

令和3年度介護報酬改定等に係る説明会

「自立支援・重度化防止の取組の推進」

令和3年3月

岩手県保健福祉部 長寿社会課

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

(1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。
- 週6回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする。
- 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。
- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。
- 通所介護、通リハの入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価する。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。(※3年の経過措置期間を設ける)
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算は廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める(※3年の経過措置期間を設ける)。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。
- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
- 認知症GHについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

(2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - ・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ(ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等)をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。
 - ・既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。
 - ・全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。
- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。
- 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。(※6月の経過措置期間を設ける)

(3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。
- 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等(アウトカム)を新たに評価する等の見直しを行う。

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化(その1)

計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

【訪問リハビリテーション、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス、施設系サービス】

- 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。【通知改正】

(※) このほか、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書(リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録)について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式も作成。

退院退所直後のリハの充実【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】

- 週6回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする。【通知改正】

通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

- 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せず利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護、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、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症グループホーム、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

<現行>

生活機能向上連携加算 200単位/月

→

<改定後>

生活機能向上連携加算 (I) 100単位/月 (新設) ※3月に1回を限度

生活機能向上連携加算 (II) 200単位/月 (※現行と同じ)

※(I)と(II)の併算定は不可。

(算定要件) ※訪問介護等の加算と同様

<生活機能向上連携加算 (I) >

- ・ 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(病院にあっては許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない場合に限る。)の理学療法士等や医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- ・ 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

生活機能向上連携加算

別に厚生労働大臣が定める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指定通所介護事業所において、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(1)については、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月について、(2)については1月について、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定しているが場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、注11を算定している場合、(1)は算定せず、(2)は1月につき100単位を所定単位数に加算する。

- | | | |
|-----|---------------|-------|
| (1) | 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100単位 |
| (2) | 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200単位 |

生活機能向上連携加算について

① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)

イ (略)

ロ イの方盲介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリステーションを実施している医療提携施設(病院にあっては、認可病床数が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。以下2において同じ)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下2において「理学療法士等」という。)が利用者の居宅を訪問する際に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(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く。以下①に同じ。)を行い、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価(以下「生活機能アセスメント」という。)を行うものとする。

カンファレンスは、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。)を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

また、この場合の「カンファレンス」は、サービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上サービス提供責任者及び理学療法士等により実施されるもので差し支えない。さらに、この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

留意事項通知

② 生活機能向上連携加算(Ⅰ)

イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)については、①ロ、へ及びトを除き、①を適用する。本加算は理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上でサービス提供責任者に助言を行い、サービス提供責任者が、助言に基づき①の訪問介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的実施することを評価するものである。

a ①イの訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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の理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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の場合において把握し、又は、指定訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話装置等を用いて把握した上で、当該指定訪問介護事業所のサービス提供責任者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話装置等を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサービス提供責任者で事前に方法等を調整するものとする。

b～d (略)

リハビリテーションマネジメントの強化

■ 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITヘデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。【告示改正】

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【訪問リハビリテーション】

<現行>		<改定後>	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	230単位/月	→	廃止
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	280単位/月	→	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ 180単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 213単位/月 (新設)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	320単位/月	→	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 450単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 483単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	420単位/月	→	廃止 (加算(B)ロに組み替え)

(算定要件)

<リハビリテーションマネジメント加算(A)イ> ※現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様

- ①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。
- ②リハビリテーション会議(テレビ会議可(新設))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。
- ③3月に1回以上、リハビリテーション介護を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直すこと。
- ④PT、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。
- ⑤PT、OT又はSTが(指定居宅サービスの従業者と)利用者の居宅を訪問し、その家族(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。
- ⑥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。
- ⑦上記に適合することを確認し、記録すること。

<リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ>

- ・加算(A)イの要件に適合すること。
- ・利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

<リハビリテーションマネジメント加算(B)イ> ※現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)と同様

- ・加算(A)イの①～⑤の要件に適合すること。
- ・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。

<リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ> ※現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)と同様

