

令和3年度介護報酬改定を活かして

在宅生活を支えるリハビリテーションを強化しよう

日本慢性期医療協会 副会長 橋本康子

# 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

社保審一介護給付費分科会

第199回 (R3.1.18)

参考資料 2

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

## 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

### ○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

## 2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

### ○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

### ○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

### ○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化  
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

### ○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

### ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

### ○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

## 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

### ○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進  
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進  
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実  
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

### ○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和  
・会議や多職種連携におけるICTの活用  
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

### ○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

## 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■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

### ○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

・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  
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実  
・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  
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化  
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生管理や栄養マネジメントの強化

### ○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情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進  
・ADL維持等加算の拡充

### ○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

## 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

### ○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し  
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し  
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算 (IV) (V) の廃止  
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

### ○報酬体系の簡素化

・月額報酬化 (療養通所介護) ・加算の整理統合 (リハ、口腔、栄養等)

## 6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化  
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額 (食費) の見直し

# 自立支援に必要な「生活課題」を解決

## ★制度の目的

介護保険法第一条（抜粋）

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



要介護状態（健常者と同じ状況では生活できない）

自立支援 = 生活場面における課題の解決

# 個別性を重視した「適時・適切なリハビリテーション」

★解決すべきは、利用者によって異なる生活課題

×機能訓練に偏った「画一的なリハビリテーション」

○個別性を重視した「適時適切なリハビリテーション」

## ■ 適時 必要な時に

①医療と介護、施設と在宅とのつなぎ

## ■ 適切 質の高いリハビリテーションを

②専門職種の間与、助言

③生活の場面でのリハ

④アウトカム評価

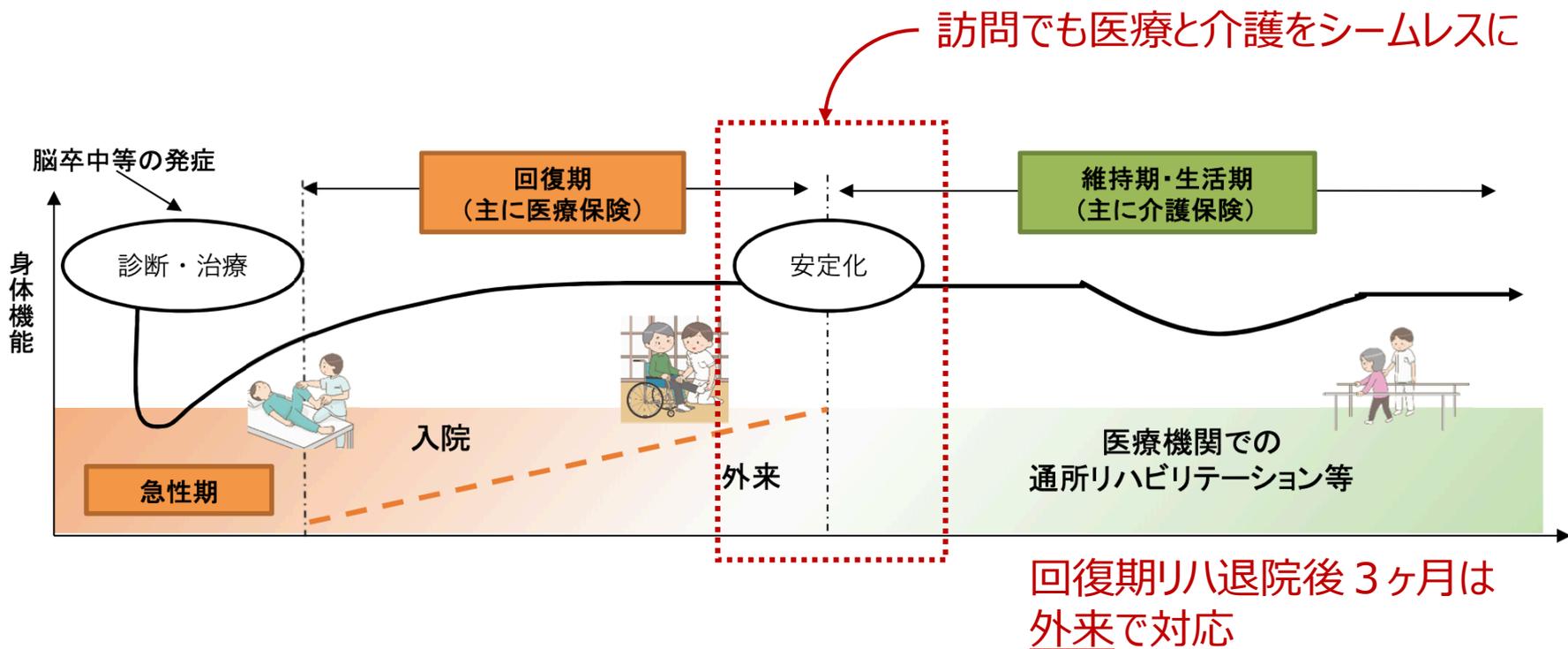
⑤データの活用

# ①医療と介護、施設と在宅とのつなぎ

## ★令和3年度介護報酬改定

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】



## ②専門職種の間与、助言（多職種）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の間与の明確化

【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。

## ②専門職種の関与、助言（医師）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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】

