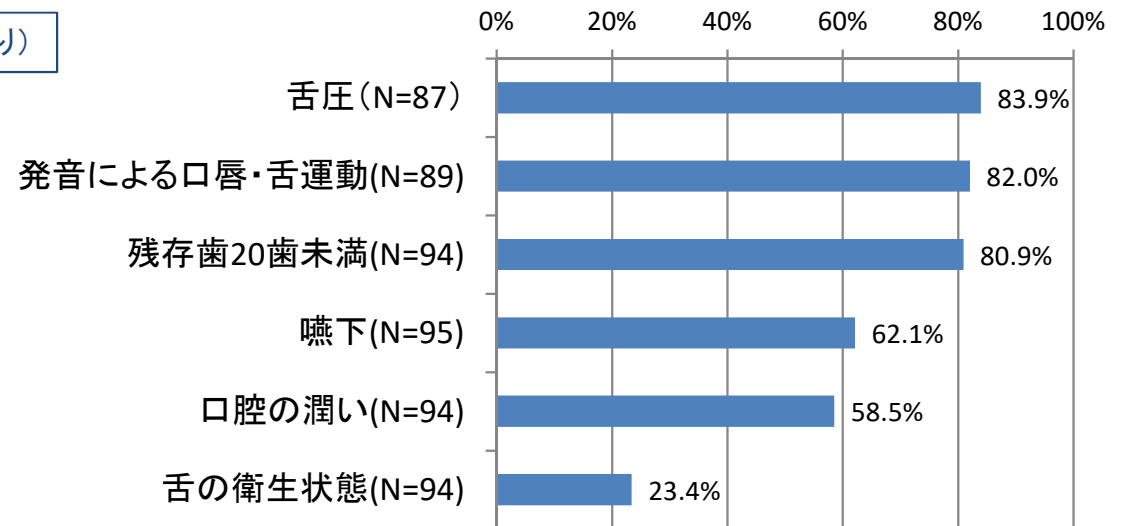


歯科受診の必要性があり 59.1%

「あり」の内訳(重複回答あり)



口腔機能低下症基準による判定で基準値以下と判定された者の割合

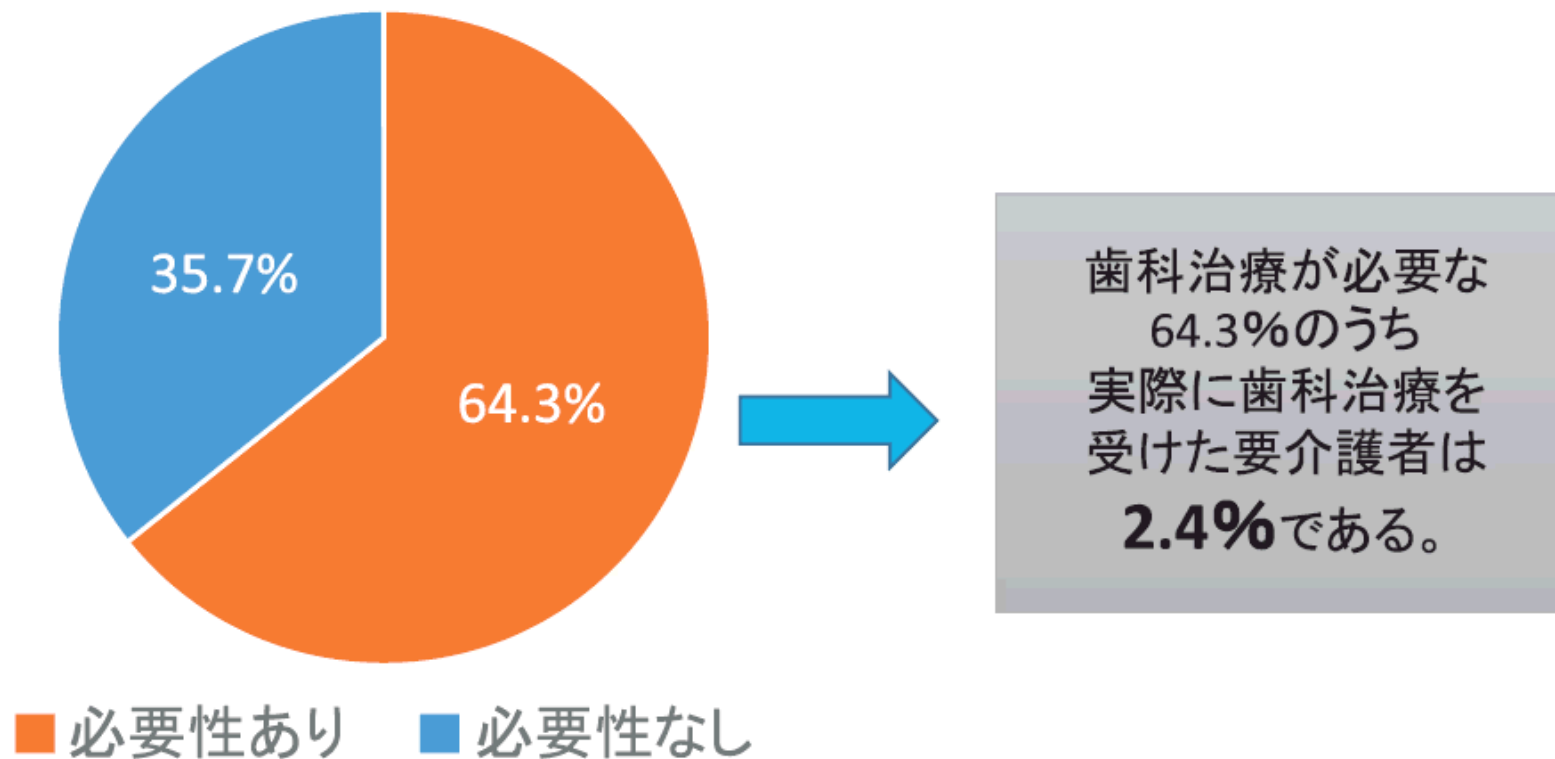


※ 以上6項目と「咀嚼機能」を評価し、3項目以上基準値以下の場合、「口腔機能低下症」と診断する。

(「高齢期における口腔機能低下-学会見解論文2016年度版-(日本老年歯科医学会学術委員会、2016年)」
「口腔機能低下症の検査と診断-改訂に向けた中間報告-(日本老年歯科医学会学術委員会、2018年)」)

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

- 要介護高齢者（N=290,平均年齢 86.9 ± 6.6 歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



口腔健康管理と認知症発症との関係

- 要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者（N=4,425）を対象として、歯及び義歯の状況を調査し、認知症の認定状況を4年間追跡したところ、口腔の健康と認知症の発症リスクが関連づけられた。（年齢、疾病の有無、生活習慣等は調整済）
- 歯がほとんどなく義歯未使用者は20歯以上の者と比較して認知症発症リスクが1.85倍高くなった。また、歯がほとんどなくても義歯を使用している者は、20歯以上の者と比較して認知症発症リスクに有意差は見られなかった。

	ハザード比	95%信頼区間	P
【歯数と義歯使用】			
20歯以上	1.00		
19歯以下	1.01	(0.67-1.51)	0.98
歯がほとんどなく義歯使用	1.09	(0.73-1.64)	0.68
歯がほとんどなく義歯未使用	1.85	(1.04-3.31)	0.04
【咀嚼能力】			
なんでも噛める	1.00		
ほとんど噛める	0.98	(0.71-1.34)	0.87
あまり噛めない	1.25	(0.81-2.01)	0.32
【かかりつけの歯科医院】			
あり	1.00		
なし	1.44	(1.04-2.01)	0.03
【口腔衛生の心がけ】			
あり	1.00		
なし	1.76	(0.96-3.20)	0.07
不明	1.46	(0.93-2.28)	0.10

口腔スクリーニング項目の開発

社保審－介護給付費分科会

第185回（R2.9.14）

資料

令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業」において、通所サービス利用者の口腔衛生状態の悪化、口腔機能低下のリスクを介護職員でも簡便に評価できる口腔スクリーニング項目（素案）を開発。

※ 令和2年度老人保健健康増進等事業において、検証を予定。

口腔に関するスクリーニング項目（素案）

		質問	観察
咀嚼関連	硬いものが食べにくいと感じてますか？（通常の硬さの食事が摂りにくくなってませんか？）	○	
	固いものを避け、軟らかいものばかり食べる ★		○
	入れ歯は使っていますか？		○
	ご自分の歯は残っていますか？		○
	歯のせいで食べにくそうにしている ★		○
	咬筋緊張度		○
嚥下関連	お茶や汁物などでむせやすくなってませんか？	○	○
	食事中的ムセこみ、食後の痰がらみ ★		○
	痰絡みが多い		○
	痰が絡んでいるような声になることがある		○
口腔衛生関連	歯ブラシをするのをいやがる ★		○
	うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる		○
	口臭		○
	うがいができない		○
歯科受診関連	過去1年間の歯科受診の有無（健診・歯のクリーニングも含む）	○	

★ 食事提供のない通所では評価が難しい項目

論点⑨通所サービス利用者の口腔機能の向上

検討の方向（案）

- 通所サービスの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って、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、介護職員も実施可能な口腔機能のスクリーニングの取組を進めることとし、これを評価することを検討してはどうか。
- また、当該スクリーニングの目的及び方法等に鑑み、栄養スクリーニング加算の取組と併せて提供することを検討してはどうか。

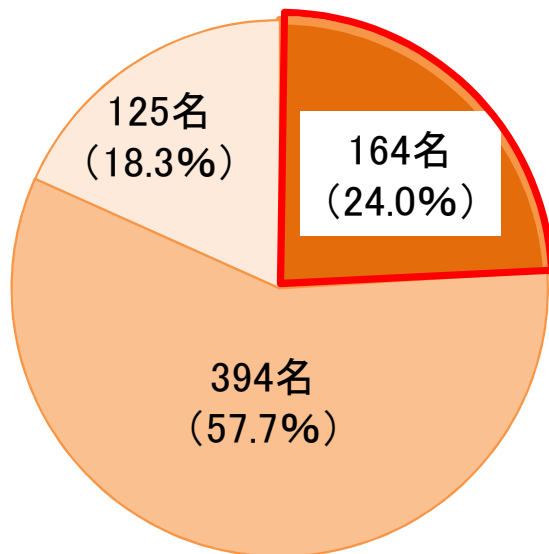
論点⑩

- 通所事業所においては、一定数、低栄養の者や摂食・嚥下機能に問題がある者がいる中で、
 - ・ 低栄養（BMI）を把握していない事業所が半数以上あり、主な理由として栄養状態の確認を行う体制がないとの回答が多い
 - ・ 栄養改善サービスは、該当する利用者がいないとの回答が多く、算定件数が低調
 - ・ 効果的に栄養改善サービスを提供するためには、居宅での食生活の把握や支援が重要であるが、取組は進んでいないといった状況がある。
- 通所事業所においても、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、どのような対応が考えられるか。

○ 通所サービス利用者のうち、BMI18.5未満が24.0%、MNA[®]-SFによる低栄養・低栄養リスクありが38.7%

BMI

■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 ■ 25.0以上



※対象者： 全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学)

表 通所利用要介護者の栄養状態

MNA [®] -SFによる 栄養状態判定	該当人数	該当割合
低栄養 (0-7ポイント)	12名	3.4%
低栄養リスクあり (8-11ポイント)	124名	35.3%
栄養状態良好 (12-14ポイント)	215名	61.3%