- ・加算(B)イの要件に適合すること。
- ・利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

(※) CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定。【通知改正】

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化(その3)

リハビリテーションマネジメントの強化(続き)

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【通所リハビリテーション】

<現行>		<改定後>	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	330単位/月	→	(廃止)
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マネジメント加算(A)イ
同意日の属する月から6月以内	850単位/月		同意日の属する月から6月以内 560単位/月
同意日の属する月から6月超	530単位/月		同意日の属する月から6月超 240単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ (新設)
			同意日の属する月から6月以内 593単位/月
			同意日の属する月から6月超 273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)		→	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ
同意日の属する月から6月以内	1,120単位/月		同意日の属する月から6月以内 830単位/月
同意日の属する月から6月超	800単位/月		同意日の属する月から6月超 510単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ
			同意日の属する月から6月以内 863単位/月
			同意日の属する月から6月超 543単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)		→	(廃止) (加算(B)ロに組み替え)
同意日の属する月から6月以内	1,220単位/月		
同意日の属する月から6月超	900単位/月		
			(3月に1回を限度)

〔算定要件〕 訪問リハビリテーションと同じ

介護老人保健施設、介護医療院

- 【老健】 リハビリテーション計画書情報加算 33単位/月 **(新設)**
 【医療院】 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 33単位/月 **(新設)**

〔算定要件〕

- ・ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協働し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- ・ 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること (CHASE・VISITへのデータ提出とフ15-ドバックの活用)

リハビリテーションマネジメント加算

別に厚生労働大臣が定める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指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種のもものが共同し、継続的にリハビリテーションマネジメント加算として、次にかがげる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次にかがげるいずれかの加算を算定している場合においては、次にかがげるその他の加算は算定しない。

イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 560単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた機関のリハビリテーションの質を管理した場合 240単位

ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 593単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 273単位

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 830単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 510単位

ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションマネジメント加算を管理した場合 863単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 543単位

リハビリテーションマネジメント加算

別に厚生労働大臣が定める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指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種のもが共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	180単位
(2) リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	213単位
(3) リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	450単位
(4) リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	483単位

リハビリテーションマネジメント加算について

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた(Survey)、多職種協働による訪問リハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供(Do)、当該提供内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し等(Action)といったサイクル(以下「SPDCAサイクル」という。)の構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② (略)
- ③ (略)
- ④ 大臣基準第12号ロ(2)及びニ(2)に規定する厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム(Long-term care Informationsystem For Evidence)」(以下「LIFE」という。)を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年●月●日老老発●第●号厚生労働省老健局老人保健課長通知)を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、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。

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化(その4)

通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。【告示改正】
- 通所介護、通リハの入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価する。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護

<現行>
 個別機能訓練加算 (I) 46単位/日
 個別機能訓練加算 (II) 56単位/日
 (併算定が可能)

<改定後>
 個別機能訓練加算 (I) イ 56単位/日
 個別機能訓練加算 (I) ロ 85単位/日
 個別機能訓練加算 (II) 20単位/月

※イとロは併算定不可
 (新設) ※加算 (I) に上乘せして算定

〔算定要件〕
 <個別機能訓練加算 (I) イ・ロ>

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

<個別機能訓練加算 (II)> 加算 (I) に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること (CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

※通所リハビリテーションも同様の改定

<現行>
 入浴介助加算 50単位/日

<改定後>
 入浴介助加算 (I) 40単位/日
 入浴介助加算 (II) 55単位/日 (新設)

※ (I) と (II) は併算定不可

- 〔算定要件〕
 <入浴介助加算 (II)> ※入浴介助加算 (I) は現行の入浴介助加算と同様
- ・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。
 - ・医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(以下「医師等」という。)が利用者の居宅を訪問し、浴室での利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、利用者の居宅の浴室が、利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。
 - ・利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
 - ・入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