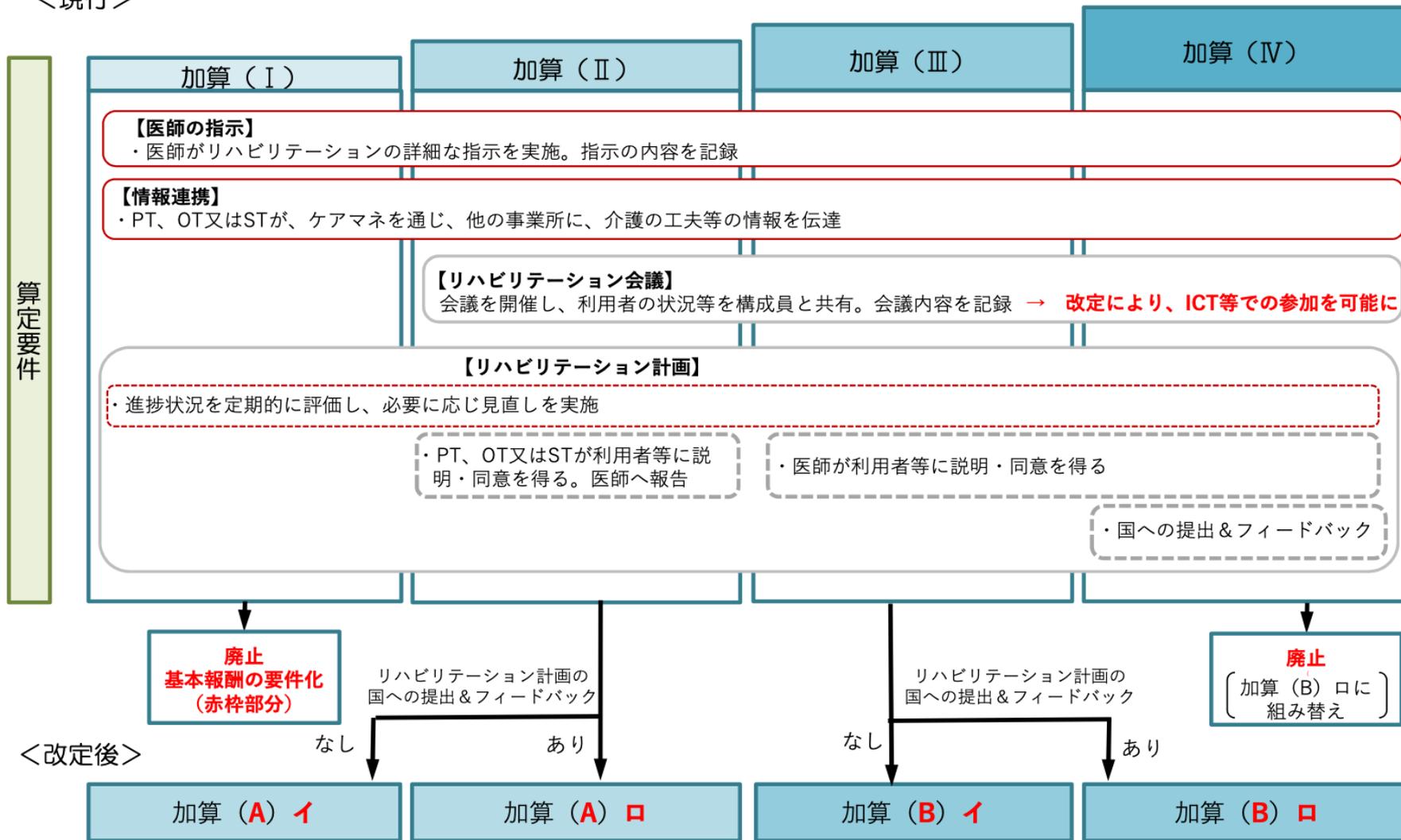
### ★令和3年度介護報酬改定

## 5.(1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化

概要	【訪問リハビリテーション★】
	<p>○ 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。</li><li>・ 未実施減算の単位数の見直しを行う。</li></ul>
単位数	
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	
< 現行 > 20単位／回減算	⇒ < 改定後 > 50単位／回減算