38.7%

※対象者： 秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

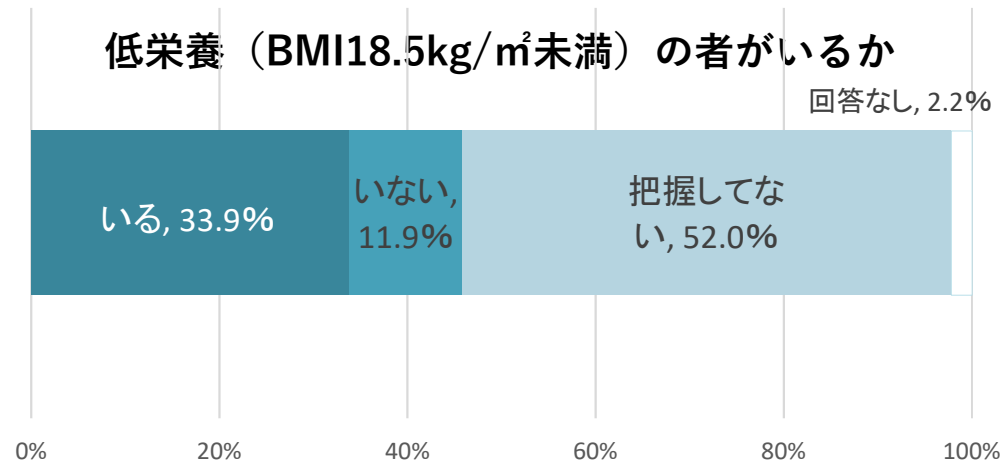
出典：平成25年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する長期介入研究」及び平成25年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【同研究所提供データ】

通所サービスにおける低栄養及び摂食・嚥下困難の状況

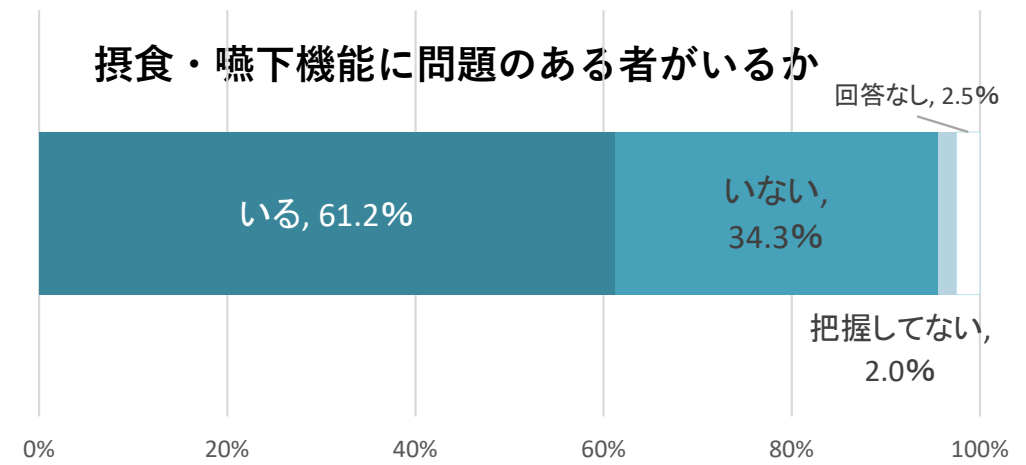
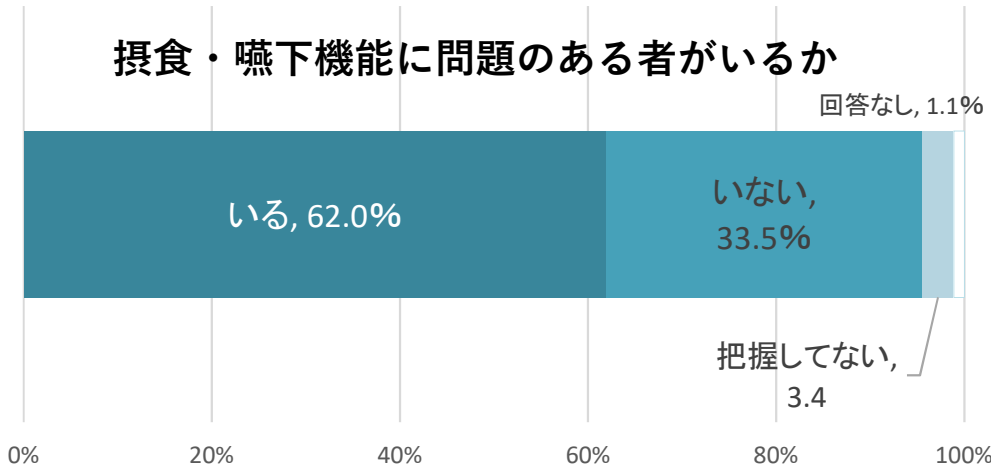
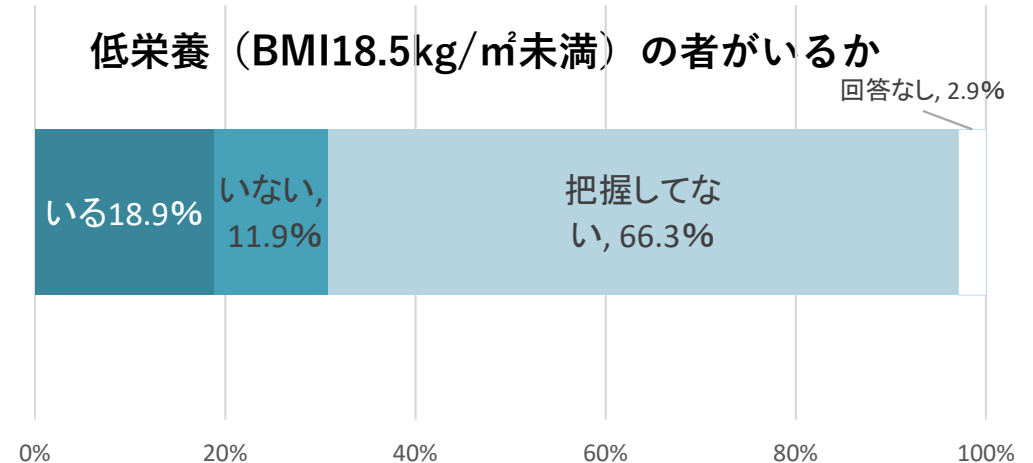
○低栄養状態（BMI18.5未満）の者がいる事業所は、通所リハで33.9%、通所介護で18.9%。一方で、BMIを把握していない事業所が、通所リハ、通所介護とも半数以上。

○また、摂食・嚥下機能に問題がある者がいる事業所は、約6割。

<通所リハ> (n=740)

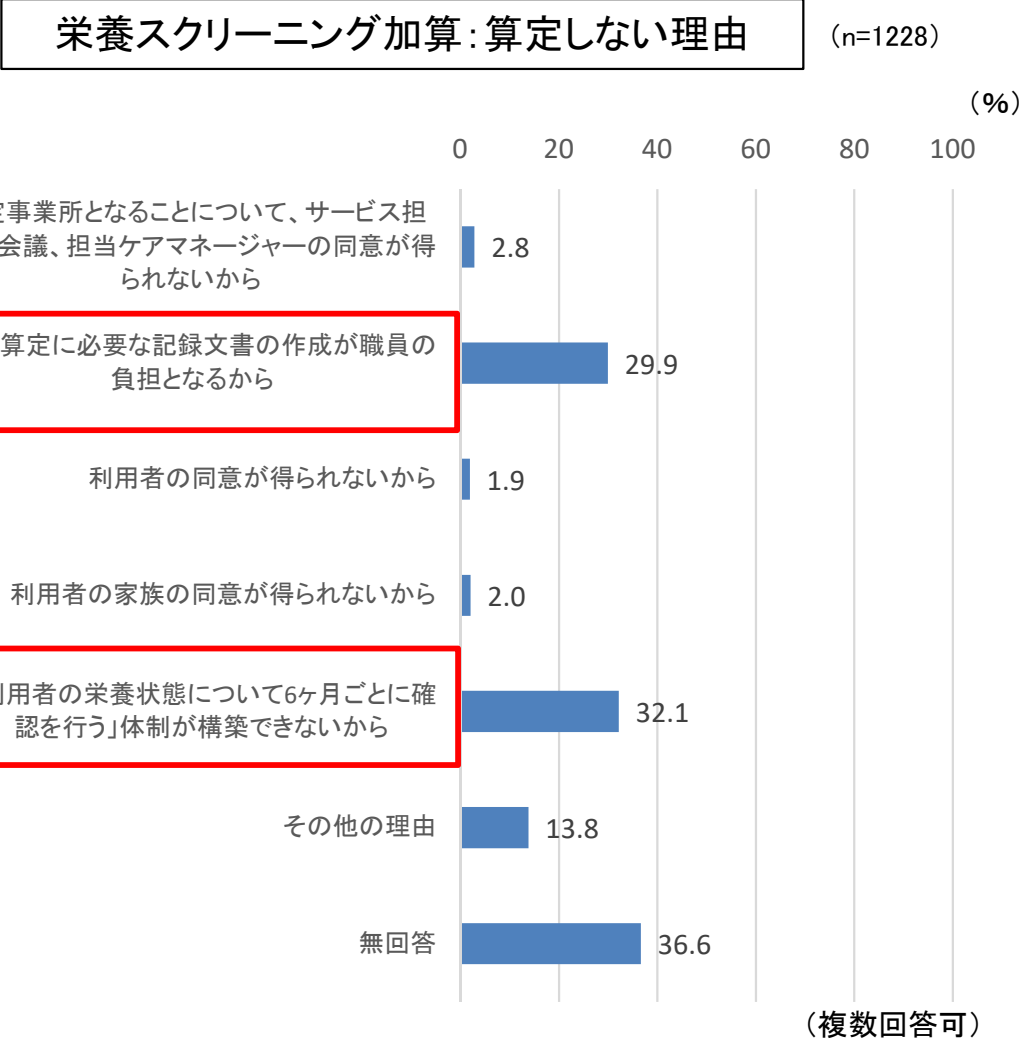
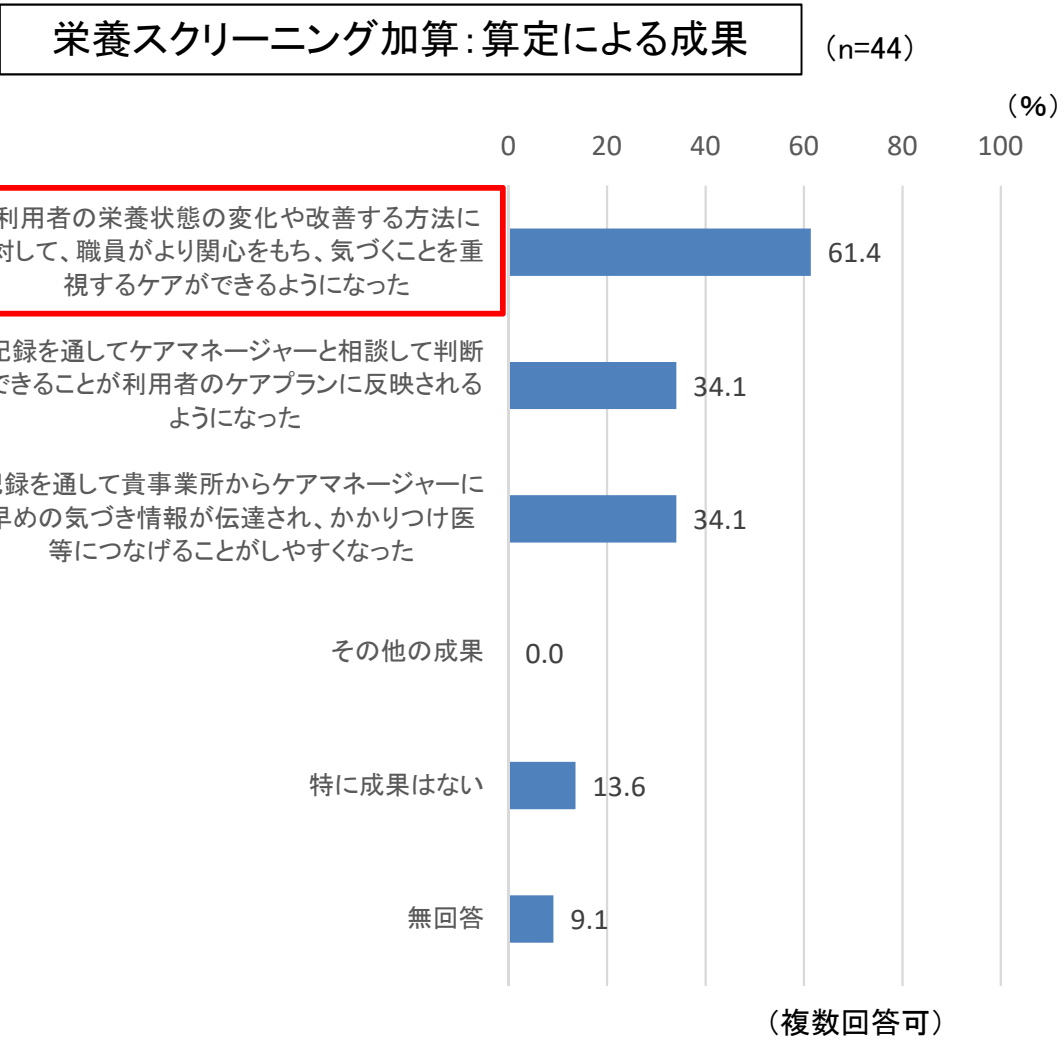


