社保審－介護給付費分科会	
第185回（R2.9.14）	資料

令和3年度介護報酬改定に向けて
（自立支援･重度化防止の推進）

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

＜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。

○　受けたい介護を目指し、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。

＜ケアマネジメント＞

○　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＞

○　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。

○　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。

○　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。

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

○　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。

○　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。

○　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。

○　CHASEで収集するデータについて、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。

○　評価指標の在り方に関し、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。

○　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。

○　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。

＜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。

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

＜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。

○　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すべきものあり、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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　通所介護等において、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のために、個別機能訓練計画書の作成に歯科医師が関与する仕組みづくりを行ってはどうか。

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)⑤

＜個々の加算等＞

○　ADL維持等加算について、Barthel Indexを評価指標として使っていくことは、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。

○　ADL維持等加算について、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。

○　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。

○　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。

○　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。

＜その他＞

○　介護保険は新規参入者を減らし、かつ一度要介護になった方もできるだけ改善させることが必要であるところ、介護側だけでなく、医療側の視点も重要なのではないか。

○　高齢者の健康状態を把握するため、介護認定を受ける前の高齢者の状態を通いの場等で把握し、その情報と要介護認定を受けるときの状態をなるべく情報共有できるようにしておくべきではないか。

○　通いの場では多くの専門職が集まることとなっており、専門職の連携ということで、運動、口腔、栄養について、リハ職も含めた専門職の連携の取組を進めるための仕組みづくりが必要ではないか。

○　通いの場への支援について、今回の新型コロナで環境の変化が非常に大きい。多様な場の在り方と参加の在り方について、もう一度検討するべきではないか。

１．介護の質の評価と科学的介護の推進

議論の経緯

○　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。

介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組①

これまでの指摘を踏まえた質の評価に係る視点（例）

① 質の定義（介護サービスの目的を踏まえた評価の方向性）

- サービスの法令上の目的
  （例）介護保険制度・各サービスにおいて評価されるべき「質」の位置づけ　等
- 利用者等のニーズや価値判断
  （例）利用者の状態・ニーズ等との関係　等
- 介護保険制度の理念を踏まえた関係者の価値判断
  （例）利用者満足度等の取扱い　等

② 評価指標について（介護サービスの目的を踏まえた評価の手法）

- 評価の視点（ストラクチャー、プロセス、アウトカム等）
  （例）それぞれの視点について長所短所　等
- 測定項目（評価指標の構成要素）の客観性（指標の信頼性・妥当性）
  （例）「社会参加の達成」や「利用者の尊厳」の客観的な評価　等
- 測定項目・評価指標の普遍性
  （例）医療・介護における共通した評価、既存の知見(国内外)との比較の観点　等
- 測定のフィージビリティ
  （例）簡単に測定が可能か、専門性を有する者が評価すべきか、測定が現場の負担とならないか　等
- 評価指標の妥当性
  （例）背景となるリスクを調整した評価が可能か　等

③ 質の評価の仕組みについて（仕組みが質の向上につながるか）

- 質の向上に効果的か
  （例）質の向上のためのインセンティブとなる仕組みになっているか、PDCAサイクルを回せる仕組みになっているか　等
- クリームスキミングが起こらないか
  （例）クリームスキミングを防止する仕組みがあるか　等

介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組②

介護サービスの質の評価の視点

○　サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような３つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。

①ストラクチャー（構造）	•サービスを提供するために必要な人員配置等（人の加配等）
②プロセス（過程）	•サービスの内容等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施、計画書の作成等）
③アウトカム（結果）	•サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価及びプロセス評価	• 介護保険制度創設時から導入されている。 • 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。 • 事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。	• ＜サービス共通＞要介護度別の基本報酬 • ＜訪問看護＞特別管理加算 • ＜特養＞看護体制加算　等
アウトカム評価	• 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。 • より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。 • 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。 • 介護関連データベースで収集した情報を活用し、介護の取組とアウトカムの関連等について分析を行い、エビデンスの集積を進める必要がある。	• ＜介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション＞事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価） • ＜老健＞在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価） • ＜訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション＞社会参加支援加算（リハビリテーションによる社会参加を評価） • ＜通所介護＞ADL維持等加算（ADLの維持・改善につながった利用者が多い事業所を評価）

介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組③

アウトカム評価を導入する際の課題

○　介護報酬にアウトカム評価を導入するには、複数の課題が存在する。【平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」より一部抜粋】

① 介護サービスについては、どのような内容をアウトカム評価の項目として設定すべきかの判断が、社会的・文化的価値観の違いや個人の人生観や思想信条の相違に左右されることから、評価項目の設定についてコンセンサスを得ることが困難である。
② 高齢者は身体・精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価する時点によって全く異なった判定となり得ることから、評価時点の設定が困難である。
③ 事業所の努力や責任の及ばない要因の影響（例えば、家族や本人の努力）により、高いアウトカムが得られることがあり、アウトカムが事業所のサービスの質を反映しているとは限らない。
④ 居宅サービスの利用者は、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多く、要介護度や自立度等の指標が改善したとしても、提供される介護サービスの中のどのサービスが効果的であったかの判断が困難である。

質の評価に関するシステムの導入に関するその他の論点

○　アウトカム評価を導入する際の課題以外に、質の評価に関するシステムを導入するに当たっては、次の論点について検討する必要がある。【平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」より一部抜粋】

① 利用者や事業者に理解され、受け容れられる評価のあり方
② サービスの質の評価を踏まえた介護報酬の費用負担のあり方
③ PDCAサイクルによる継続的なサービスの質改善のプロセスのあり方
④ 金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導方策のあり方
⑤ 個別の事業者評価のみならず、地域単位でみた場合のサービスの評価（環境整備、地域力等）のあり方　等

サービスの質の評価を踏まえたこれまでの介護報酬導入の取組と並行して、中長期的な観点から、介護サービスの質の評価のあり方について継続的な検討を進めている。

主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目と考えられるもの（概略）①

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
全サービス共通	・サービス提供体制強化加算（訪問介護、居宅介護支援を除く）	・要介護度別の基本報酬	
訪問介護	・特定事業所加算	・生活機能向上連携加算　・緊急時訪問介護加算	
訪問入浴介護			
訪問看護	・緊急時訪問看護加算 ・看護体制強化加算	・特別管理加算　・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算　・看護・介護職員連携強化加算	
訪問 リハビリテーション		・短期集中リハビリテーション実施加算 ・リハビリテーションマネジメント加算	・社会参加支援加算
介護予防訪問 リハビリテーション		・短期集中リハビリテーション実施加算 ・リハビリテーションマネジメント加算	・事業所評価加算
通所介護	・中重度者ケア体制加算 ・認知症加算	・生活機能向上連携加算　・個別機能訓練加算 ・若年性認知症利用者受入加算 ・栄養スクリーニング加算、栄養改善加算　・口腔機能向上加算 ・入浴介助加算	・ADL維持等加算
通所 リハビリテーション	・中重度者ケア体制加算 ・リハビリテーション提供体制加算 ・理学療法士等体制強化加算	・リハビリテーションマネジメント加算 ・短期集中個別リハビリテーション実施加算 ・生活行為向上リハビリテーション実施加算 ・若年性認知症利用者受入加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ・栄養スクリーニング加算、栄養改善加算　・口腔機能向上加算 ・入浴介助加算	・社会参加支援加算
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 ・生活行為向上リハビリテーション実施加算、運動器機能向上加算 ・若年性認知症利用者受入加算 ・栄養スクリーニング加算、栄養改善加算　・口腔機能向上加算	・事業所評価加算
特定施設入居者 生活介護	・夜間看護体制加算 ・入居継続支援加算	・生活機能向上連携加算　・個別機能訓練加算 ・若年性認知症入居者受入加算　・認知症専門ケア加算 ・栄養スクリーニング加算　・口腔衛生管理体制加算 ・看取り介護加算　・医療機関連携加算　・退院・退所時連携加算 ・障害者等支援加算・身体拘束廃止未実施減算	
居宅介護支援	・特定事業所加算	・ターミナルケアマネジメント加算 ・入院時情報連携加算　・退院・退所加算	