# 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見直しイメージ

<現行>



## ②専門職種の関与、助言（リハ専門職）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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。

##### <生活機能向上連携加算（Ⅰ）>（新設）

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

##### <生活機能向上連携加算（Ⅱ）>（現行と同じ）

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

## (2). 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

### 1. 生活機能向上連携加算の算定状況

(介護保険総合データベースを用いた分析)

※集計対象となるサービス提供年月: 令和元年10月

- 生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設は、全事業所・施設ベースで3.1%であった。これをサービス種別にみると、認知症対応型共同生活介護(7.6%)、介護老人福祉施設(6.3%)の算定率が他サービス種別に比べ高かった。

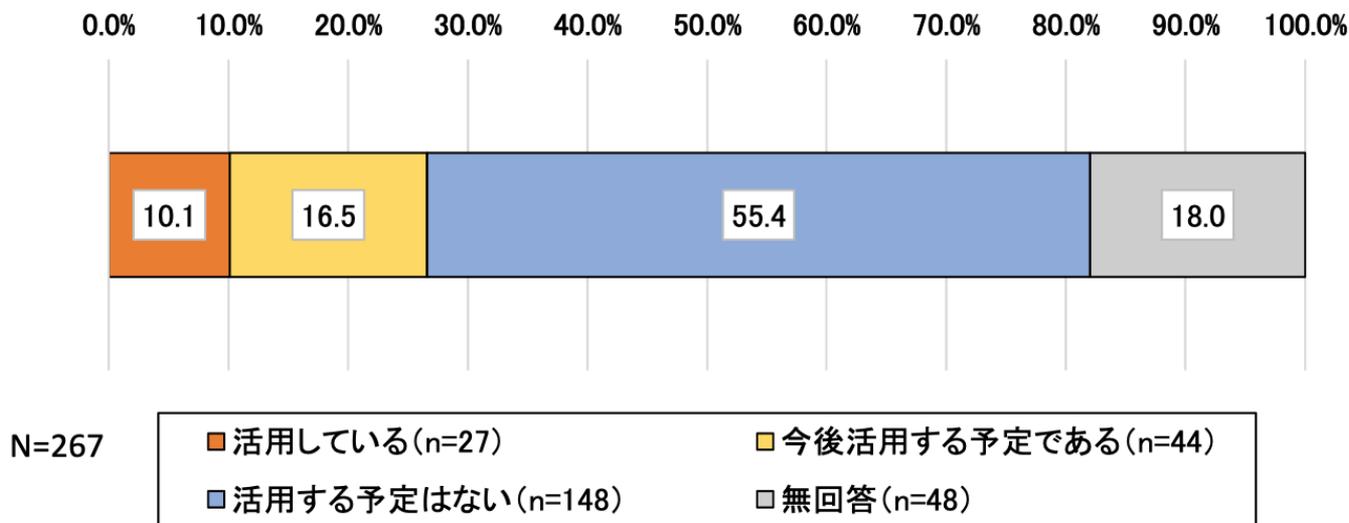
図表 生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設数・構成比

	事業所・施設数 (件)						構成比 (%)					
	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	加算Ⅰ、Ⅱ両方算定	非算定	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	加算Ⅰ、Ⅱ両方算定	非算定
① 通所介護	43,192	1,476	-	-	-	41,716	100.0%	3.4%	-	-	-	96.6%
② 認知症対応型通所介護	3,899	162	-	-	-	3,737	100.0%	4.2%	-	-	-	95.8%
③ 短期入所生活介護	15,399	229	-	-	-	15,170	100.0%	1.5%	-	-	-	98.5%
④ 特定施設入居者生活介護	10,202	371	-	-	-	9,831	100.0%	3.6%	-	-	-	96.4%
⑤ 認知症対応型共同生活介護	14,842	1,130	-	-	-	13,712	100.0%	7.6%	-	-	-	92.4%
⑥ 介護老人福祉施設	10,491	656	-	-	-	9,835	100.0%	6.3%	-	-	-	93.7%
⑦ 訪問介護	33,053	130	31	92	7	32,793	100.0%	0.4%	0.1%	0.3%	0.0%	99.2%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	9,468	207	104	76	27	9,054	100.0%	2.2%	1.1%	0.8%	0.3%	95.6%
⑨ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	970	23	3	18	2	924	100.0%	2.4%	0.3%	1.9%	0.2%	95.3%
全体	141,516	4,384	138	186	36	136,772	100.0%	3.1%	0.1%	0.1%	0.0%	96.6%

# 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。

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



調査対象事業所：（ユニット型）（地域密着型）介護老人福祉施設、（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。

## ②専門職種のかんよ、助言（管理栄養士：通所系）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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、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  
(※1月に2回を限度)

→

<改定後>

栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設)  
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（1）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。