<通所介護> (n=683)



栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由

- 通所介護事業所において、栄養スクリーニング加算の算定による成果として、「利用者の栄養状態の変化や改善する方法に対して、職員がより関心をもち、気づくことを重視するケアができるようになった」が最多。
- 一方、算定しない理由としては、「「利用者の栄養状態について6ヶ月ごとの確認を行う」体制が構築できないから」、「加算算定に必要な記録文書の作成が職員の負担となるから」が多く挙げられた。



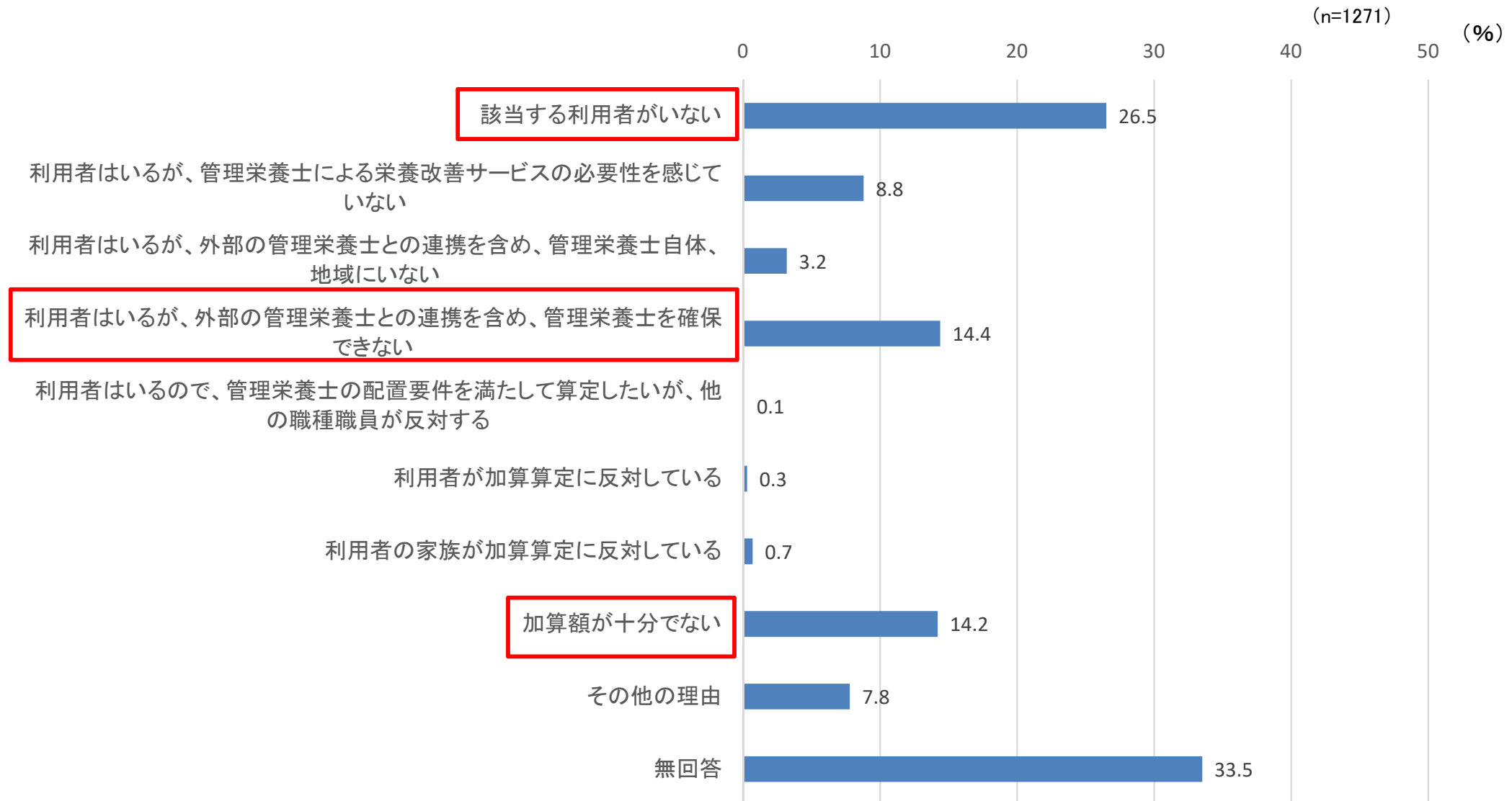
栄養改善加算：算定していない理由（通所介護）

社保審－介護給付費分科会

第185（R2.9.14）

資料

- 通所介護事業所における栄養改善加算を算定していない理由としては、「該当する利用者がいない」が最多。次いで、「利用者はいるが、外部の管理栄養士との連携を含め、管理栄養士を確保できない」、「加算額が十分ではない」。



出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

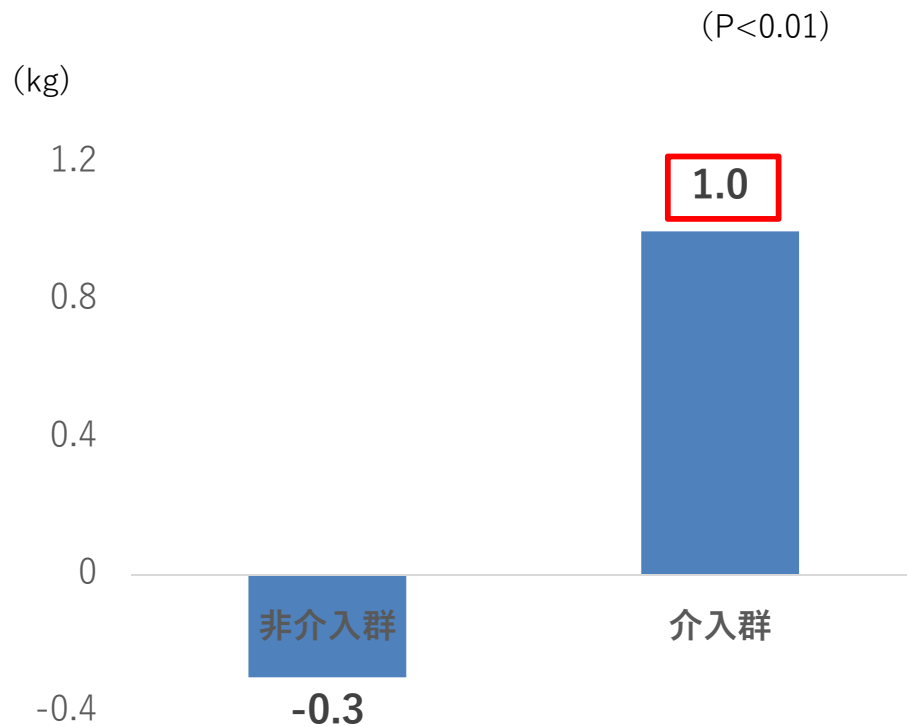
「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(複数回答可)

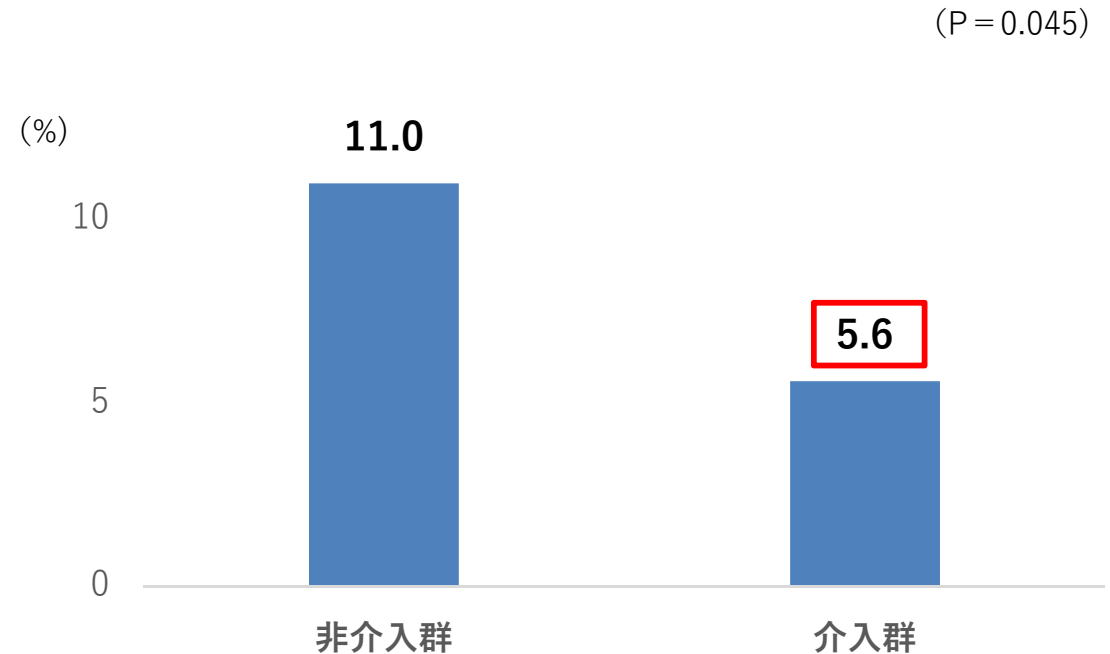
通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果

○ 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問も含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6ヶ月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低かった。

6 か月間の体重増加量



6 か月間のIADL（手段的日常生活動作）悪化率



対象者：全国の通所サービス利用高齢者

研究デザイン：傾向スコアマッチングによる準実験的研究

介入群：低栄養リスク改善等を目的に、協力事業所等の管理栄養士が栄養ケア・マネジメント（通所あるいは在宅訪問による展開）を実施。161人で介入前後6か月間のデータを取得
非介入群：平成30年度老人保健健康増進等事業において6か月間のデータを取得できた者のうち、介入群の対象者より個人特性が類似した者を選出する目的で、傾向スコアマッチングによって介入群の3倍である483人を抽出

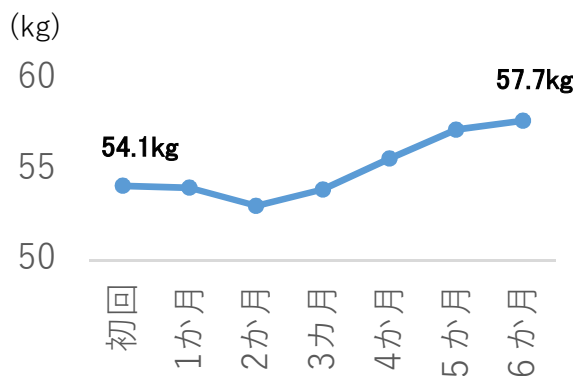
出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

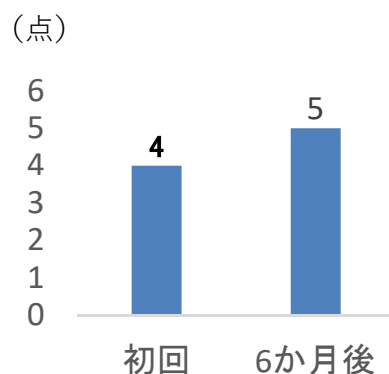
管理栄養士による居宅訪問を含む栄養改善の取組(事例)