・　ドナベディアンの質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。

主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目と考えられるもの（概略）②

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	・緊急時訪問看護加算	・特別管理加算　・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算　・総合マネジメント体制強化加算 ・生活機能向上連携加算　・通所サービス利用減算	
夜間対応型訪問介護	・24時間通報対応加算		
認知症対応型通所介護		・生活機能向上連携加算 ・若年性認知症利用者受入加算 ・栄養スクリーニング加算、栄養改善加算　・口腔機能向上加算 ・入浴介助加算	
小規模多機能型居宅介護	・看護職員配置加算 ・訪問体制強化加算	・総合マネジメント体制強化加算　・生活機能向上連携加算 ・若年性認知症利用者受入加算 ・栄養スクリーニング加算　・看取り連携体制加算	
認知症対応型共同生活介護	・夜間支援体制加算 ・医療連携体制加算	・生活機能向上連携加算 ・若年性認知症利用者受入加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算 ・看取り介護加算　・退去時相談援助加算 ・栄養スクリーニング加算　・口腔衛生管理体制加算 ・身体拘束廃止未実施減算	
看護小規模多機能型居宅介護	・緊急時訪問看護加算 ・訪問看護体制減算 ・看護体制強化加算	・総合マネジメント体制強化加算　・訪問体制強化加算 ・若年性認知症利用者受入加算　・栄養スクリーニング加算 ・退院時共同指導加算　・特別管理加算 ・ターミナルケア加算　・過少サービスに対する減算	

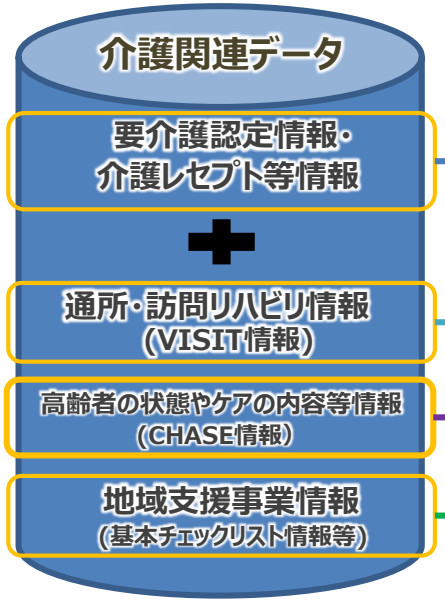
・　ドナベディアンの質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。

主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目と考えられるもの（概略）③

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
介護老人福祉施設	・看護体制加算、夜勤職員配置加算 ・障害者生活支援体制加算	・日常生活継続支援加算　・生活機能向上連携加算 ・個別機能訓練加算 ・若年性認知症入所者受入加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算 ・栄養マネジメント加算、低栄養リスク改善加算、再入所時栄養連携加算 ・経口移行加算、経口維持加算、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　・褥瘡マネジメント加算 ・排せつ支援加算　・身体拘束廃止未実施減算	
介護老人保健施設	・夜勤職員配置加算	・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 ・若年性認知症入所者受入加算、認知症ケア加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算 ・栄養マネジメント加算、低栄養リスク改善加算、再入所時栄養連携加算 ・経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算 ・ターミナルケア加算 ・褥瘡マネジメント加算　・排せつ支援加算 ・身体拘束廃止未実施減算	・在宅復帰・在宅療養支援機能加算
介護医療院	・夜勤職員配置加算	・若年性認知症入所者受入加算、認知症専門ケア加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算 ・栄養マネジメント加算、低栄養リスク改善加算、再入所時栄養連携加算 ・経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算 ・排せつ支援加算　・身体拘束廃止未実施減算	

- ドナベディアンの質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。
- 特別診療費・特別療養費は除く

介護関連データベースの構成



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 & e**V**aluation for rehab**I**litation **S**erv**I**ces for long-**T**erm 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” (**C**are, **H**e**A**lth **S**tatus & **E**vents)
- 「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、収集項目の整理等の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ら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
総論	保険者番号
総論	被保険者番号
総論	事業所番号
総論	性別
総論	生年月日
総論	既往歴
総論	服薬情報
総論	同居人等の数・本人との関係性
総論	在宅復帰の有無
総論	褥瘡の有無・ステージ
総論	Barthel Index
認知症	認知症の既往歴等
認知症	DBD13
認知症	Vitality Index

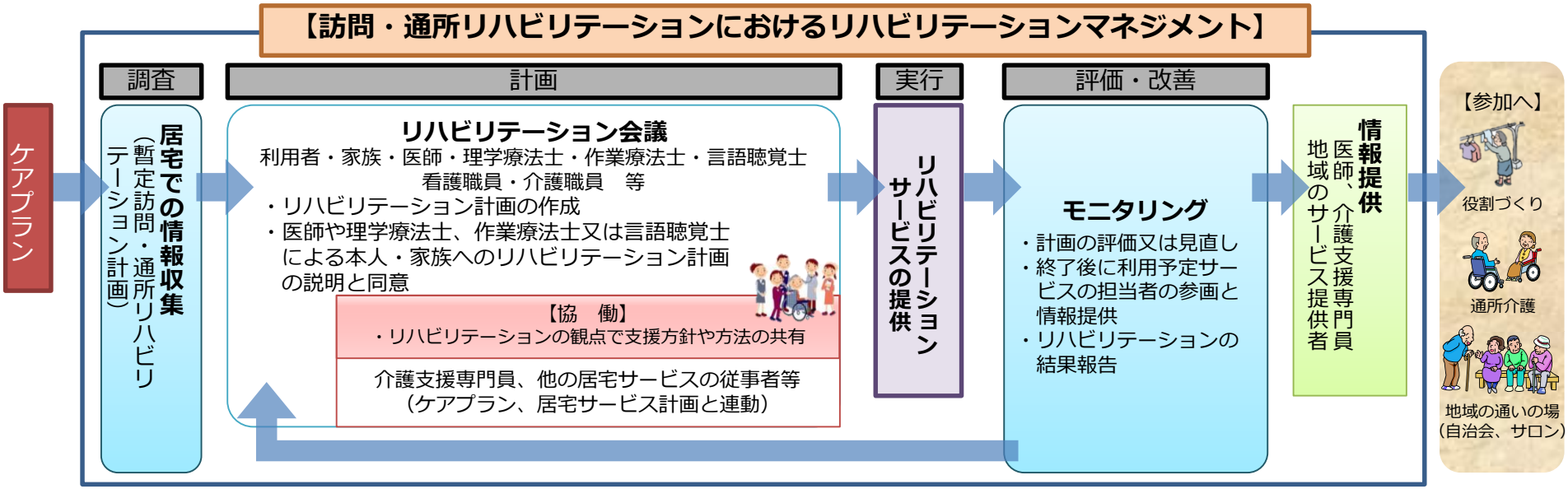
分類	項目名称
口腔	食事の形態
口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
栄養	身長
栄養	体重
栄養	栄養補給法
栄養	提供栄養量_エネルギー
栄養	提供栄養量_タンパク質
栄養	主食の摂取量
栄養	副食の摂取量
栄養	血清アルブミン値
栄養	本人の意欲
栄養	食事の留意事項の有無
栄養	食事時の摂食・嚥下状況
栄養	食欲・食事の満足感
栄養	食事に対する意識
栄養	多職種による栄養ケアの課題

※　「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）

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一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

11. 通所リハビリテーション　③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

概要　※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

○　リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

単位数

＜現行＞
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）
６月以内　1020単位／月
６月以降　700単位／月