報酬告示

個別機能訓練加算

別に厚生労働大臣が定める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指定通所介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(1)及び(2)については、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、個別機能訓練加算(Ⅰ)イを算定している場合には、個別機能訓練加算(Ⅰ)ロは算定しない。

- | | |
|------------------|-------------|
| (1) 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | <u>56単位</u> |
| (2) 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ | <u>85単位</u> |
| (3) 個別機能訓練加算(Ⅱ) | <u>20単位</u> |

個別機能訓練加算は、専ら機能訓練を実施する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下3の2において「理学療法士等」という。）を配置し、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行うことで、利用者の生活機能（身体機能を含む。以下(11)において同じ。）の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すため設けられたものである。

本加算の算定にあたっては、加算設置の趣旨をふまえた個別機能訓練計画の作成及び個別機能訓練が実施されなければならない。

① 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ、個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ

イ 個別機能訓練加算(Ⅰ)イを算定する際の人員配置

専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置すること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接機能訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。

ただし、この場合、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日があらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。なお、指定通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る理学療法士等の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、指定通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

ロ 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロを算定する際の人員配置

専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置すること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ、専ら機能訓練を実施する理学療法士等を1名以上及び専ら機能訓練を実施する理学療法士等を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる

ただし、この場合、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。

なお、指定通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、指定通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

ハ 個別機能訓練目標の設定・個別機能訓練計画の作成

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ及び個別機能訓練加算(Ⅰ)ロに係る個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成すること。

個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況(起居動作、ADL、ADL等の状況)を確認し、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行うこと。その際、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

また、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標とすること。

個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択にあたっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助すること。

なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。

報酬告示

入浴介助加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ 入浴介助加算(Ⅰ)

40単位

ロ 入浴介助加算(Ⅱ)

55単位

ア 入浴介助加算(Ⅰ)について

① 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合 について算定されるものである(大臣基準 告

示第14号の3)が、この 場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援 や日常生活動作能力などの向上のために、極力 利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための 声か け、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触 する介助を行わなかった場合についても、 加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上 で最適と考えられ る入浴手法が、部分浴(シャワー浴含む)等である 場合は、これを含むものとする。

② 通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合に ついては、加算を算定 できない。

イ 入浴介助加算(Ⅱ)について

① ア①及び②を準用する。この場合において、ア①の「入浴介助加算(Ⅰ)」は、「入浴介助加算(Ⅱ)」に読み替えるも のとする。

② 入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される 訪問介護員等(以下(8)において「家族・訪問介護員等」という。)の介助によって入浴ができるようになることを目的と

し、

以下a～cを実施することを評価する ものである。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定に係る者は、利用者 の状態に 応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保 持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介 護技術を用 いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。a 医師、理学療法士、作業療法士、 介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用 具専門相談員、機 能訓練指導員を含む。)が利用者の居宅を訪問(個別機能訓練加算を取得するにあたっての訪問等を含む。)し、利用 者の状態をふまえ、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境 を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問 し評価した者が、入 浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用 者自身で又は家族・訪問介 護員等の介助により入浴を行うことが可 能であると判断した場合、指定通所介護事業所に対しその旨情報共 有する。 また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定通所 介護事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活 用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

(※) 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。

b 指定通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場

合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具

等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したものとして差し支えない。また、入浴介助を行う

際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。【省令改正、告示改正】（※3年の経過措置期間を設ける）
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。【省令改正、告示改正】

施設系サービス

【基準】

運営基準（省令）に以下を規定する。（※3年の経過措置期間を設ける）

- 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。 **（新設）**
- 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。 **（新設）**
- （現行）栄養士を1以上配置 → **（改定後）栄養士又は管理栄養士を1以上配置**

【報酬】

<現行>		<改定後>	
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	→	（廃止）
栄養マネジメント加算	14単位/日	→	（廃止）
なし		→	栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算 （※3年の経過措置期間を設ける）
低栄養リスク改善加算	300単位/月	→	栄養マネジメント強化加算 11単位/日（新設）
			（廃止）

【算定要件】

<栄養マネジメント強化加算>

- ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- ・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- ・入所者が、退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと
- ・低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- ・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