- 通所リハビリテーション利用高齢者の低栄養改善のため、管理栄養士が居宅での妻へ聞き取りや食事相談等を含む栄養ケア・マネジメントを実施し、6か月後にエネルギー、たんぱく質の摂取量、体重、IADLが改善。

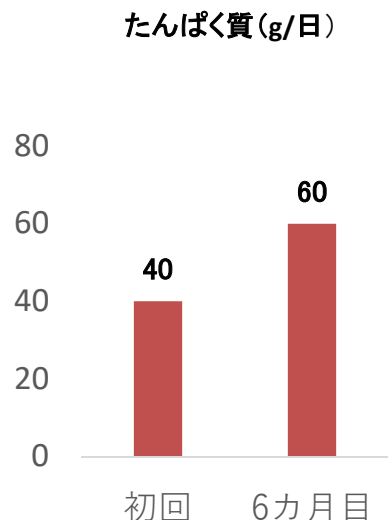
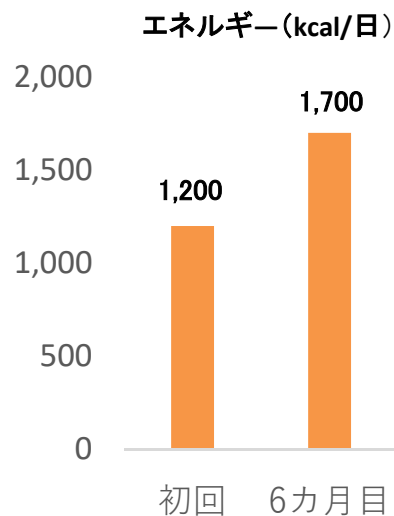
<体重>



<IADL>



<推定摂取量>



対象者：82歳男性/要介護3/認知症高齢者（日常生活自立度Ⅱb）
妻と同居/老健併設通所リハ利用(週2回、昼食有)

スクリーニング：6か月間の体重減少6.4kg
(BMI19.2kg/m²・摂食嚥下リスク(一))

アセスメント：

- 通所での昼食時に、管理栄養士がミールラウンドを実施
→通所時の昼食は100%摂取し、むせや食べこぼしはなし
認知症のため在宅の食事の聞き取りが不可
- 管理栄養士による在宅訪問を実施
→妻に聞き取ったところ、本人の認知症や妻の知識不足のため
朝食及び通所時以外の昼食の欠食が原因と判明

6ヶ月後の目標：

- 体重56kg、必要栄養量 エネルギー1,750kcal/日、
たんぱく質60g/日、水分1,620ml/日
- 朝食及び通所時以外の昼食で、エネルギー500kcal程度を
主食、主菜、副菜により摂取

栄養改善サービス：

- 管理栄養士が月1回居宅を訪問し、朝食、昼食の献立について妻へ助言(初回-2回目の訪問時)
- その後の妻への状況確認や助言を継続(3-6回目の訪問時)
- 通所時、本人に対して管理栄養士や介護職員が3食の食事の大切さやおいしく食べているか声かけをし、食事量や体重の改善がみられたら称賛
- リハビリテーションと食事摂取量との調整を随時実施

論点⑩通所サービスにおける栄養ケア・マネジメント

検討の方向（案）

- 通所事業所において、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、管理栄養士や介護職員等の連携による利用者への栄養ケア・マネジメントの取組を進めることとし、これを評価することを検討してはどうか。その際、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進についても検討してはどうか。
- また、栄養改善が必要な者に適切な栄養管理を行う観点から、通所事業所の管理栄養士が居宅を訪問しての栄養改善サービスの取組を進めることとし、これを評価することを検討してはどうか。

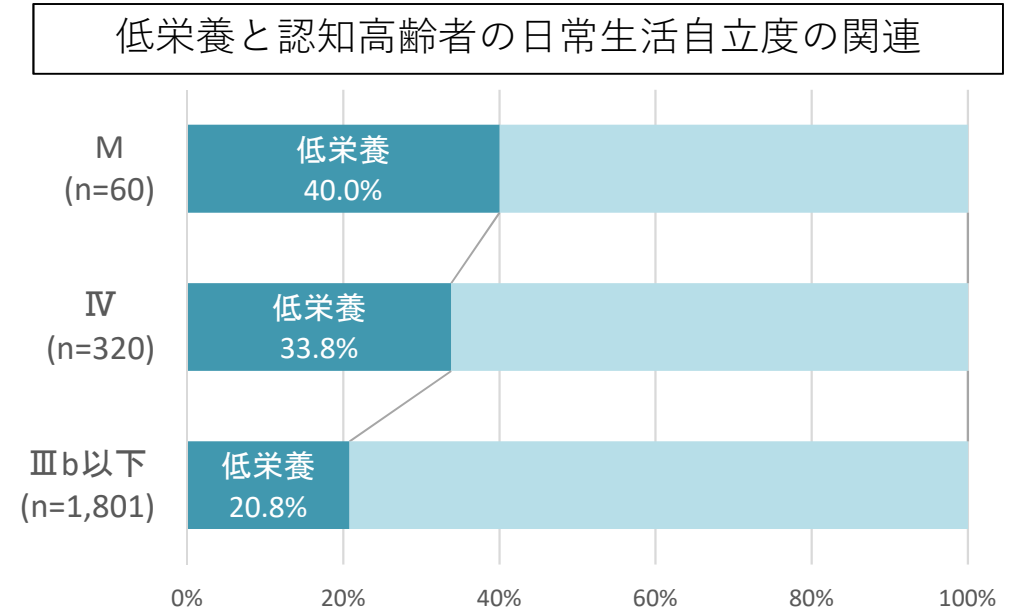
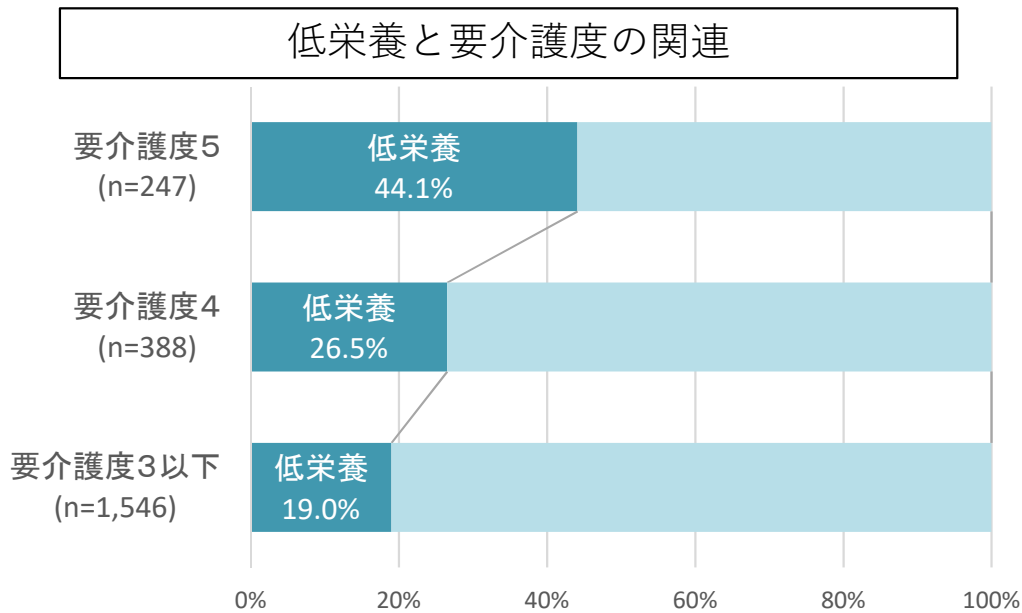
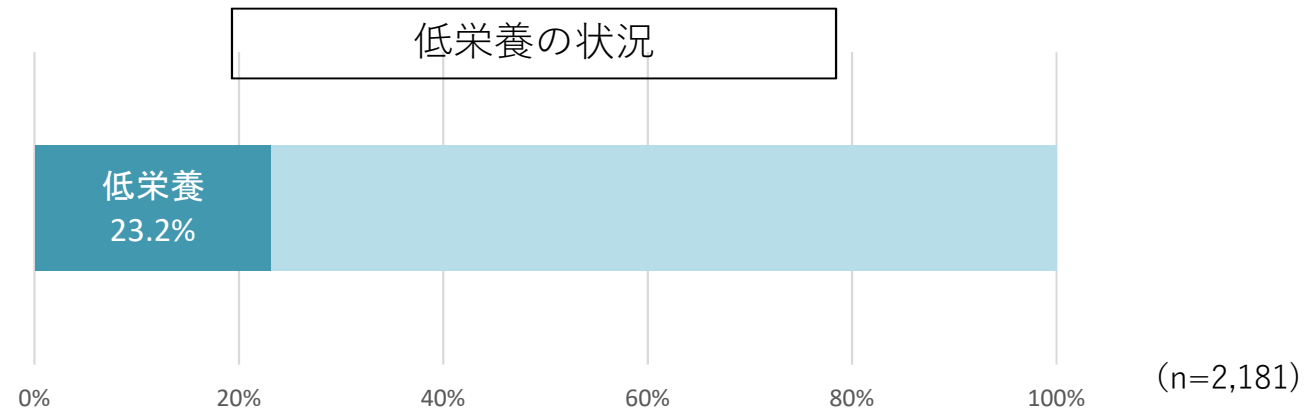
論点⑪認知症グループホームにおける栄養改善

論点⑪

- 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）においては、一定数、低栄養の者がおり、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度が重度なほど低栄養の割合は高い。
- 認知症グループホームには、管理栄養士・栄養士の配置要件はなく、約7割の事業所が利用者の食事提供・栄養管理に関して不安を感じている。
- 一方、同一法人の他施設の管理栄養士等が関与している場合は、食事等に関する困りごとや不安が少なく、認知症高齢者に管理栄養士が適切な栄養ケアを行うことで食事中の徴候・症状の発生頻度が低減し、食事摂取量が改善するとの報告もある。
- 認知症グループホームにおいて、栄養改善の取組を進める観点から、どのような対応が考えられるか。

認知症対応型共同生活介護利用高齢者の低栄養の状況

- 認知症GH利用高齢者のうち、低栄養（BMI18.5未満）の者は2割強。
- 要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度が重度なほど低栄養の割合が高い