## ②専門職種の間与、助言（管理栄養士：通所系）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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>		<改定後>		
栄養スクリーニング加算	5単位/回	→	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。

## ②専門職種の関与、助言（管理栄養士：施設系）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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】

一部R3.1.13諮問・答申済

#### 【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	→	<b>(廃止)</b>
栄養マネジメント加算	14単位/日	→	<b>(廃止)</b>
なし		→	<b>栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算</b> （※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	→	<b>栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設)</b> <b>(廃止)</b>

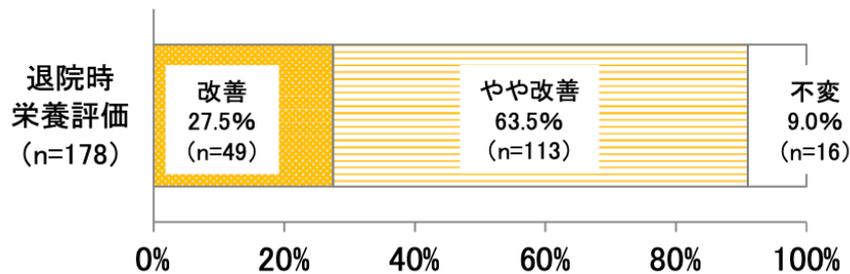
#### 【算定要件】

##### <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）

# 個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

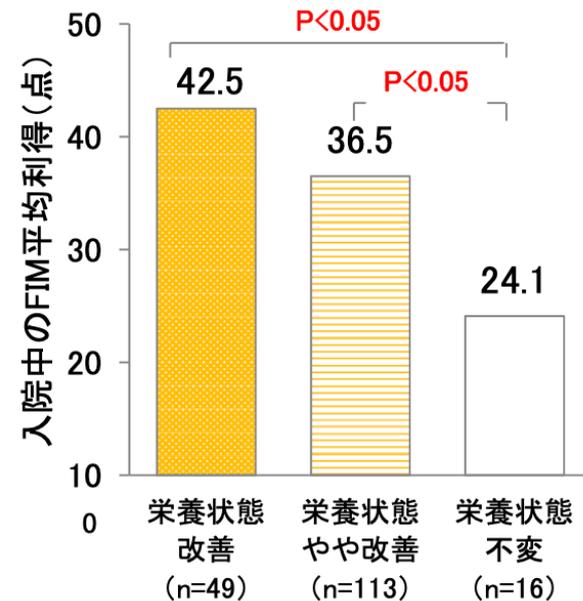
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



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

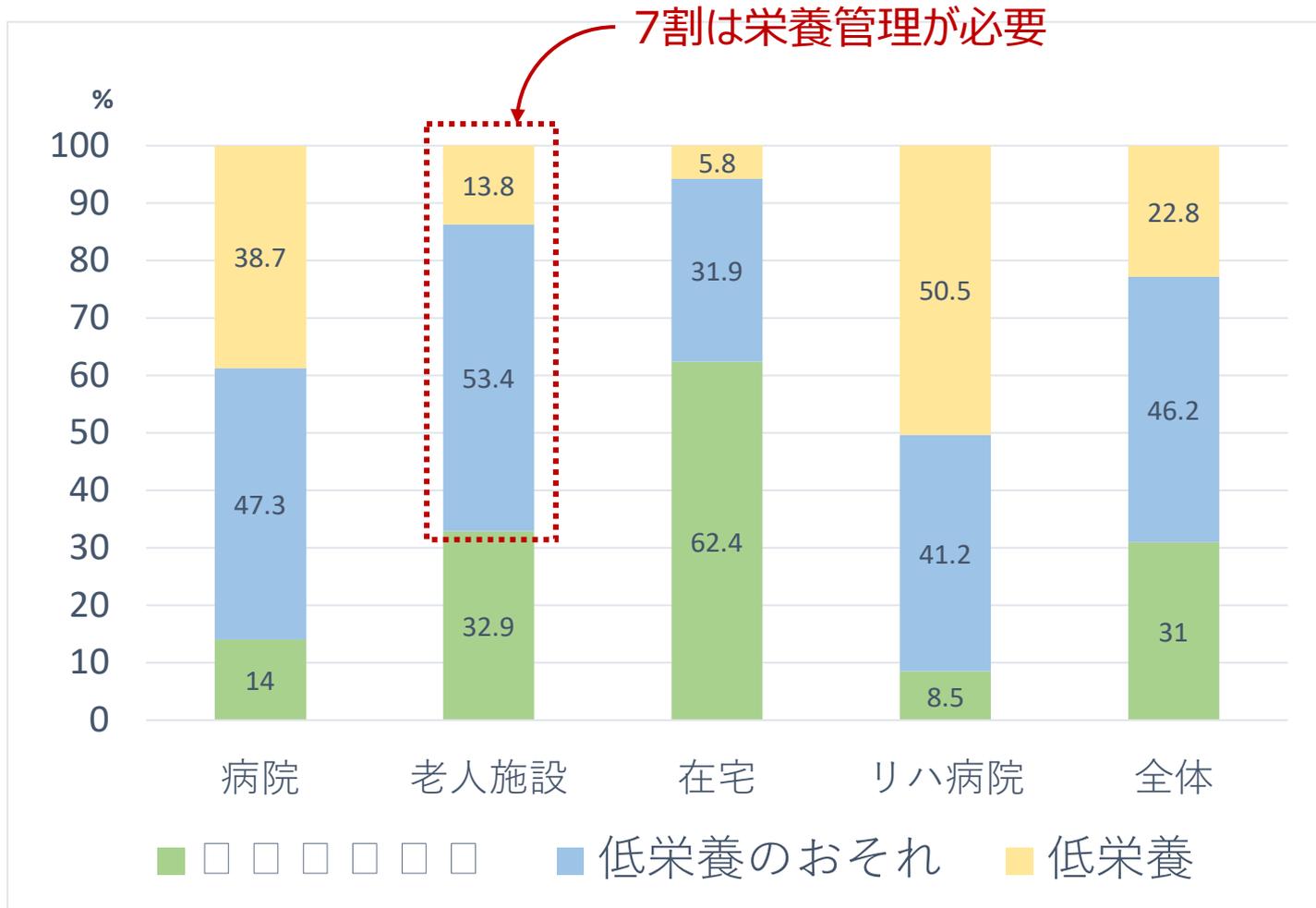
図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