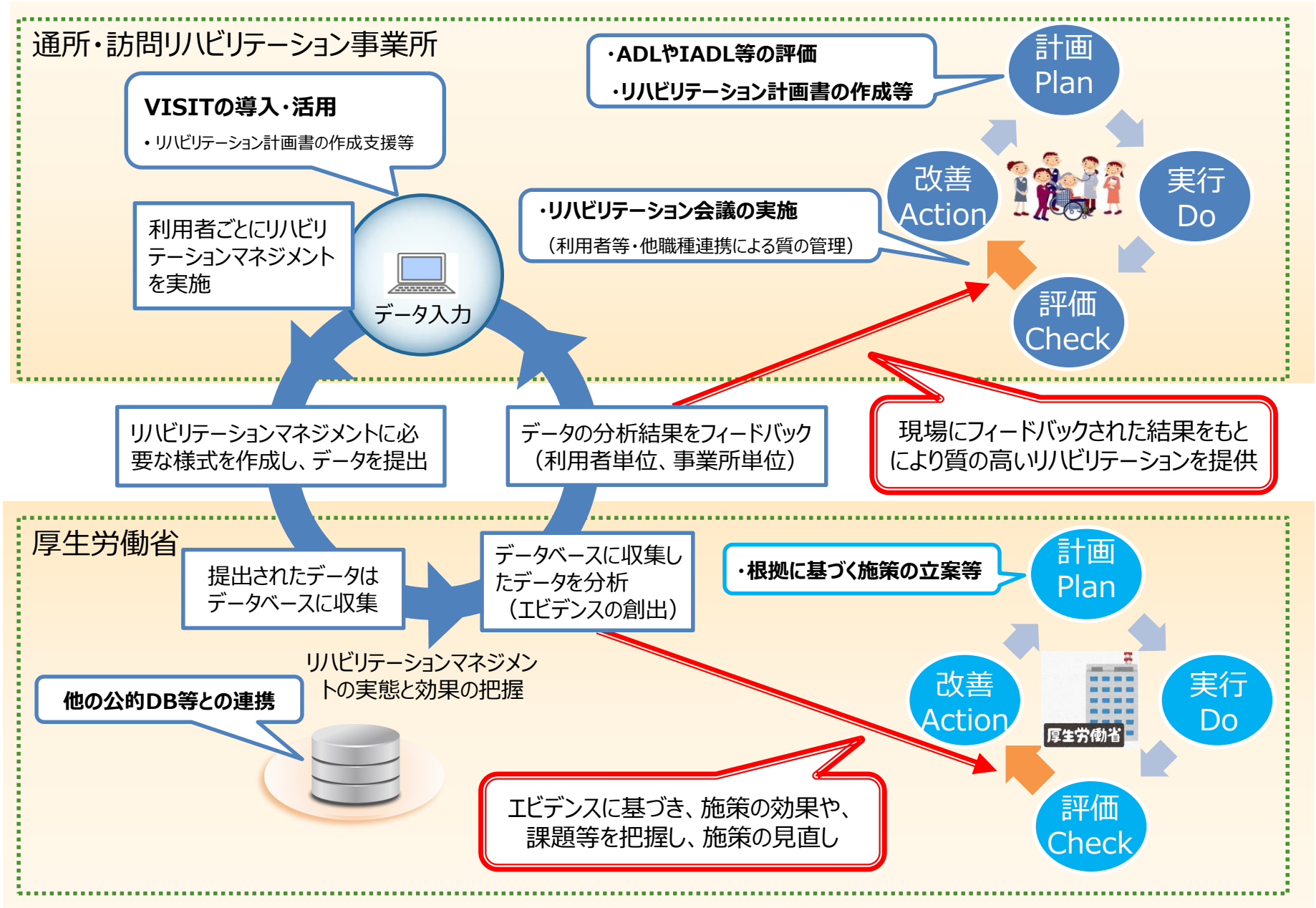
⇒

＜改定後＞
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）
６月以内　1220単位／月（新設）
６月以降　900単位／月（新設）
※３月に１回を限度とする

算定要件等

○　以下の内容を算定要件とする。
・リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）の要件に適合すること。
・指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、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に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて厚生労働省に提出していること。

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



フィードバックの利活用について

○ VISIT を活用している目的

図表 11　VISIT 活用の目的（複数選択可）

事業所数	フィードバック機能を利用するため	利用者の帳票を作成するため	利用者の情報を記録・保存するため	リハビリテーションマネジメント加算を取得するため	その他	分からない
111	33	11	28	108	5	-
100.0%	29.7%	9.9%	25.2%	97.3%	4.5%	-

○ 利用者フィードバック機能の活用目的

図表 25　利用者フィードバック機能の活用目的（複数選択可）

（利用者フィードバック機能を「活用している」と回答した事業所のみ対象）

事業所数	リハビリ会議の資料として活用している	職員の振り返りの資料として活用している	利用者や家族と共有している	介護支援専門員と共有している	主治医と共有している	その他
26	7	14	8	3	2	4
100.0%	26.9%	53.8%	30.8%	11.5%	7.7%	15.4%

図表 27　どのような分析機能があれば活用したいと思うか（複数選択可）

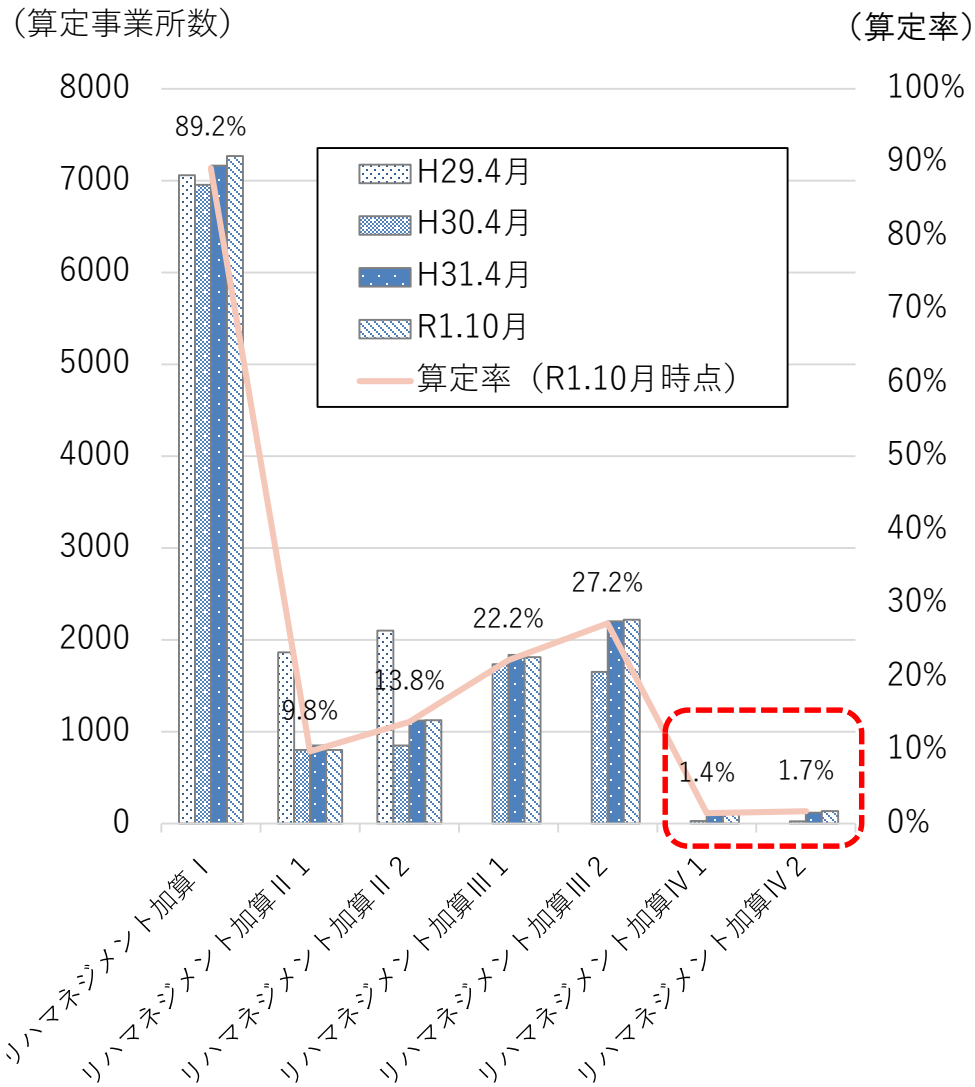
（利用者フィードバック機能を活用していない理由として「活用したい分析がないため」と回答した事業所のみ対象）

事業所数	時系列分析の拡充	事業所の他の利用者との比較分析	他の施設の利用者との比較分析	その他	分からない	無回答
29	11	5	10	9	7	2
100.0%	37.9%	17.2%	34.5%	31.0%	24.1%	6.9%