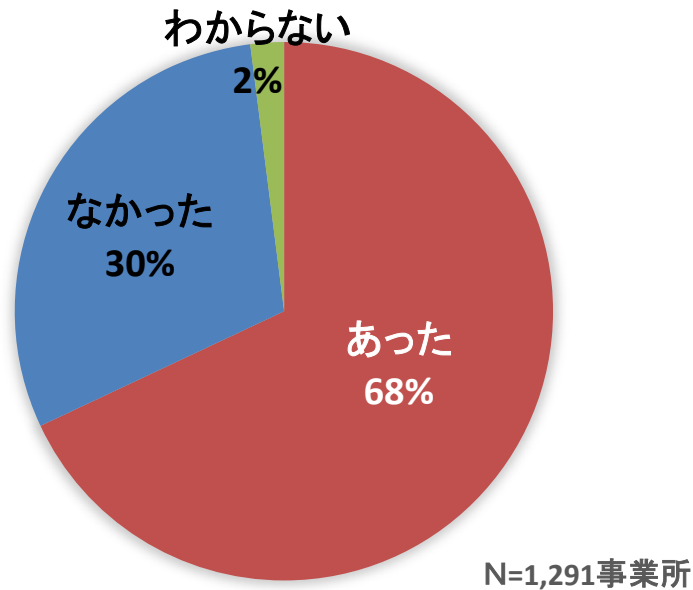
低栄養：BMI18.5未満

認知症対応型共同生活介護における管理栄養士・栄養士の関わり

○利用者の食事提供・栄養管理に関して「不安あり」と回答した事業所が約7割。

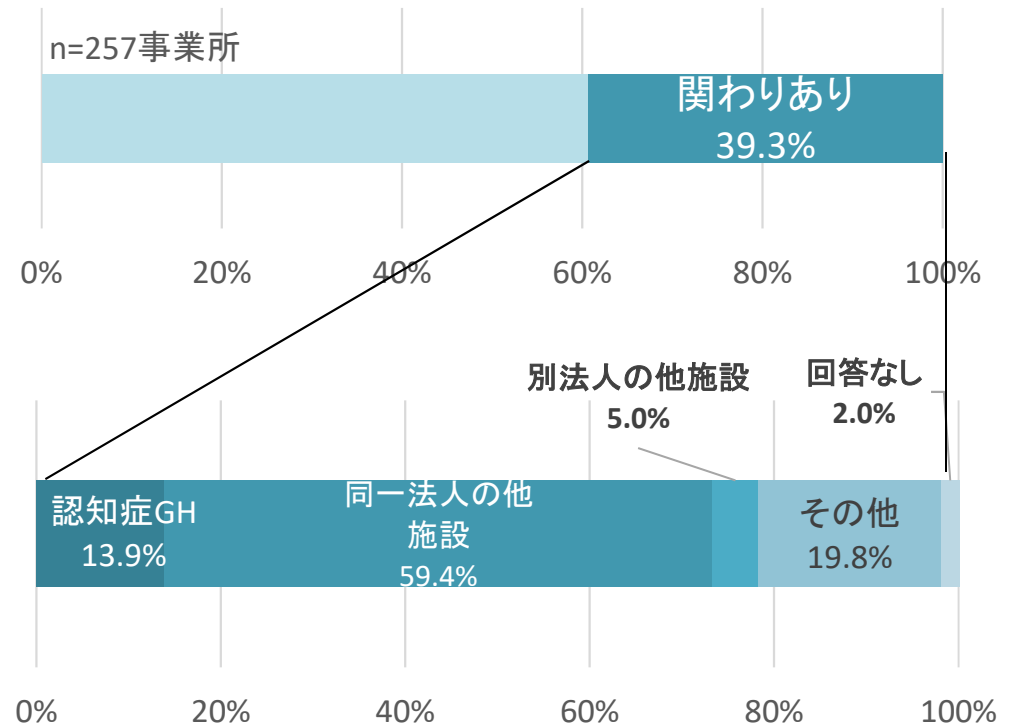
○認知症GHにおいて管理栄養士・栄養士の関わりがあった事業所は約4割であり、管理栄養士・栄養士の所属としては同一法人の他施設が約6割。

利用者の食事提供・栄養管理に関する不安



出典：令和2年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

認知症GHにおける管理栄養士・栄養士の関わりと所属



対象事業所：全国の認知症GH事業所

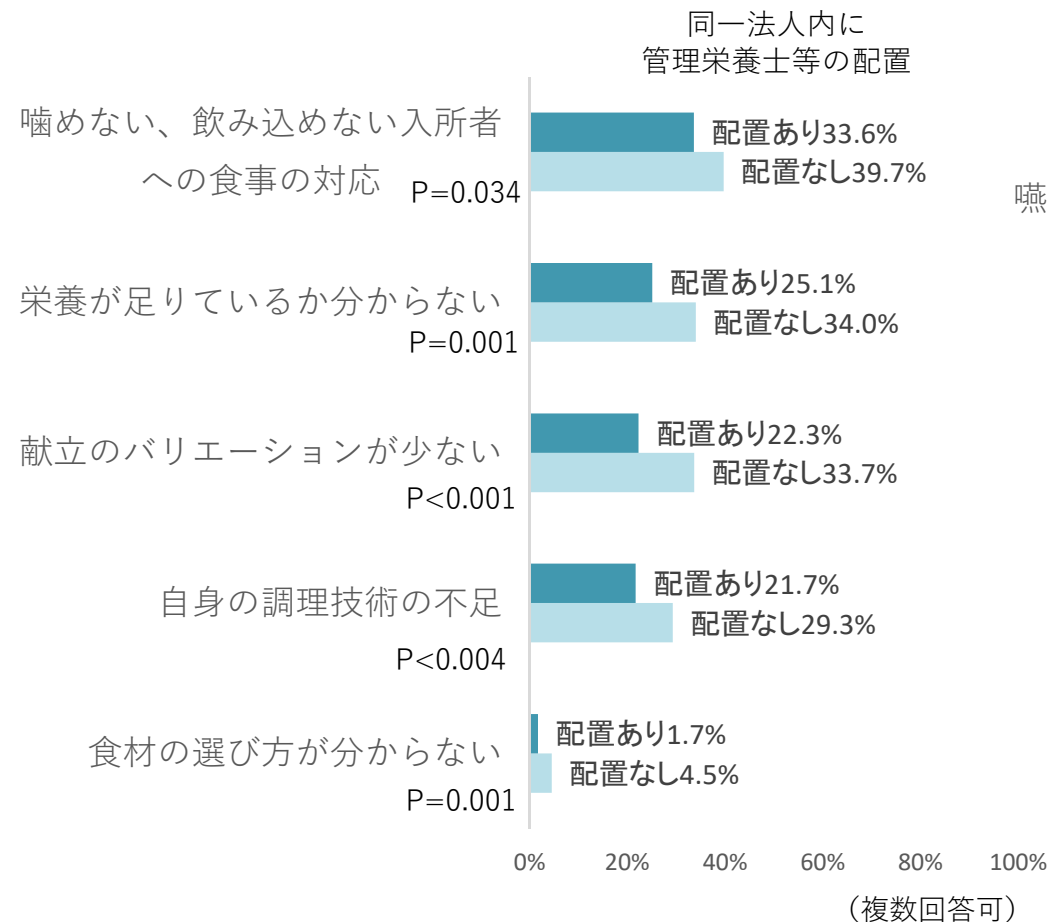
管理栄養士・栄養士の関わり：認知症GHにおいて過去6か月間に管理栄養士・栄養士による関わりがあったと回答

出典：平成29年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

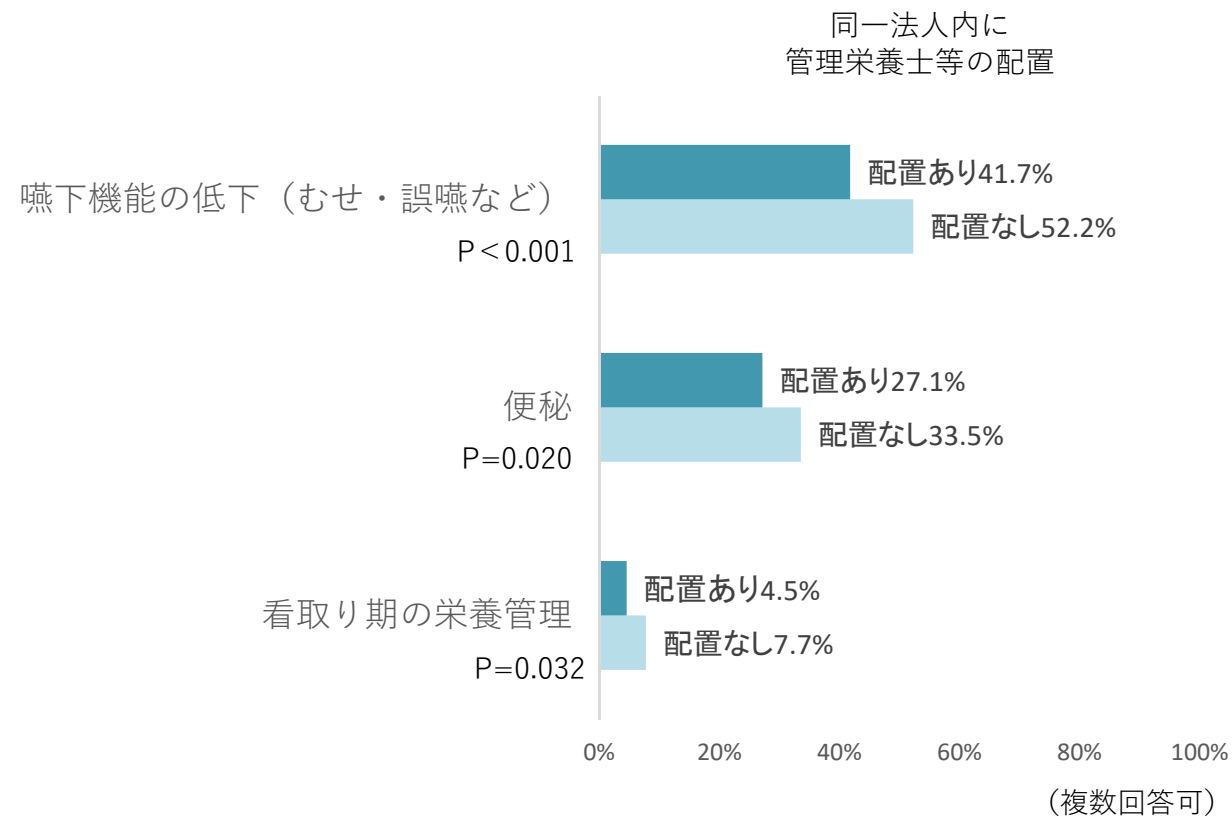
認知症対応型共同生活介護におけるスタッフの困りごと・不安

○認知症GHにおいて、同一法人内に管理栄養士・栄養士の配置があると、入居者の食事の準備や食事提供に関するスタッフの困りごとや不安、入居者の栄養や食べることの問題に関する困りごとが少ない。

入居者の食事の準備や食事提供に関する困りごとや不安



入居者の栄養や食べることの問題（咀嚼・嚥下含む）

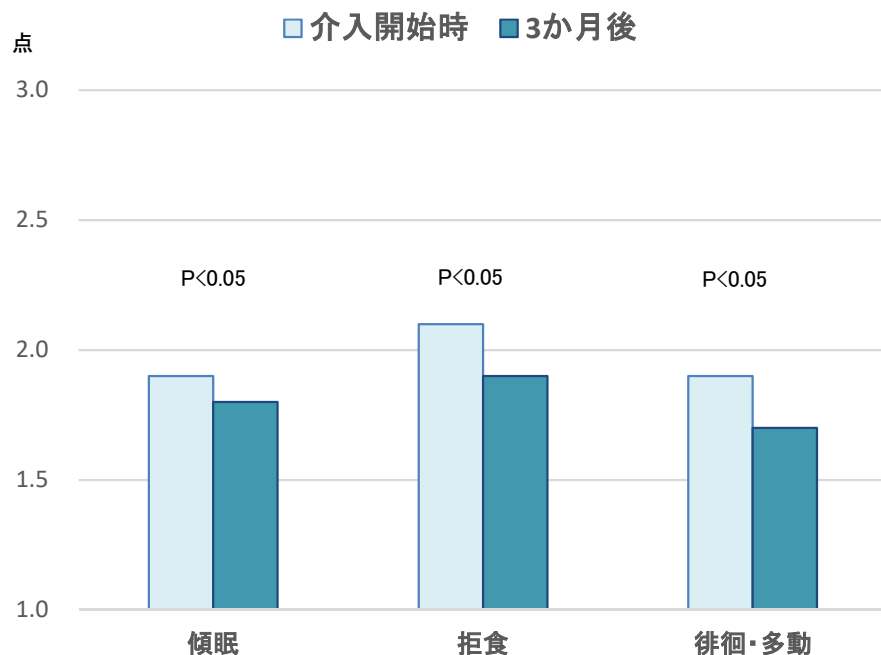


対象者：認知症GH261事業所のスタッフ1,247名
(うち9割は介護職（介護福祉士・ヘルパーなど）)