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

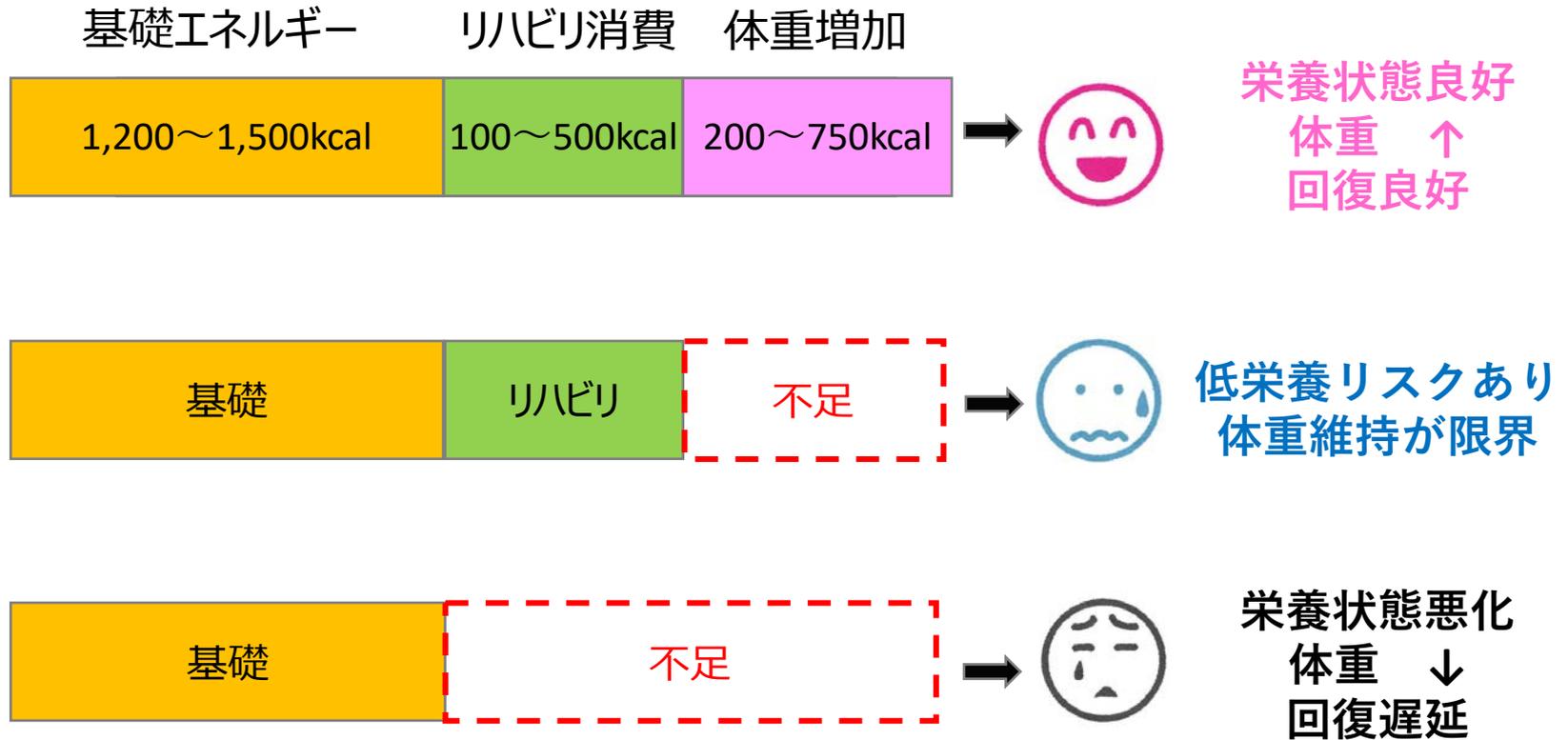
本ページのFIM: FIM総得点

# 参考：施設別の低栄養患者の割合

(Kaiser MJ et al J Am Geriatr Soc 58 1734-1738 2010より改変)