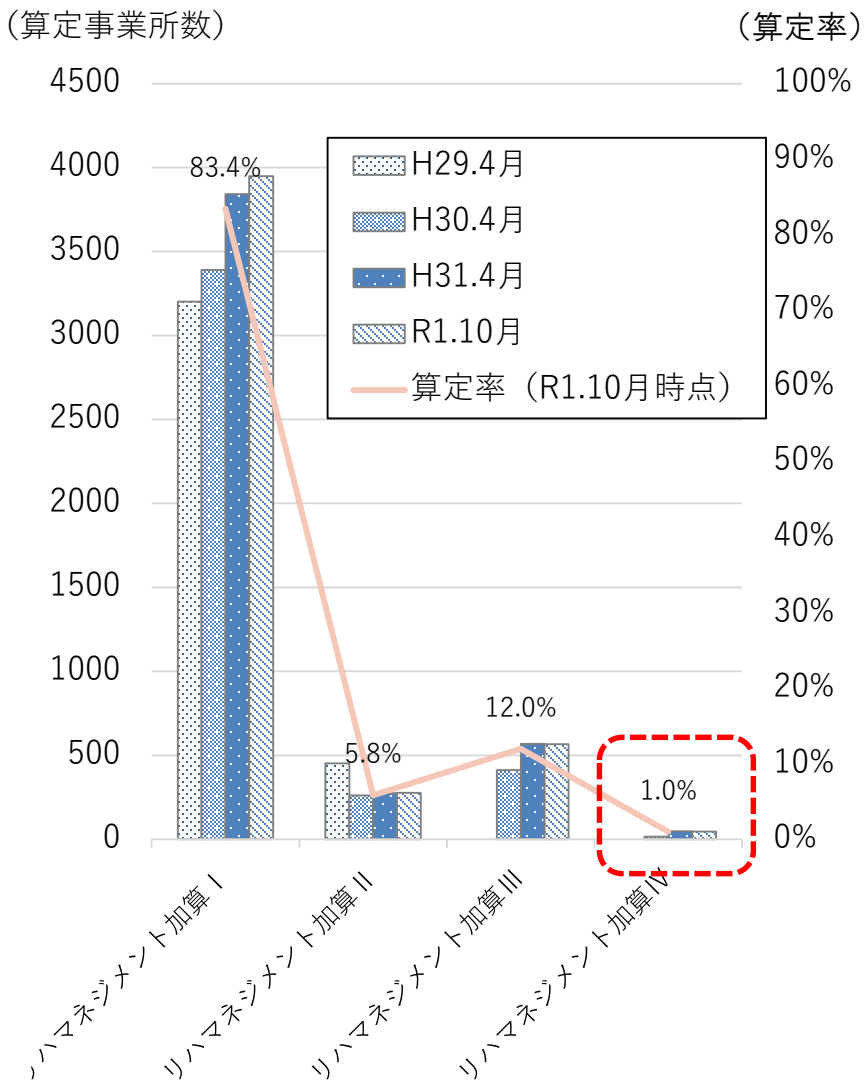
（令和元年度老人保健健康増進等事業「通所・訪問リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業」報告書 抜粋）

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定状況

通所リハビリテーション



訪問リハビリテーション



※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから任意集計
※算定率は、当該月の加算算定事業所／請求事業所数により算出した

VISITの利用促進等における課題

利用者の情報をVISITに入力する負担

事業所数	大きい	どちらかといえば大きい	どちらでもない	どちらかといえば小さい	小さい	無回答
111	62	36	8	-	2	3
100.0%	55.9%	32.4%	7.2%	-	1.8%	2.7%

入力する負担を感じる理由（複数選択可）

事業所数	VISITについての理解	VISITに入力するPC端末等の準備	入力する利用者の情報の収集	VISITへのデータ入力作業	その他	分からない
98	13	18	40	97	9	-
100.0%	13.3%	18.4%	40.8%	99.0%	9.2%	-

介護記録ソフトからのデータ連携機能の活用状況

事業所数	活用している	活用していない
111	26	85
100.0%	23.4%	76.6%

データ連携機能未活用の理由（複数選択可）

事業所数	インポート機能があることを知らなかったため	インポート機能の操作方法が分からなかったため	使用している介護ソフトがVISITのインポート機能に対応していなかったため	その他	特に理由はない	分からない
85	17	27	39	18	5	-
100.0%	20.0%	31.8%	45.9%	21.2%	5.9%	-

（令和元年度老人保健健康増進等事業　通所・訪問リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業報告書　抜粋）

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

- 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たヒアリング等
（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
海老原覚	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。

科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等①

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。

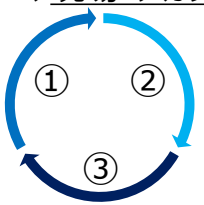
○ 介護保険制度は、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であるが、介護サービスのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとはいえない状況である。

○ 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。

科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等②

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

総論（ADL等）

項目名称
保険者番号
被保険者番号
事業所番号
性別
生年月日
既往歴
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

関連する加算等
- （各サービスの基本報酬）
- 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
- ADL維持等加算
- 排せつ支援加算
- 褥瘡マネジメント加算

等

栄養

項目名称
身長
体重
栄養補給法
提供栄養量_エネルギー
提供栄養量_タンパク質
主食の摂取量
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

関連する加算等
- 栄養マネジメント加算
- 低栄養リスク改善加算
- 再入所時栄養連携加算
- 栄養スクリーニング加算
- 栄養改善加算
- 居宅療養管理指導費（管理栄養士）

等

口腔・嚥下

項目名称
食事の形態
誤嚥性肺炎の既往歴等

関連する加算等
- 口腔衛生管理体制加算
- 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
認知症の既往歴等
DBD13※
Vitality Index※

※ モデル事業等においてさらなる項目の整理を行う

関連する加算等
- 認知症加算
- 若年性認知症利用受入加算
- 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

等

CHASEにおける基本的な項目について

○　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）

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

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。

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

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係（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

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。

介護報酬改定

2021年度

VISIT・CHASEを一体化して運用

既存領域の充実
新規領域の開始

多くの介護記録ソフトとデータ連携を可能とする

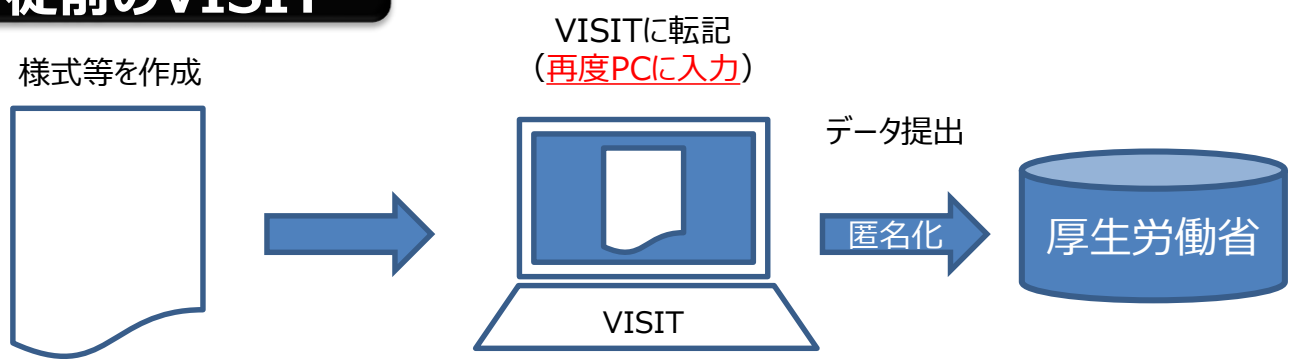
VISIT・CHASEにおけるデータ入力の省力化について（イメージ）

○ 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。

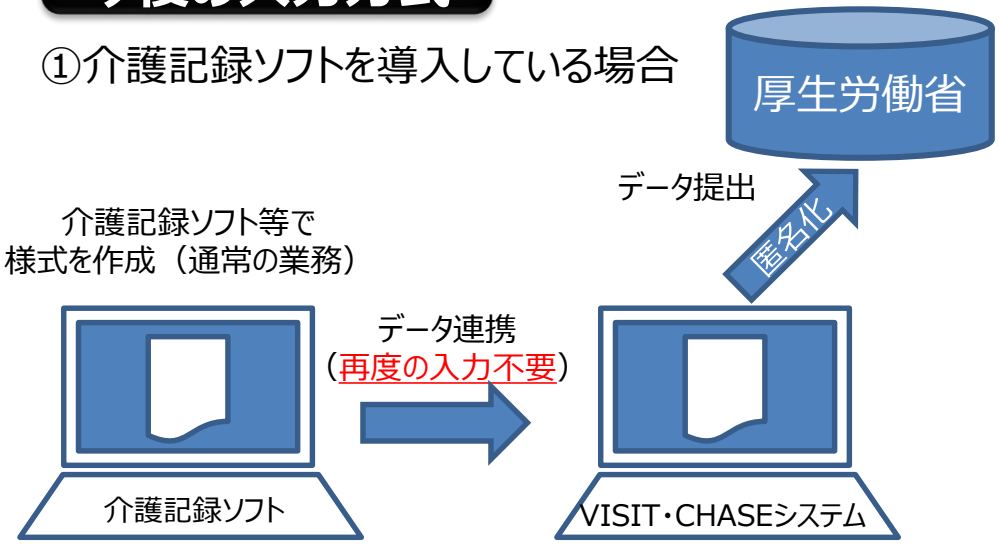
○ 統合したデータベースシステムへの入力により、厚生労働省にデータを提出し、加算の算定に必要な様式も作成が可能。