認知症高齢者に対する栄養ケアの有効性

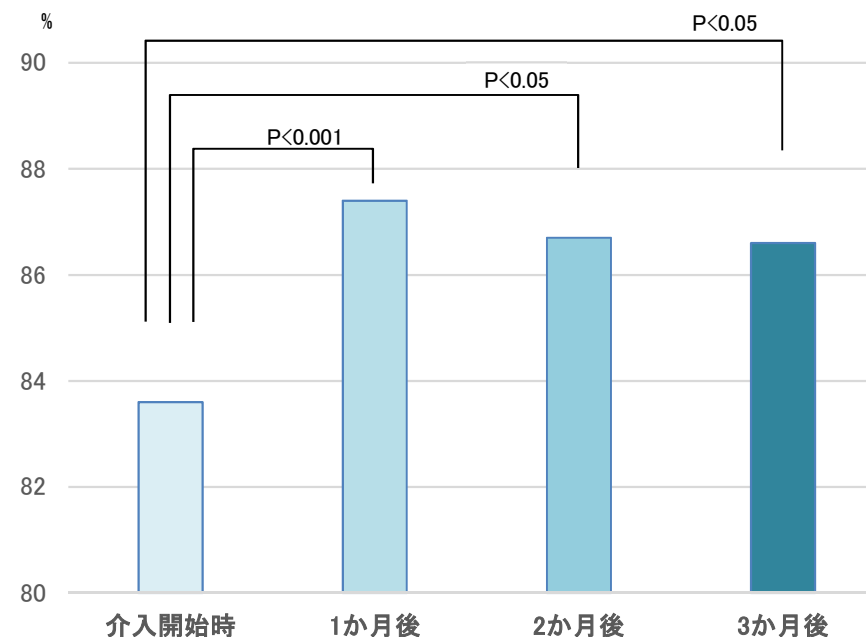
○ 認知症高齢者の食事中の徴候・症状（傾眠、拒食、徘徊・多動 等）に対し、管理栄養士が食事の観察等を通じて適切な栄養ケアを実施することで、食事中の徴候・症状の発生頻度が低減し、食事摂取量が改善した。

食事中的徴候・症状の発生頻度



※食事中的徴候・症状の発生頻度
1. 全くない、2. 週に1~2回、3. 週に3~5回、4. 1日に1~2回、5. 毎食時 の5段階

食事摂取量(%)の変化



対象者: 介護保険施設入所者(n=108)

論点⑪認知症グループホームにおける栄養改善

検討の方向（案）

- 認知症グループホームにおいて、栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士が介護職員等に利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行う体制づくりを進めることとし、これを評価することを検討してはどうか。

3. 重度化防止の推進等について

論点⑫寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメント

論点⑫

- 介護保険法においては、要介護者等の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス等に係る給付を行うことが制度の目的とされ（第1条）、保険給付は要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように行われなければならないとされている（第2条第2項）。
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会取りまとめ」においては、介護の場は、高齢者等の生活の場でもあることから、より、幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、例えば、単なる身体的な能力の維持・向上だけでなく、何が生活の中でできるようになったか、ということや、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方等の、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等の重要性が指摘されている。
- 利用者が要介護状態となっても、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、廃用の悪循環を断ち切り、寝たきりとなることを防止する観点から、どのような対応が考えられるか。

介護保険法における自立に関する規定について

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料
一部改変

○介護保険法（平成九年法律第百二十三号）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（国及び地方公共団体の責務）

第5条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めなければならない。

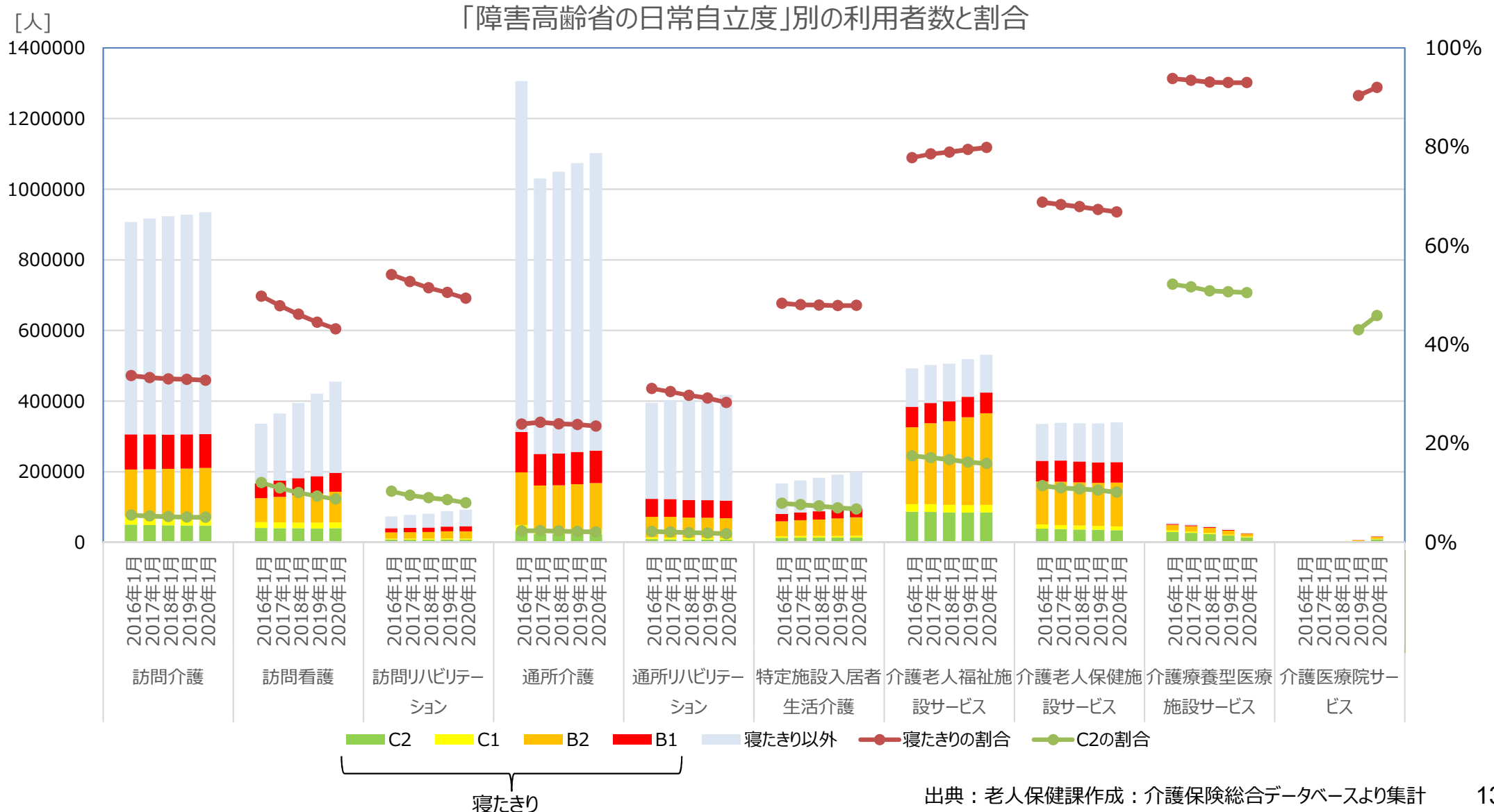
障害高齢者の日常生活自立度

社保審－介護給付費分科会

第185回（R2.9.14）

資料

- 「寝たきり」状態の利用者数は、特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設サービス、訪問看護、訪問リハビリテーションなどでやや増加している。
- 介護療養型医療施設・介護医療院では利用者の約2人に1人が、介護老人福祉施設では約5人に1人がC2の状態である。



障害高齢者の日常生活自立度の推移

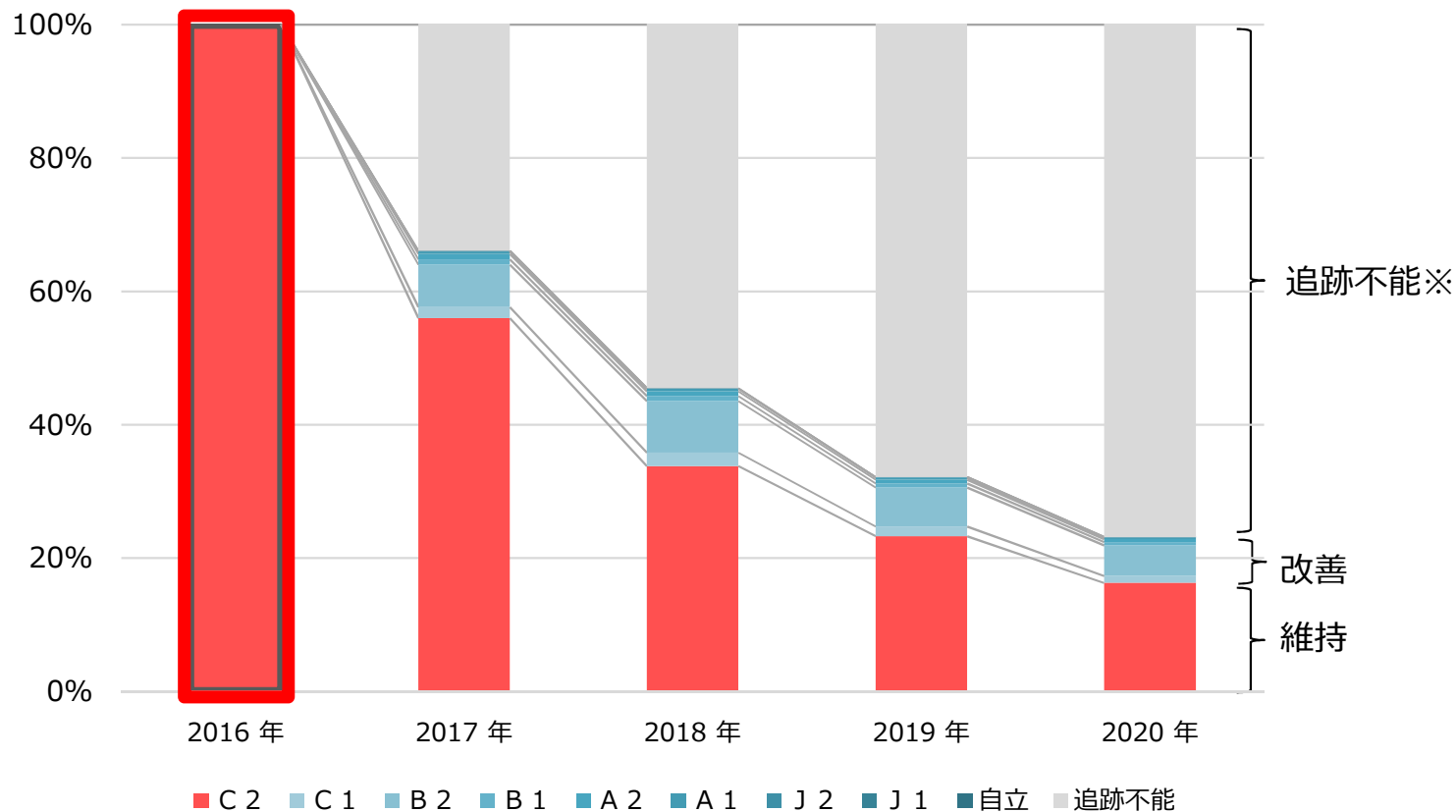
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 寝返りをうつことも困難である寝たきり状態（C2）の利用者のうち、1～4年後においても一定数が同様の状態にある一方で、介護サービス等の給付を受ける中で、自立度が改善しているケースも少なからず存在する。

C2の利用者の自立度の推移（割合）



2016年C2の利用者
を4年間追跡

(※ 死亡や転居等により、日常生活自立度の追跡ができなかった者)

(2016年1月に介護サービスおよび介護予防サービスを利用した、障害高齢者の日常生活自立度がC2であった利用者について、1～4年後の自立度の推移を介護DBより集計)