栄養マネジメント強化加算

11単位

別に厚生労働大臣が定める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指定介護老人福祉施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注6(介護福祉施設サービス費及び栄養ケア・マネジメントの未実施による減算)を算定している場合は、算定しない。

- ① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第65号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
 - ② 大臣基準第65号の3イに規定する常勤換算方式での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、調理業務のみを行っている場合は、該当しないこと。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。
- イ 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。
- ロ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。)の平均を用いる(ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。)。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

- ③ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「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号厚生労働省老健局老人保健課長通知)に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。
- ④ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

通所介護等における口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。【告示改正】
- 認知症グループホームについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<現行> 栄養スクリーニング加算 5単位/回 → <改定後> 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回 (新設)
 (※6月に1回算定可) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回 (新設)

〔算定要件〕

加算(Ⅰ)は①及び②に、加算(Ⅱ)は①又は②に適合すること。(加算(Ⅱ)は併算定の関係で加算(Ⅰ)が取得できない場合に限り取得可能)

- ① 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- ② 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護

<現行> 栄養改善加算 150単位/回 → <改定後> 栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設)
 (※1月に2回を限度) 栄養改善加算 200単位/回 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える

〔算定要件〕

<栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)及び栄養改善加算との併算定は不可

- ・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること
- ・利用者ごとに、管理栄養士、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栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること
- ・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)

<栄養改善加算> (追加要件) 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。

認知症グループホーム

栄養管理体制加算 30単位/月 (新設)

〔算定要件〕

- ・管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。

口腔・栄養スクリーニング加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)

20単位

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)

5単位

口腔・栄養スクリーニング加算について

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング(以下「口腔スクリーニング」という。)及び栄養状態のスクリーニング(以下「栄養スクリーニング」という。)は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、入所者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第19号の2口に規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。
- ③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

- a 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者
- b 入れ歯を使っている者
- c むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満である者
- b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストの№11の項目が「1」に該当する者
- c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- d 食事摂取量が不良(75%以下)である者

- ④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - ・ 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
 - ・ 既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
 - ・ 全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。【省令改正】

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<施設系サービス>

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設)

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

(※加算(Ⅱ)について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月)

<通所系・多機能系・居住系サービス>

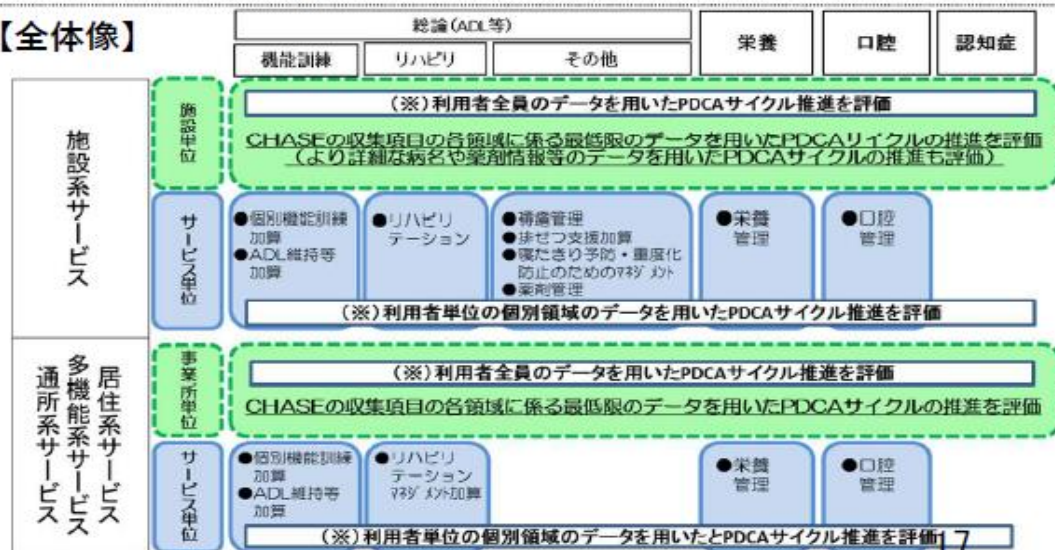
科学的介護推進体制加算 40単位/月 (新設)