従前のVISIT

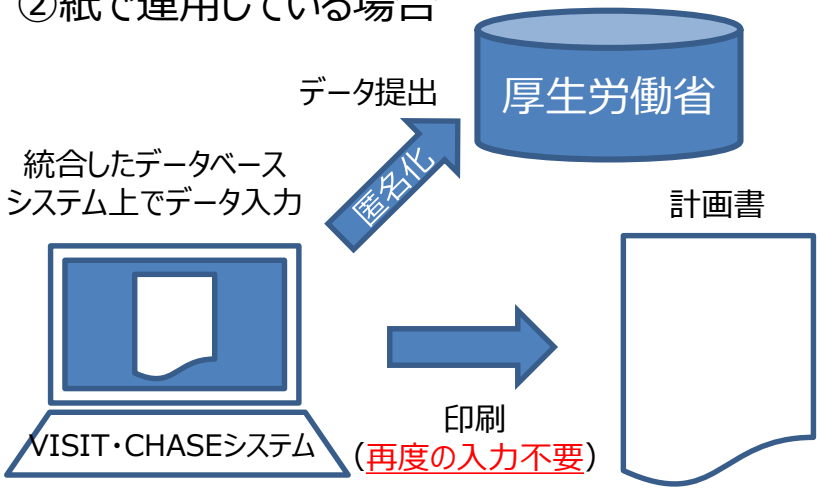


今後の入力方式

①介護記録ソフトを導入している場合



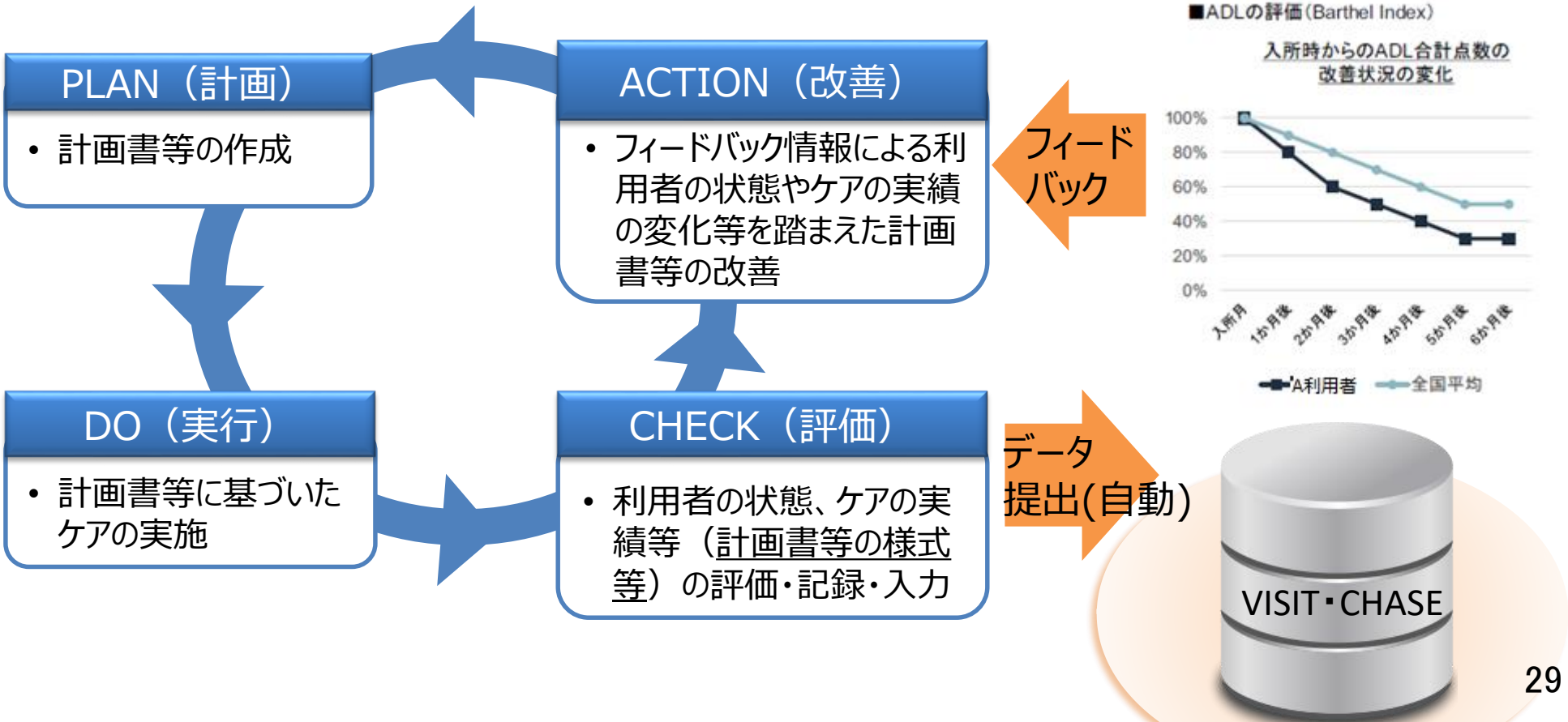
②紙で運用している場合



VISIT・CHASEによる科学的介護の推進（イメージ）

○　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。



介護の質の評価と科学的介護の推進

＜現状・課題＞

■　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。

■　介護の質の評価に関しては、

・　サービスの法令上の目的など介護サービスの目的を踏まえた質の定義や、
・　ストラクチャー、プロセス、アウトカムといった評価の視点を含めた評価指標、
・　質の向上に効果的であるか、クリームスキミングが起こらないか、といった評価の仕組み

等の視点から検討を進める必要がある。

■　例えば、

・　ストラクチャー評価及びプロセス評価は、事業者は手間をかけること自体が評価されるため、成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる一方で、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブ等が働きにくい評価の視点であることに対し、
・　より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すためには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが重要であるものの、事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性があることから、介護関連データベースで収集した情報を活用し、介護の取組とアウトカムの関連等について分析を行い、エビデンスの集積を進めることが必要となる。

介護の質の評価と科学的介護の推進

■　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・分析を進めることとしている。

■　平成30年度の介護報酬改定においては、リハビリテーションマネジメント加算に、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を要件とする新たな区分（Ⅳ）を創設した。データ提出・フィードバックにより、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、PDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる仕組みとなっている。

　VISITのデータ提供の参加事業所数は631事業所（令和２年３月末現在）、リハビリテーションマネジメント（Ⅳ）の加算取得率は訪問・通所いずれも１％台（令和元年10月現在）と、取組の推進が課題となっている。事業所からは、データ提出のための負担等が大きいとの指摘もある。

■　CHASEについては、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において初期仕様や将来的な方向性について検討が行われ、収集項目について、基本的な項目として30項目程度の項目が取りまとめられている。

　ADL等、栄養、口腔・嚥下及び認知症の４領域において科学的介護の推進に有効な項目が選定されているが、これに加えて、既往歴、服薬情報、同居人等の状況なども基本的な項目に含まれており、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仕組みとなっている。

　収集項目については、既存の加算算定の際に関連する情報の提供を求めているものもある。

■　VISIT及びCHASEについては、令和３年度以降、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。