寝たきり高齢者の基本動作能力の改善割合

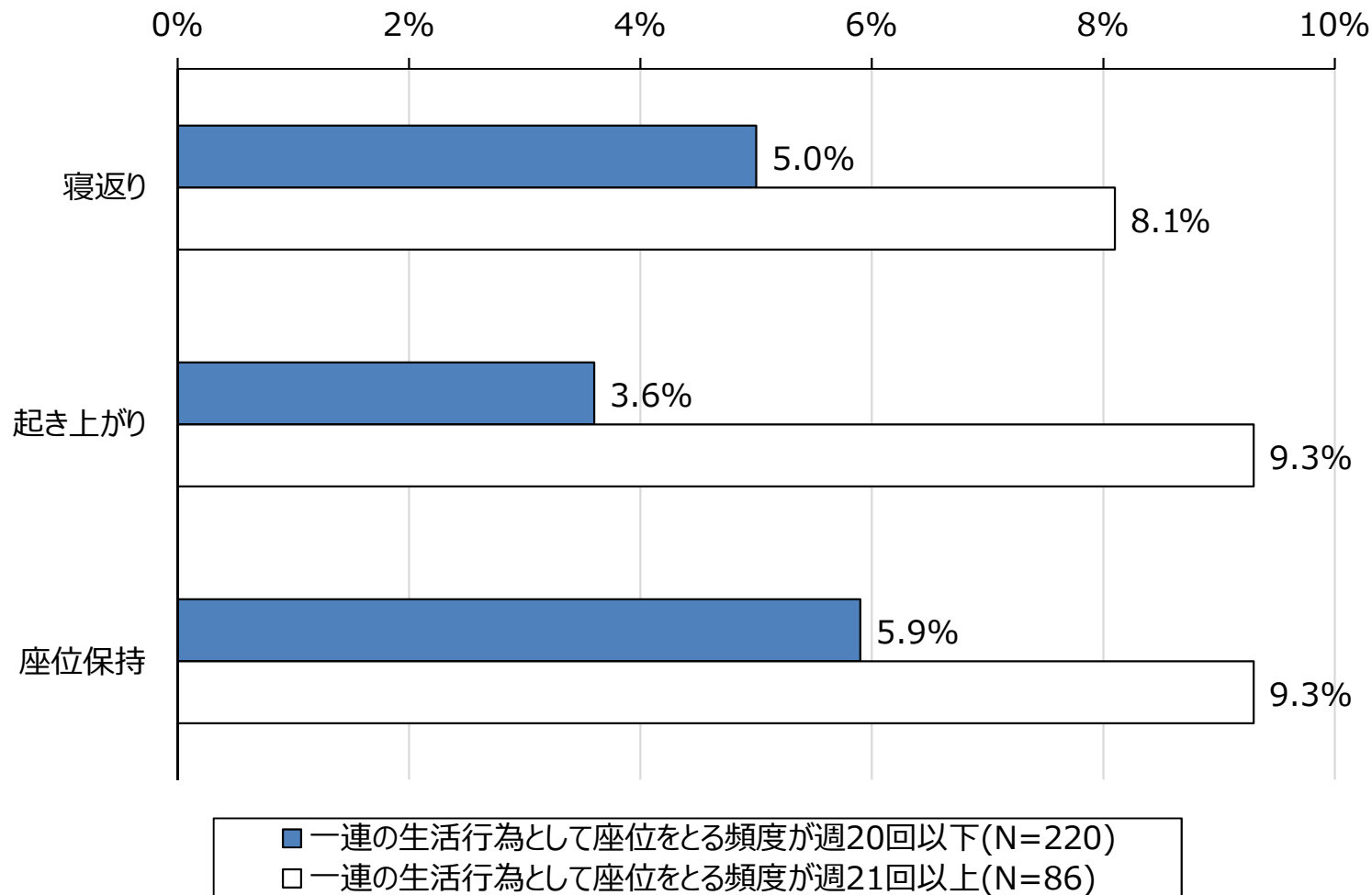
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 介護医療院・介護療養型医療施設における、当初の障害高齢者の日常生活自立度がC以上の高齢者の中にも、6か月後の基本動作が改善しているものが一定割合見られる。
- 一連の生活行為として座位をとる頻度が多い高齢者のほうが、6か月後の基本動作が改善している割合が大きい。

介護医療院＋介護療養型医療施設 (障害高齢者の日常生活自立度C以上) 調査時から6ヶ月後の基本動作能力の改善割合



要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力の障害との関連

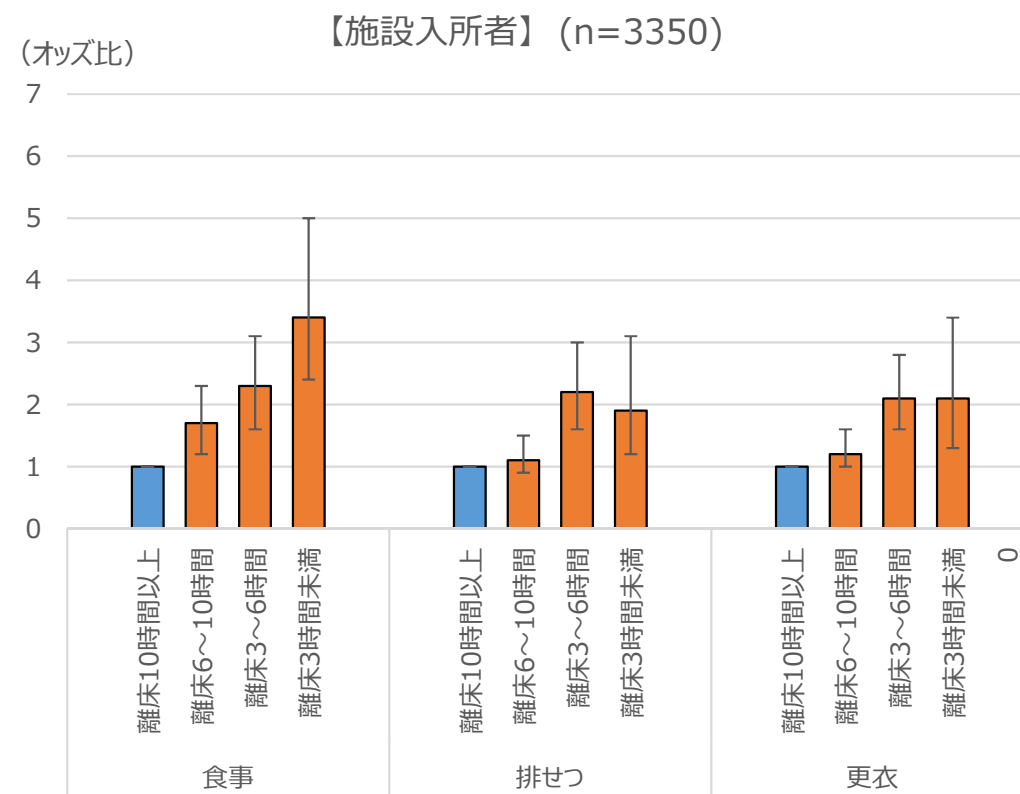
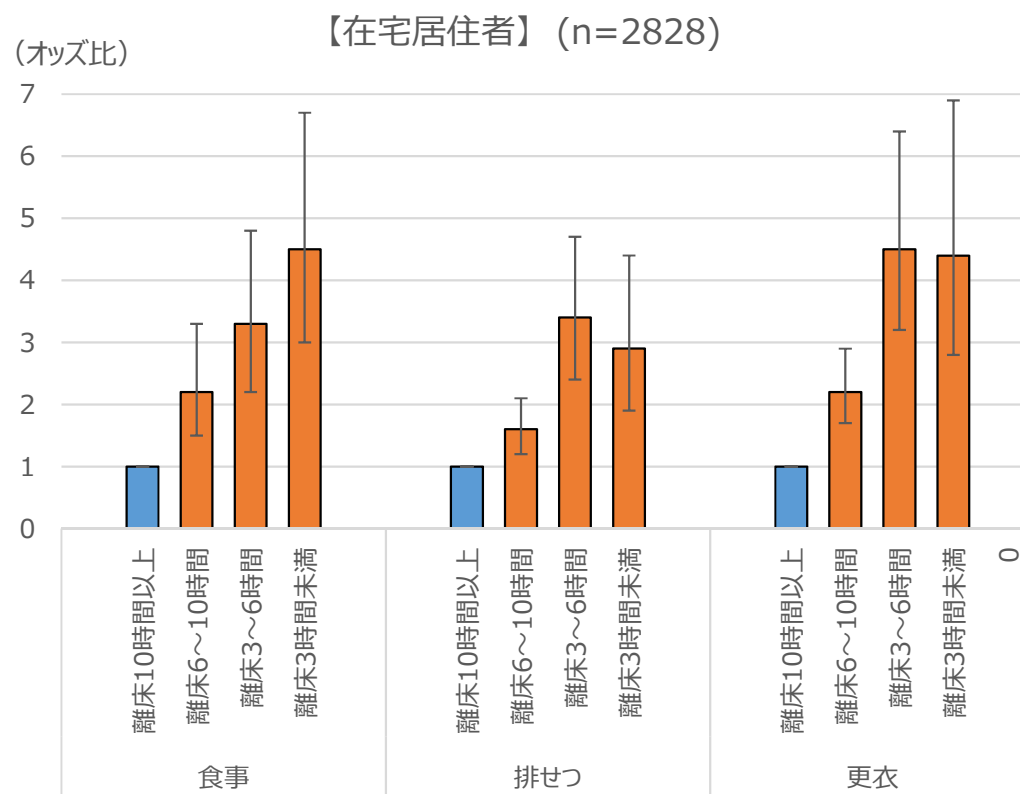
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 高齢者における離床時間と日常生活動作能力は有意に関連し、離床時間が少ない人は日常生活動作の自立度が低い傾向にある。

離床時間と日常生活動作能力の障害との関連



注) 年齢、性別、疾患、動作能力を調整して、離床10時間以上の対象者に対して、離床6～10時間、離床3～6時間、離床3時間未満の対象者における日常生活動作能力の障害のオッズ比を算出

(出典) 日本理学療法士協会国庫補助事業調査研究特別班, 要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力との関係, 理学療法学, 2009, 36 巻, 7号, p.348-355

適切な介入による寝たきりの改善について

○ 離床に向けたチームによる介入について

離床はリハビリ時間のみではなく、実生活場面での生活範囲の拡大を目標としており、本人・家族と多職種からなる『チーム協働での取り組み』が必須であり、チームメンバーが連携し、それぞれの専門分野におけるアセスメントや評価を行い、それらの結果を踏まえた目標を設定した上で、それぞれ専門職としての計画を立案し実践する。

○ 離床の効果について

適切な離床による効果としては、意識障害の改善、褥瘡予防、拘縮の予防、起立性低血圧の予防、嚥下障害の予防、排せつ障害の予防等が挙げられる。

これらの二次障害の予防にとどまらず、活動と参加に向けた離床の目標を立案し、日常的に離床を実践することで、「本人の主体性」が促され、「QOLの向上」とともに身体機能や精神機能にも良い影響を与えることが期待される。

チームによる介入が不可欠



改善の事例

介入開始直前



病棟スタッフによる移乗動作の介助量が軽減し、実生活での離床が可能になり、安楽な車椅子で、テレビ鑑賞が楽しめるようになった。

介入2カ月後



論点⑫寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメント

検討の方向（案）

- 利用者が要介護状態となっても、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、廃用の悪循環を断ち切り、寝たきりとなることを防止する観点から、施設系サービスにおいて、医師の関与の下、リハビリテーション等の必要性や日々の過ごし方等をマネジメントし、適切に離床、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取組を進めることとしてはどうか。
- 具体的には、定期的に全ての利用者に対する医学的管理の必要性や、それに基づくリハビリテーションや日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、ケアマネジャーやその他の介護職員が、日々の生活全般において適切なケアを実施するための計画を策定し、それに沿って介入や介護等を行う仕組みを導入し、これを評価することを検討してはどうか。
- その際、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進についても検討してはどうか。

論点⑬褥瘡マネジメント加算

論点⑬

- 平成30年度介護報酬改定では、施設系サービス（介護療養型医療施設及び介護医療院を除く）において、入所者全員に対して、褥瘡の発生に係るリスクを施設入所時及び少なくとも3月に1回評価し、褥瘡の発生に係るリスクありとされた入所者に対して、関連職種が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画の作成とそれに基づく管理等を実施することを介護報酬上で評価する「褥瘡マネジメント加算」が創設された。
- 算定施設数、取得率は増加傾向にあるが、褥瘡の定義について、施設によって捉える範囲が異なっている状況がある。
- 褥瘡マネジメント加算について、加算を実施したことに伴う状態改善の状況等も踏まえつつ、質を上げて取組を一層推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