〔算定要件〕

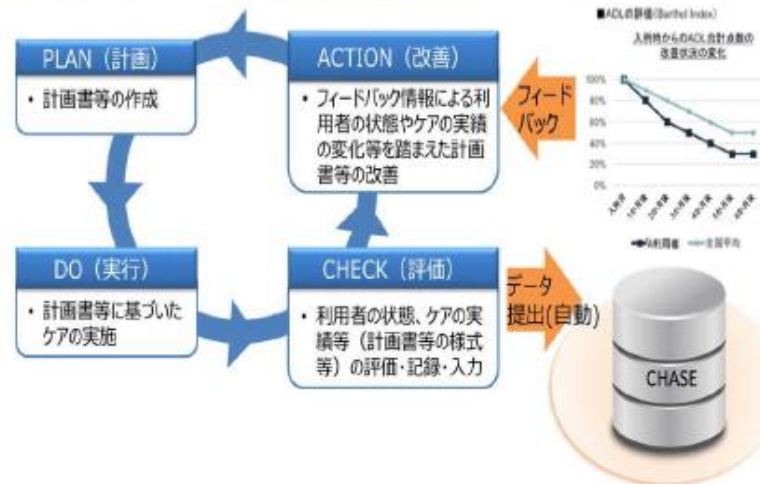
イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算(Ⅱ)については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】



【PDCAサイクルの推進 (イメージ)】



※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。
科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ)

科学的介護推進体制加算

別に厚生労働大臣が定める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介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- | | |
|--------------------|------|
| (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | 40単位 |
| (2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 60単位 |

科学的介護推進体制加算について

① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに注19に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。

② 情報の提出については、「科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(以下「LIFE」という。)を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年●月●日老老発●第●号厚生労働省老健局老人保健課長通知)を参照されたい。

③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する(Plan)。

ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。

ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。

ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。

④ 提出された情報については、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。

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その2)

ADL維持等加算の拡充

- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養を対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

< 現行 >		< 改定後 >	
ADL維持等加算(Ⅰ)	3単位/月	ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位/月 (拡充)
ADL維持等加算(Ⅱ)	6単位/月	ADL維持等加算(Ⅱ)	60単位/月 (拡充)

※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。

※認デイ、介護付きホーム、特養を対象に加える

〔算定要件〕

< ADL維持等加算(Ⅰ) >

- イ 利用者(当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること
- ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得(調整済ADL利得)の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること

< ADL維持等加算(Ⅱ) >

- ・ 加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと
- ・ 評価対象利用者のADL利得を平均して得た値(加算(Ⅰ)のハと同様に算出した値)が2以上であること

【算定要件の見直し(概要)】

現行	改定内容
・ 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を上回る利用者の総数が20名以上	・ 利用者の総数が10名以上(緩和)
・ 評価対象利用期間の初月において要介護度が3以上である利用者が15%以上	・ 廃止
・ 評価対象利用期間の初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月以内の者が15%以下	・ 廃止
・ 評価対象利用期間の初月と6月目にADL値(Barthel Index)を測定し、報告されている者が90%以上	・ 評価可能な者は原則全員報告
・ ADL利得が上位85%の者について、各々のADL利得を合計したものが、0以上	・ 初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて調整式で得られた利用者の調整済ADL利得が、一定の値以上
(一)	・ CHASEを用いて利用者のADLの情報を提出し、フィードバックを受ける

30

ADL維持等加算

別に厚生労働大臣が定める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指定通所介護事業所において、利用者に対して指定通所介護を行った場合は、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。)の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ ADL維持等加算(Ⅰ)

30単位

ロ ADL維持等加算(Ⅱ)