介護の質の評価と科学的介護の推進

＜論点＞

■　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、

・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（リハビリテーションマネジメント加算）、

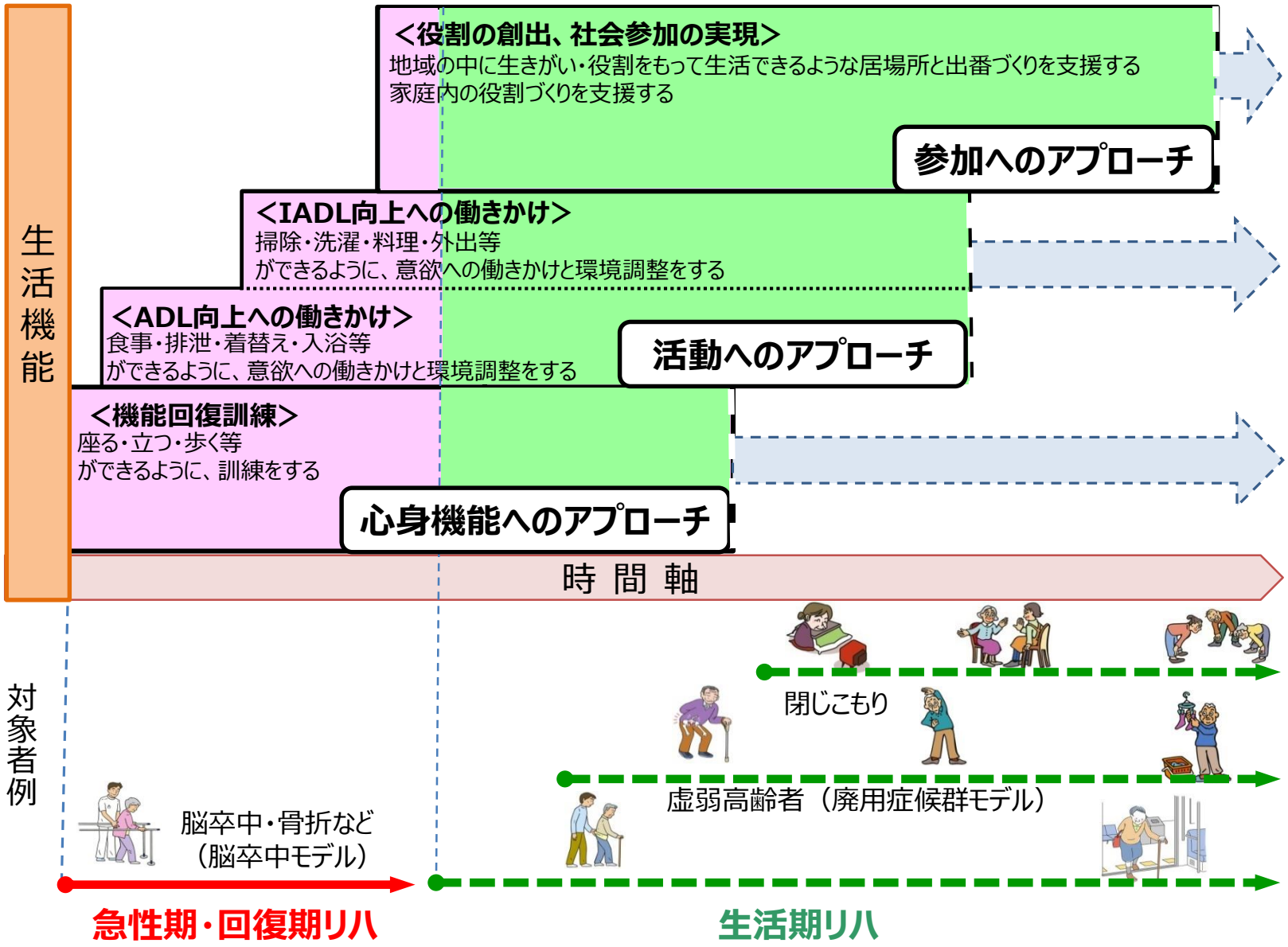
・VISIT・CHASEのデータ収集項目や、これらの項目と関連する現行の加算、

・現場におけるデータ提出等取組に係る負担

も踏まえながら、どのような方策が考えられるか。

２. リハビリテーション・機能訓練等

高齢者リハビリテーションのイメージ



各介護サービスの比較①

○　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】 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	【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	【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	（－）	（－）	専任の常勤医師　1以上	（－）	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** ※ 基準省令における基本方針から抜粋	【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目指す）	【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 対象者 病状が安定期にあり、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を要する要介護者	【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） 対象者： 病状が比較的安定期にあり、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を要する要介護者
	【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、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話	【法律上の定義】 療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話
医師の配置	（－）	（－）	（－）	（－）	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	（－）	（－）	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）

要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会

社保審－介護保険部会（第91回）	
令和２年７月27日	資料５

目的・検討事項

- 「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日）」（社会保障審議会介護保険部会）において、「リハビリテーションについて、どの地域でも適時適切に提供されるよう、介護保険事業（支援）計画での対応を含め更なる取組の充実が必要である」とされた。
- これを踏まえ、第８期介護保険事業（支援）計画において活用できるよう、要介護者等に対する、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設及び介護医療院におけるリハビリテーションサービスの役割や目標等を検討するため、検討会を設置し、４回議論を行い、７月14日に報告書を公表。

＜主な検討事項＞
（１）介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションの取組及び目標設定の在り方
（２）（１）をPDCAサイクルに沿って進めるための指標の在り方
（３）その他

検討スケジュール

令和２年　４月23日　第１回検討会
↓
令和２年　５月20日　第2回検討会
↓
令和２年　６月18日　第3回検討会
↓
令和２年　6月29日　第4回検討会
令和２年　７月14日　報告書公表

構成員（計18名）	
今村　知明	奈良県立医大公衆衛生学　教授
江澤　和彦	公益社団法人日本医師会　常任理事
岡島　さおり	公益社団法人日本看護協会　常任理事
角野　文彦	滋賀県健康医療福祉部　理事
川越　雅弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター教授
久保　俊一	公益社団法人日本リハビリテーション医学会　理事長
深浦　順一	一般社団法人日本言語聴覚士協会　会長
近藤　国嗣	一般社団法人全国デイ･ケア協会　会長
斎藤　和也	東伊豆町役場　健康づくり課　参事
斉藤　正身	一般社団法人日本リハビリテーション病院･施設協会　会長
○田中　滋	公立大学法人埼玉県立大学　理事長
田辺　秀樹	一般社団法人日本臨床整形外科学会　顧問
中畑　万里子	福岡県行橋市介護保険課　課長補佐
中村　春基	一般社団法人日本作業療法士協会　会長
半田　一登	公益社団法人日本理学療法士協会　会長
東　憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会　会長
宮田　昌司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会　会長
山田　剛	一般社団法人日本介護支援専門員協会　常任理事

○座長

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書概要（令和2年7月14日公表）

社保審－介護保険部会（第91回）	
令和２年７月27日	資料５

要介護者等に対するリハビリテーション提供体制について

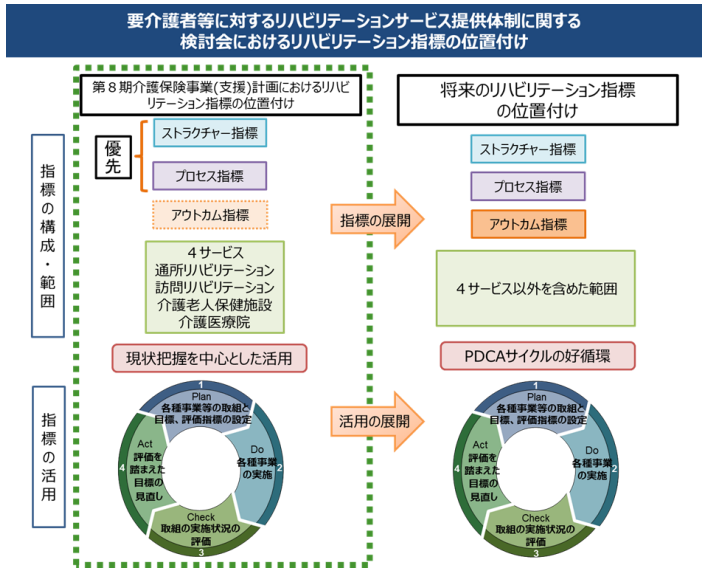
（１）リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