褥瘡マネジメント加算の概要(平成30年度介護報酬改定)

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡（床ずれ）発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設等において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。
 - ① 入所者全員に対する要件
入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。
 - ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
 - ・関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
 - ・褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
 - ・①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

褥瘡マネジメント加算 **10単位／月（新設）**
（※3月に1回を限度とする）

※ 介護医療院、介護療養型医療施設については、特定診療費として、「**褥瘡対策指導管理（6単位/日）**」を設けており、「障害高齢者の日常生活自立度」がランクB以上の利用者について、常時褥瘡対策を行う場合に算定が可能。

褥瘡マネジメント加算の算定状況

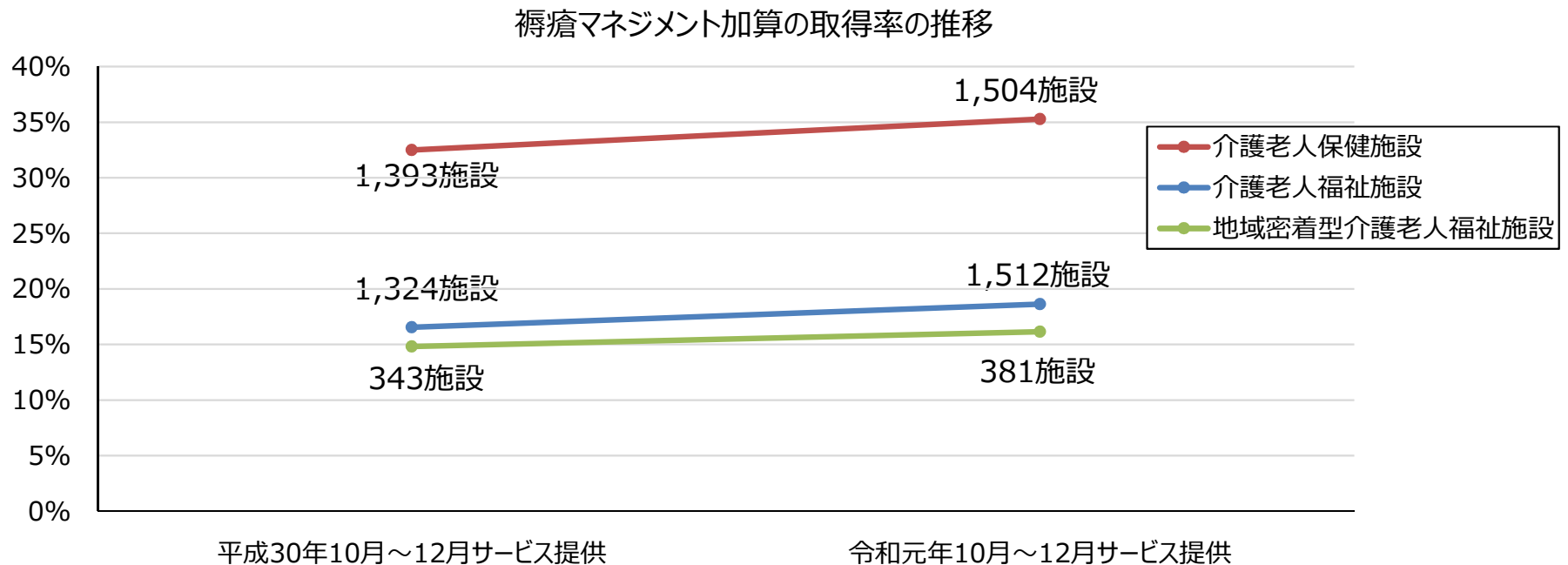
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料
一部改変

- 平成30年度介護報酬改定で新設した褥瘡マネジメント加算の算定施設数、取得率は増加傾向にある。

	平成30年10月～12月サービス提供		令和元年10月～12月サービス提供	
	算定施設数	取得率	算定施設数	取得率
介護老人保健施設	1,393	32.50%	1,504	35.27%
介護老人福祉施設	1,324	16.55%	1,512	18.62%
地域密着型介護老人福祉施設	343	14.82%	381	16.14%



調査結果概要

※介護医療院は平成30年4月に新設されたサービスであり、施設数が徐々に増加しているところであるため、以降の調査結果において、本調査の調査対象施設（平成30年9月末日時点の開設施設）が介護医療院の代表性を必ずしも保証していないことに留意が必要。

褥瘡マネジメントの実施状況について (1) 褥瘡マネジメント加算の算定状況・褥瘡の定義

- 褥瘡の定義について、「持続する発赤」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設が約5割、「真皮までの損傷」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設が約3割であり、施設によって定義が様々であった。

図表 1 褥瘡の定義
(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院)

	件数	皮膚損傷・ 発赤なし	持続する発赤	真皮までの 損傷	皮下組織まで の損傷	皮下組織を 超えた損傷	関節腔、体腔 に至る損傷	その他	無回答
全体	2882	220 7.6%	1406 48.8%	784 27.2%	157 5.4%	14 0.5%	- -	57 2.0%	244 8.5%
介護老人保健施設	1237	87 7.0%	654 52.9%	315 25.5%	51 4.1%	5 0.4%	- -	15 1.2%	110 8.9%
介護老人福祉施設	1616	131 8.1%	737 45.6%	461 28.5%	105 6.5%	9 0.6%	- -	42 2.6%	131 8.1%
介護医療院	29	2 6.9%	15 51.7%	8 27.6%	1 3.4%	- -	- -	- -	3 10.3%

(参考) DESIGN-Rにおける深さ (Depth) の評価

(参考) CHASEの初期仕様において収集の対象とする項目の考え方について

- 可能であれば、国際的に使用されている評価項目を優先することとする。具体的には、褥瘡の指標としてDESIGN-R等が望ましい。

(科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ 抜粋)

d	0	皮膚損傷・発赤なし
	1	持続する発赤
	2	真皮までの損傷
D	3	皮下組織までの損傷
	4	皮下組織を越える損傷
	5	関節腔，体腔に至る損傷
	U	深さ判定が不能の場合

論点⑬褥瘡マネジメント加算

検討の方向（案）

- 褥瘡マネジメント加算について、計画の見直しを含めた、施設の毎月の取組を評価する観点から、3月に1回を上限とする算定を、毎月算定できるように見直すことを検討してはどうか。
- 褥瘡マネジメントの実施が広まりつつあることも踏まえ、現行の褥瘡管理の取組（プロセス）への評価に加え、褥瘡の状態改善等（アウトカム）への評価を行うことを検討してはどうか。その際、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進についても検討してはどうか。
- アウトカムへの評価を行うにあたって、「褥瘡」の定義や評価指標について、統一的に評価することが可能な定義・指標を用いることを検討してはどうか。

論点⑭排せつ支援加算

論点⑭

- 平成30年度介護報酬改定では、施設系サービスにおいて、排泄に係る要介護状態を軽減できると医師等が判断し、利用者もそれを希望する場合において、多職種で支援計画の作成とそれに基づく支援等を実施した場合に一定期間、介護報酬上で評価する「排せつ支援加算」が創設された。
- 介護老人保健施設では一定程度加算が取得されているが、介護老人福祉施設等では加算の取得が進んでいない状況がある。
- 排せつ支援加算について、加算を実施したことに伴う状態改善の状況等も踏まえつつ、質を上げて取組を一層推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

排せつ支援加算の算定状況

- 平成30年度介護報酬改定で新設された「排せつ支援加算」は、介護老人保健施設では加算を算定したことがある施設が一定割合認めたが、介護老人福祉施設および介護療養型医療施設では算定したことがある施設は少ない。

【平成30年4月～令和2年3月を通して存在する施設のうち、同期間内に排せつ支援加算を算定したことがある施設】

	対象施設数	算定施設数	算定率
介護老人福祉施設	7,789	559	7.2%
地域密着型介護老人福祉施設	2,189	138	6.3%
介護老人保健施設	4,156	1,265	30.4%
介護療養型医療施設	660	45	6.8%

排せつ支援加算の概要(平成30年度介護報酬改定)

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

各種の施設系サービス

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する利用者（※1）のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる（※2）と医師、または適宜医師と連携した看護師（※3）が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
 - ・排泄に介護を要する原因等についての分析
 - ・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

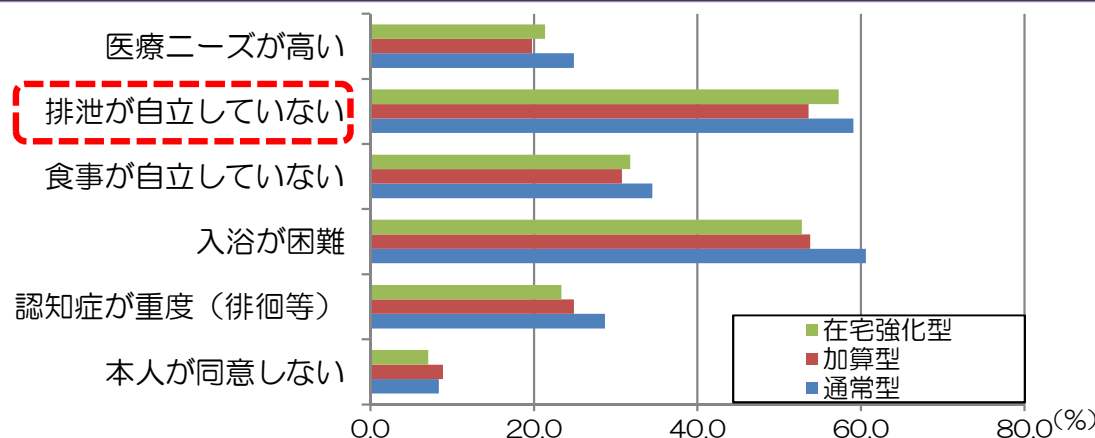
（※1）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

（※2）要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

（※3）看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ支援加算 **100単位／月（新設）**

介護老人保健施設における退所困難者の在宅復帰障害要因（n:10,928）



排泄に係るガイドライン(例)

OEBMに基づく尿失禁診療ガイドライン

（平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班）

○男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会）

○女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会）

○便失禁診療ガイドライン（平成29年 日本大腸肛門病学会）



排せつ支援加算について

○ 排せつ支援加算について〔老企第40号 第2の5(35)〕

- ① 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行って排せつの状態を改善することを評価したものである。したがって、例えば、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ② 「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成27年4月改訂）」の方法を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。
- ③ 「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。
- ④ ③の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が③の見込みの判断を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。
- ⑤ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を別紙様式6の様式を参考に作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、③の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとする。
- ⑥ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑦ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑧ 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

第183回社会保障審議会介護給付費分科会 小泉委員提出資料

「令和3年度介護報酬改定（各論）に関する提案について」（令和2年8月27日 全国老人福祉施設協議会）より抜粋

○ 排せつ支援加算の実態にあわせた評価への見直しが必要

【算定可能な期間】

- ・ 常時の取り組みを促進する観点から、6ヶ月のみに限定するのではなく、毎月の評価を求めることとすべきである。

【排せつ状態改善に係る評価】

- ・ 実際に6ヶ月後の取り組み状況が、要介護認定調査等の「排尿」または「排便」の項目が、改善した場合には、さらなる評価を推進していくべきである。

改善例)

「全介助」 ⇒ 「一部介助」以上

「一部介助」⇒ 「見守り等」以上

検討の方向（案）

- 排せつ支援加算では、医師等が改善が期待できると判断した者が対象とされているが、排せつ状態の改善が期待できる者を漏れなく支援していく観点から、全ての入所者に対する評価（スクリーニング）の定期的な実施を求めることを検討してはどうか。また、継続的な取組を促進する観点から、現行6か月間に限って算定可能とされているところ、継続して算定可能とすることを検討してはどうか。
- 排せつ支援の取組（プロセス）への評価に加え、排せつ状態の改善等（アウトカム）への評価を行うことを検討してはどうか。その際、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進についても検討してはどうか。
- アウトカムへの評価を行うにあたっては、統一的に評価することが可能な定義・指標を用いることを検討してはどうか。