60単位

① ADL維持等加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)について

イ ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index を用いて行うものとする。

ロ 大臣基準告示第16号の2イ(2)における厚生労働省へのADL値の提出は、「科学的介護情報システム(Long-term care Informationsystem For Evidence)」(以下、「LIFE」という。)を用いて行うこととする。

ハ 大臣基準告示第16号の2イ(3)及びロ(2)におけるADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値とする。

<u>1 2以外の者</u>	<u>ADL値が0以上25以下</u>	<u>1</u>
	<u>ADL値が30以上50以下</u>	<u>1</u>
	<u>ADL値が55以上75以下</u>	<u>2</u>
	<u>ADL値が80以上100以下</u>	<u>3</u>
<u>2 評価対象利用開始月において、初回の要介護認定(法第27条第1項に規定する要介護認定をいう。)があった月から起算して12月以内である者</u>	<u>ADL値が0以上25以下</u>	<u>0</u>
	<u>ADL値が30以上50以下</u>	<u>0</u>
	<u>ADL値が55以上75以下</u>	<u>1</u>
	<u>ADL値が80以上100以下</u>	<u>2</u>

- ニ ハにおいてADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位100分の10に相当する利用者(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)及び下位100分の10に相当する利用者(その数に1未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)を除く利用者(以下「評価対象利用者」という。)とする。
- ホ 他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者については、リハビリテーションを提供している当該他の施設や事業所と連携してサービスを実施している場合に限り、ADL利得の評価対象利用者に含めるものとする。
- ヘ 令和3年度については、評価対象期間において次のaからcまでの要件を満たしている場合に、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月(令和3年4月1日までに指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費の注12に掲げる基準(以下この①において「基準」という。))に適合しているものとして都道府県知事に届出を行う場合にあっては、令和3年度内)に限り、ADL維持等加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定できることとする。

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実

- 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。
【告示改正】 (※6月の経過措置期間を設ける)

介護老人保健施設

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、以下の見直しを行う。
 - ・居宅サービス実施数に係る指標において、訪問リハビリテーションの比重を高くする。
 - ・リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の3職種の配置を評価する。
 - ・基本型以上についてリハビリテーションマネジメントの実施要件が求められているが、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションに関する事項を明確化する。

在宅復帰・在宅療養支援等指標： 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)				算定要件 (リハビリテーションマネジメント)		
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	a: 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。 b: 医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。(追加)		
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0			
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0			
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サービス 5	2サービス3 ⇒2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	1サービス2 ⇒2サービス1			0サービス0 ⇒0、1サービス0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5 ⇒5以上(PT, OT, STいずれも配置) 5	3以上 3 ⇒5以上 3	(設定なし) ⇒3以上 2			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			

18

施設での日中生活支援の評価

- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。【告示改正】

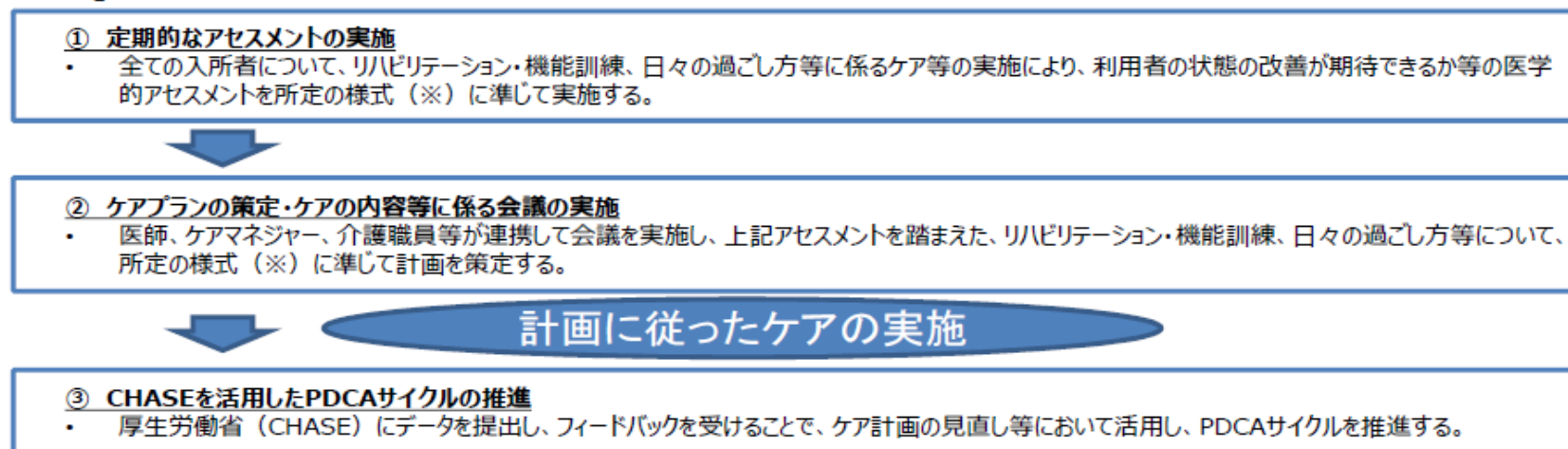
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