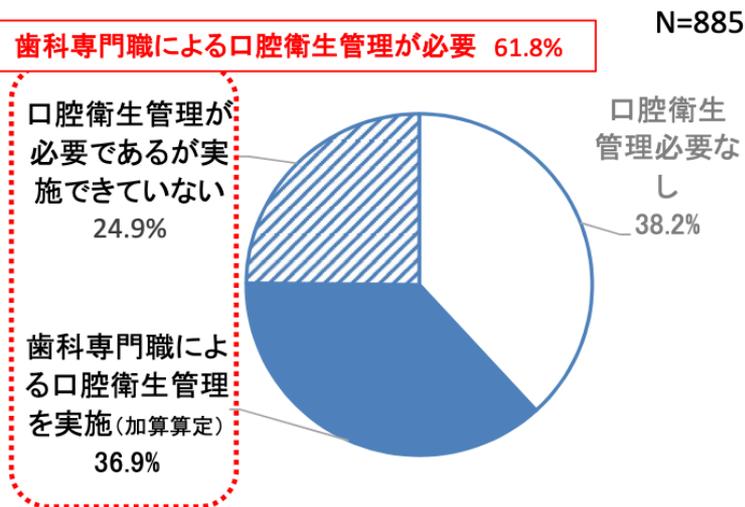
# 参考：リハビリに必要なエネルギー



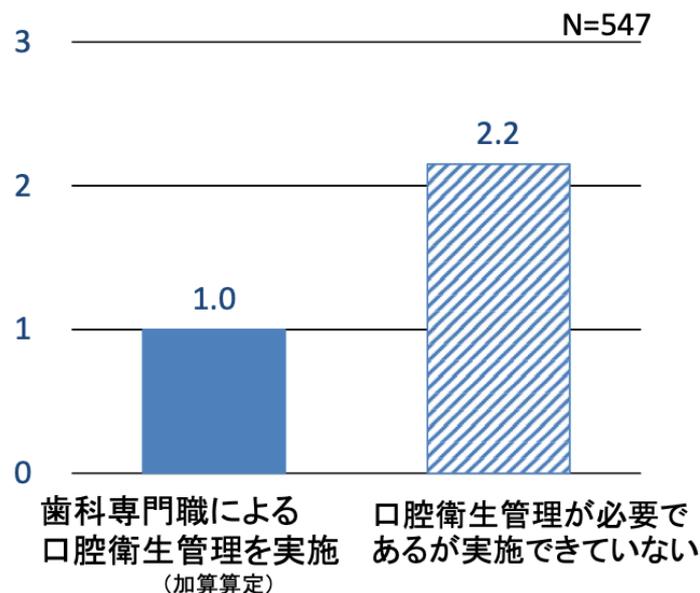
# 介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