○ 要介護者は、身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多様な病態や障害があることから、リハビリテーションの提供にあたり、国際生活機能分類（ICF）による、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することが、重要であることを確認。

○ 介護保険制度における生活期のリハビリテーションとして、本検討会においては、主にリハビリテーションを提供するサービスである訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院を対象とした。

（２）リハビリテーション指標の考え方

○ 保険者及び都道府県が、介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施に活用できるよう、リハビリテーション指標を設定。



（３）リハビリテーション指標

○ まずは介護保険事業（支援）計画作成における取組と目標設定に活用できるよう、ストラクチャー指標・プロセス指標を設定。

※ ストラクチャー指標
物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標

※ プロセス指標
活動や連携体制を測る指標

ストラクチャー指標	サービス提供事業所数（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護DB】
	定員数（サービス種類別）【介護サービス情報公表システム】
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数（サービス種類別）【介護サービス施設・事業所調査】
	サービス提供事業所数（短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護医療院））【介護DB】
プロセス指標	利用率（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護保険事業状況報告】
	定員あたりの利用延人員数（通所リハビリテーション）【介護サービス施設・事業所調査】
	通所リハビリテーション（短時間（１時間以上2時間未満））の算定者数【介護DB】
	リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定者数【介護DB】
	短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】
	個別リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】
	生活機能向上連携加算算定者数【介護DB】
	経口維持加算算定者数【介護DB】

リハビリテーションのアウトカムに関するこれまでのご意見

「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。

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）

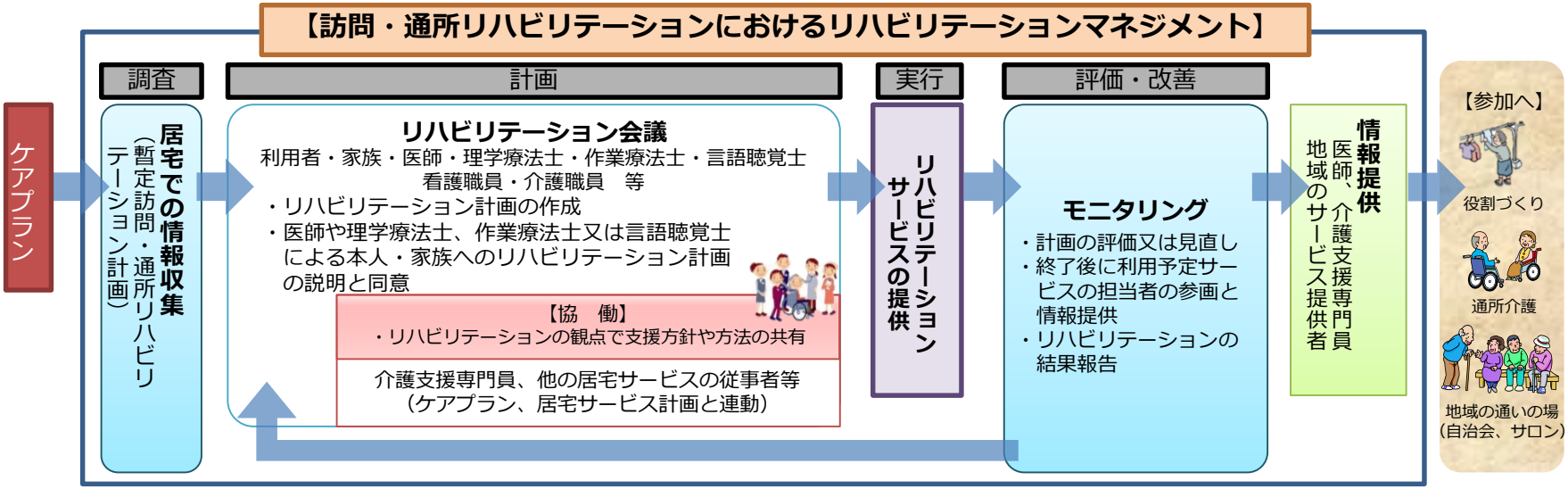
	サービス類型	加算名称		平均算定率
訪問系	訪問介護	生活機能向上連携加算	Ⅰ	0.37%
			Ⅱ	0.20%
	訪問リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	Ⅰ	82.86%
			Ⅱ	6.41%
			Ⅲ	12.32%
			Ⅳ	0.72%
		社会参加支援加算	－	18.54%
	介護予防訪問リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	－	87.00%
		事業所評価加算	－	9.83%
通所系	通所介護	生活機能向上連携加算	1	1.08%
			2	3.40%
		ADL維持等加算（※）	Ⅰ	1.79%
			Ⅱ	1.24%
	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	Ⅰ	89.80%
			Ⅱ1	11.64%
			Ⅱ2	12.29%
			Ⅲ1	24.53%
			Ⅲ2	25.30%
			Ⅳ1	1.02%
			Ⅳ2	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

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）

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一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

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－介護給付費分科会
第180回（R2.7.20）資料3より

○　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。

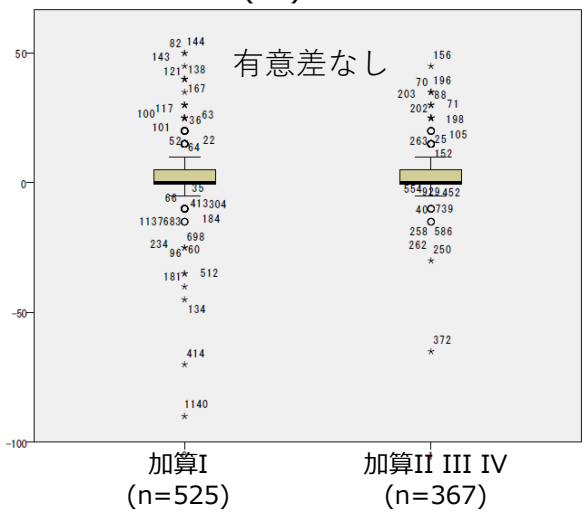
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

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

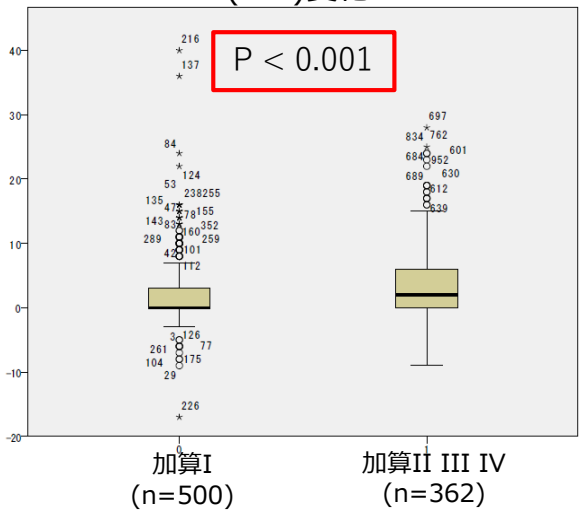
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算I	2.80±10.6	2.18±4.89	7.1±14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41±8.60	3.79±5.48	11.5±16.9

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。

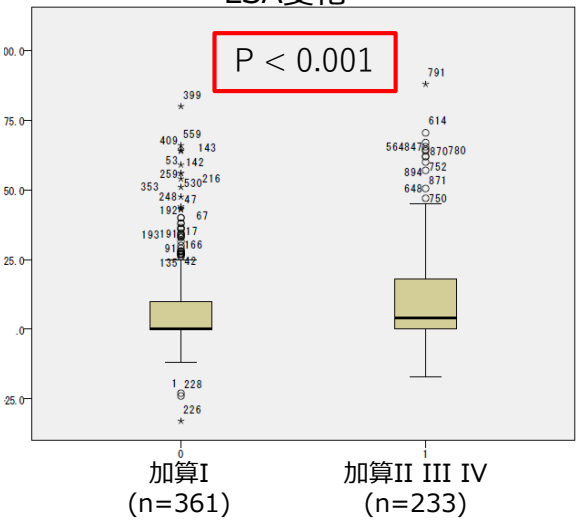
ADL(BI)変化



IADL(FAI)変化



LSA変化



（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

ADL維持等加算
（平成30年度介護報酬改定）

○　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、ＡＤＬ（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