自立支援促進加算 300単位/月 (新設)

〔算定要件〕

- イ 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。
- ロ イの医学的評価の結果、特に自立支援のために対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- ニ イの医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)

【取組の流れ】



※ 様式の具体的内容

- ・ 医学的アセスメント
- ・ リハビリテーション・機能訓練の必要性
- ・ 日々の過ごし方 (離床時間、座位保持時間、食事・排せつ・入浴の場所や方法、社会参加的活動等)

自立支援促進加算300単位

別に厚生労働大臣が定める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指定介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

■ 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等（アウトカム）を新たに評価する等の見直しを行う。【告示改正】

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護

【褥瘡マネジメント加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

<現行>	→	<改定後>	
褥瘡マネジメント加算10単位/月 (3月に1回を限度とする)		褥瘡マネジメント加算 (I) 3単位/月 (新設)	※(I)(II)は併算不可
		褥瘡マネジメント加算 (II) 13単位/月 (新設)	
		(毎月の算定が可能)	

〔算定要件〕

<褥瘡マネジメント加算 (I)>

イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)

ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

ハ イの入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等の状態について定期的に記録していること。

ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

<褥瘡マネジメント加算 (II)>加算 (I) の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

【排せつ支援加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

<現行>	→	<改定後>	
排せつ支援加算 100単位/月 (6月を限度とする)		排せつ支援加算 (I) 10単位/月 (新設)	※(I)~(III)は併算不可
		排せつ支援加算 (II) 15単位/月 (新設)	
		排せつ支援加算 (III) 20単位/月 (新設)	
		(6月を超えて算定が可能)	

〔算定要件〕

<排せつ支援加算 (I)>

イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)

ロ イの評価の結果、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者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

<排せつ支援加算 (II)>加算 (I) の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

<排せつ支援加算 (III)>加算 (I) の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

褥瘡マネジメント加算

別に厚生労働大臣が定める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介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算を算定しない。

- | | |
|-------------------|------|
| (1) 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | 3単位 |
| (2) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | 13単位 |

【出典】

- ・ 報酬告示:厚生労働省ホームページに令和3年3月9日付けで掲載された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 別冊資料(介護報酬改定)」の「報酬告示の改正案」
- ・ 留意事項通知:厚生労働省ホームページに令和3年3月9日付けで掲載された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 別冊資料(介護報酬改定)」の「報酬告示に関する通知案」
- ・ 解釈通知:厚生労働省ホームページに令和3年3月9日付けで掲載された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 別冊資料(介護報酬改定)」の「基準省令に関する通知案」
- ・ 基準省令:各介護サービスの人員、設備及び運営に関する基準

※ なお、本資料中、上記出典からの転記部分について、複数のサービスに係る加算については、該当するサービス種別から、主なもののみを抜粋して引用しているので、御留意願います。