- 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と提供状況



## 体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

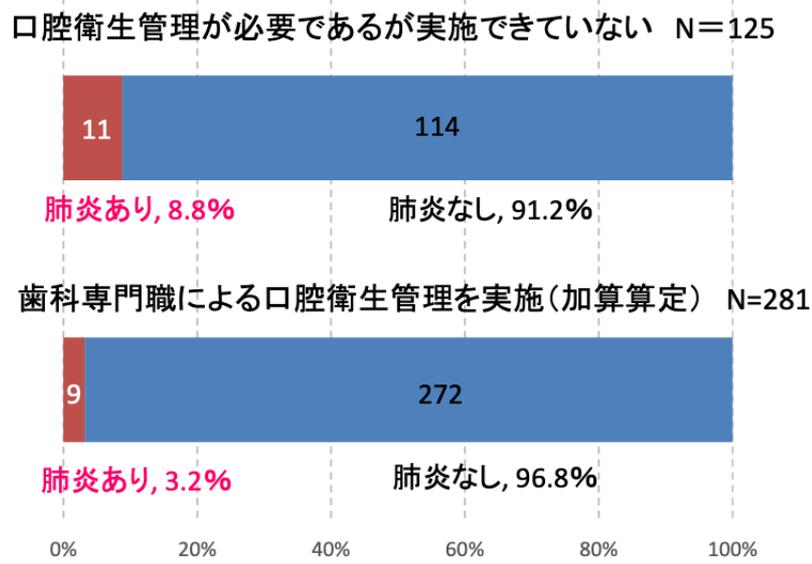


出典: 令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

# 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

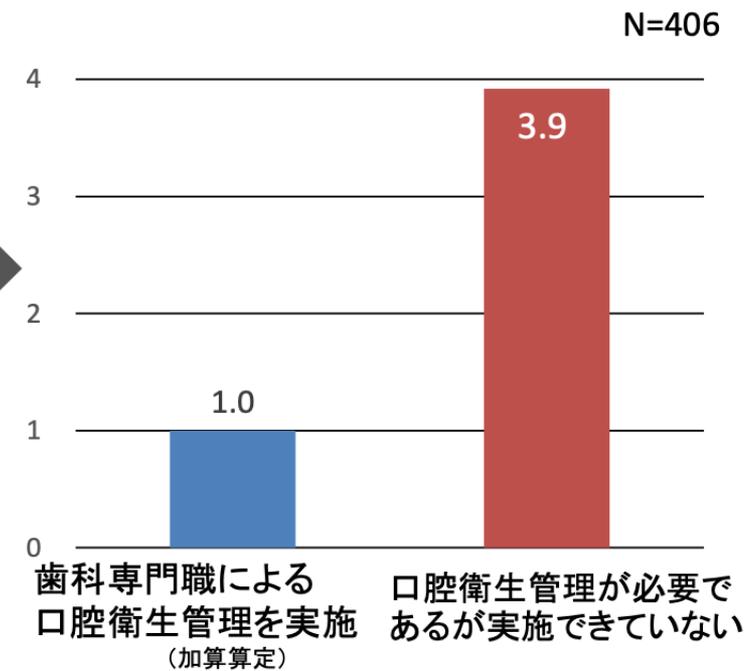
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

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

### ③生活の場面でのリハ（入浴、栄養）

#### ★令和3年度介護報酬改定

##### 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、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

入浴介助加算 <sup><現行></sup> 50単位/日 → <sup><改定後></sup> 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。

25

##### 通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護 (再掲)

栄養改善加算 <sup><現行></sup> 150単位/回 (※1月に2回を限度) → <sup><改定後></sup> 栄養アセスメント加算 50単位/月  
栄養改善加算 200単位/回 (新設) ※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。

## ④アウトカム評価（ADL）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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。【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 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月  
ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月

< 改定後 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (拡充)  
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

## ④アウトカム評価（褥瘡）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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>

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)

<改定後>

褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) 3単位/月 (新設)  
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)

※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可

〔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 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。

## ④アウトカム評価（排せつ）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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】

【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)	→	<u>排せつ支援加算 (Ⅰ) 10単位／月 (新設)</u> <u>排せつ支援加算 (Ⅱ) 15単位／月 (新設)</u> <u>排せつ支援加算 (Ⅲ) 20単位／月 (新設)</u>
		※(Ⅰ)～(Ⅲ)は併算不可 (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。

## ⑤データの活用（アウトカムを定量的に）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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】
  - ・ 全ての事業者には、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】 **R3.1.13 諮問・答申済**

#### 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。

## ⑤データの活用（PDCAサイクル）

### ★令和3年度介護報酬改定

#### 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）

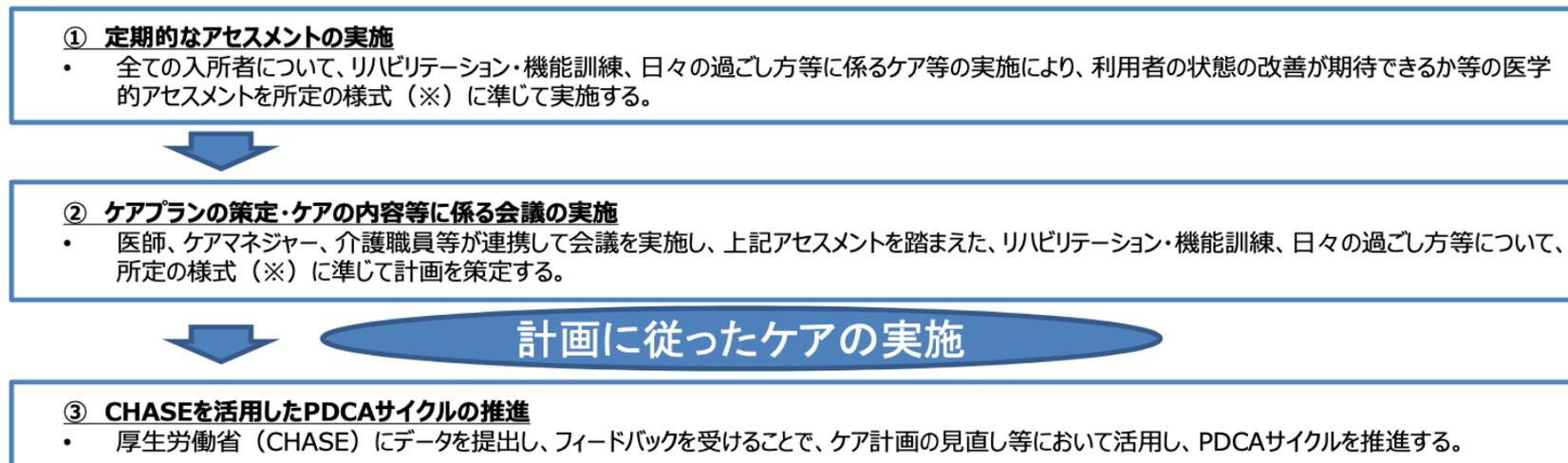
###### 〔算定要件〕

- 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）

## ⑤データの活用（PDCAサイクル）

### ★自立支援促進加算

#### 【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）

## ⑤データの活用（加算の取得）

データ提出にかかる主なリハビリテーション関連加算

リハビリテーションマネジメント加算

個別機能訓練加算

口腔衛生管理加算

口腔機能向上加算

ADL維持等加算

栄養マネジメント強化加算

栄養アセスメント加算

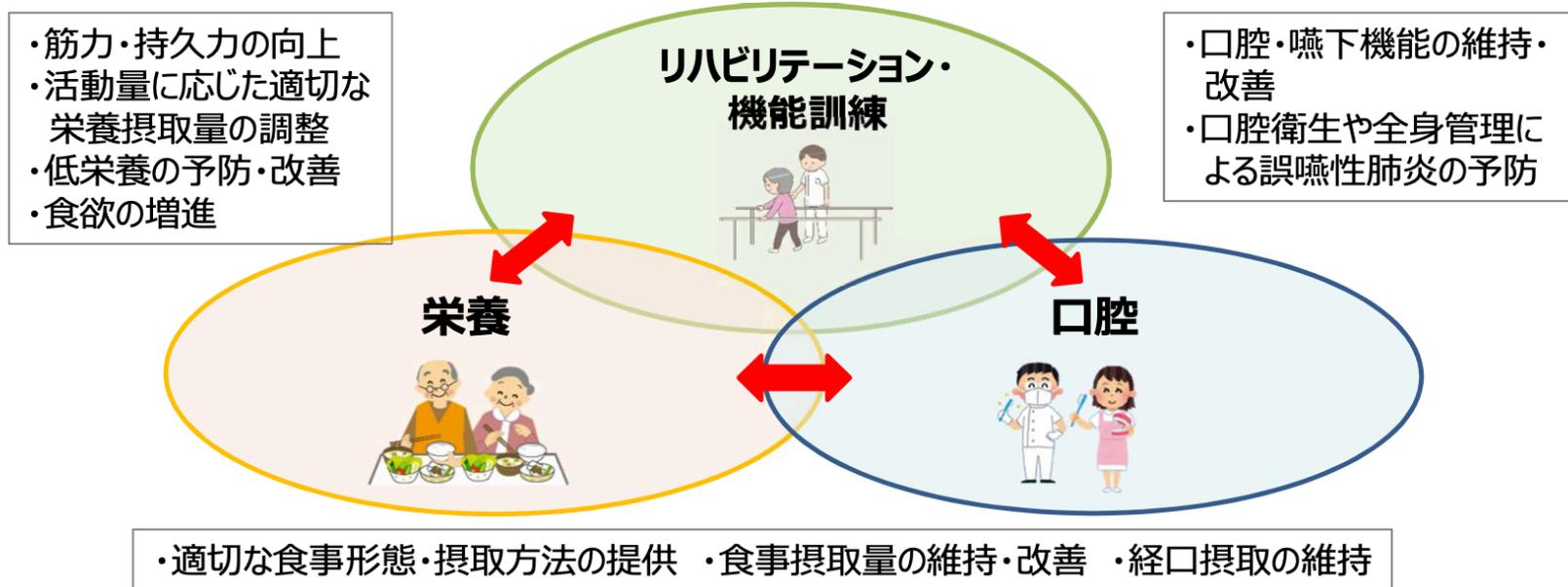
自立支援促進加算

褥瘡マネジメント加算

排せつ支援加算

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。