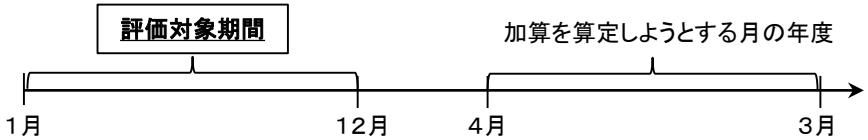
ＡＤＬ維持等加算(Ⅰ)　**３単位／月（新設）**

○　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。）

ＡＤＬ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

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。

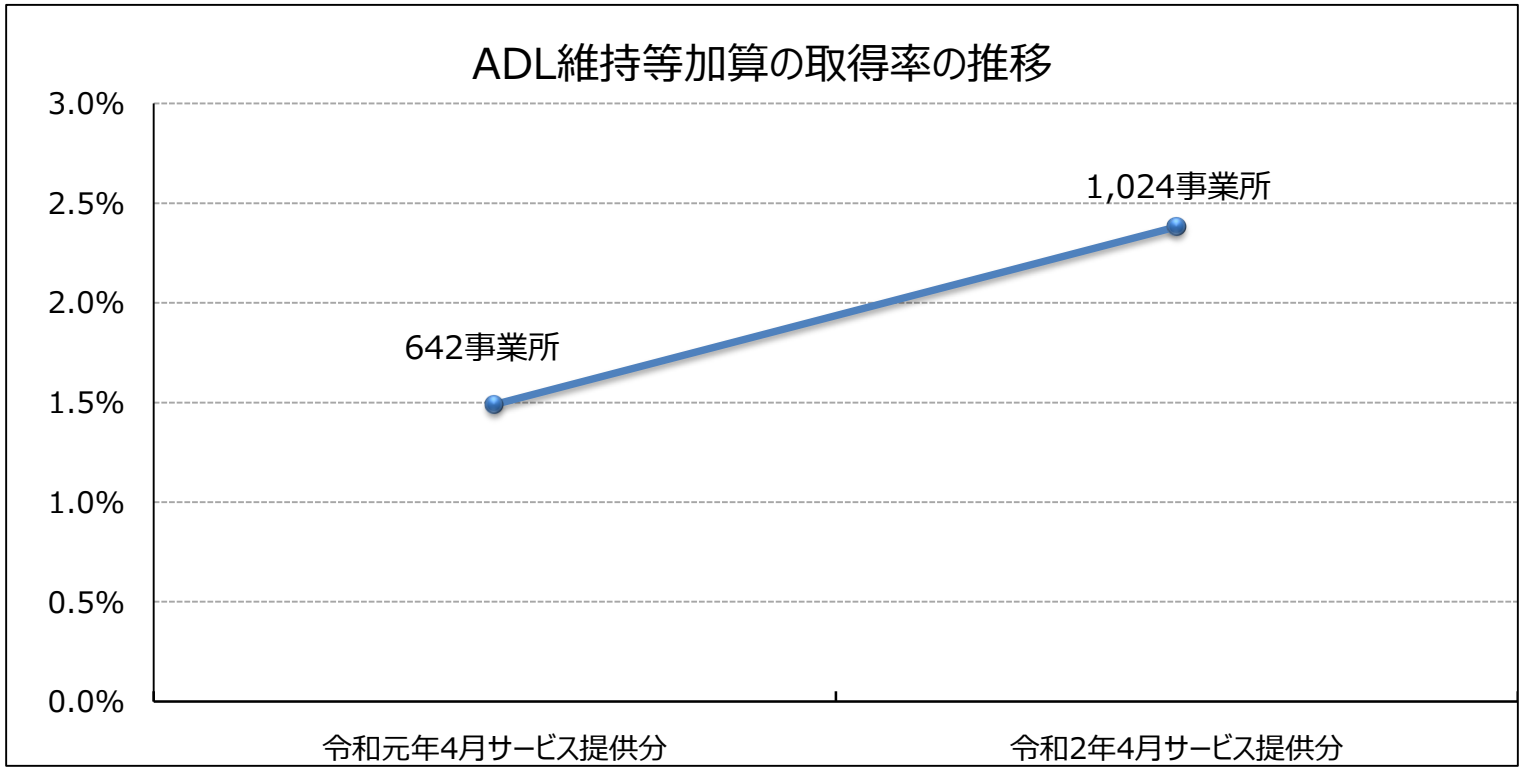
Step5.　ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）が算定可能な事業所で、さらに加算を算定する月において個々の利用者のＡＤＬの評価を厚生労働省に提出（※）すれば、当該の利用者について、ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）の代わりに（Ⅱ）が算定可能。

※　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

○　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について

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。

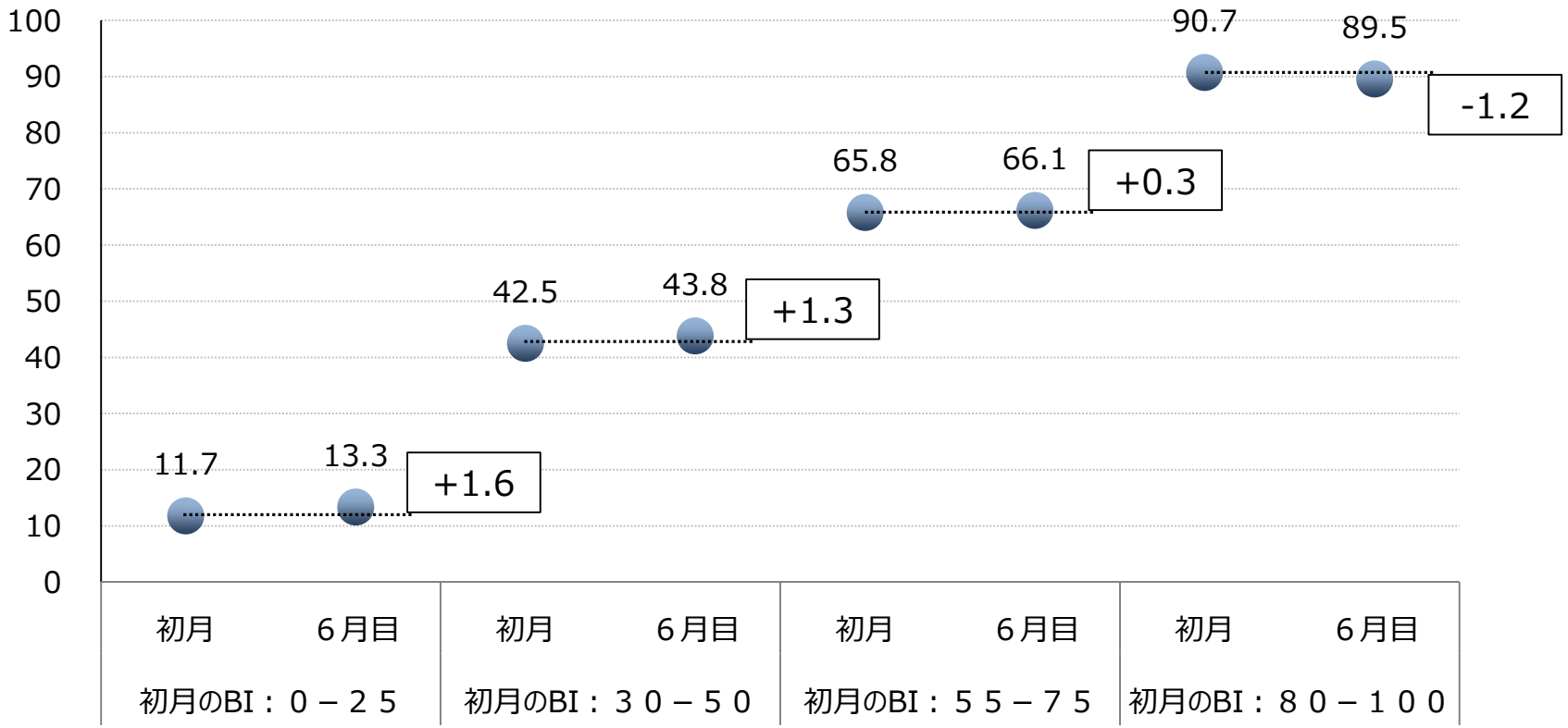
BI（バーセルインデックス）の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから１人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	５点	食べ物を切る等、介助が必要
	０点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	５点	座ることはできるが、移動は全介助
	０点	全介助
整容	５点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
	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、トイレッ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

○　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。

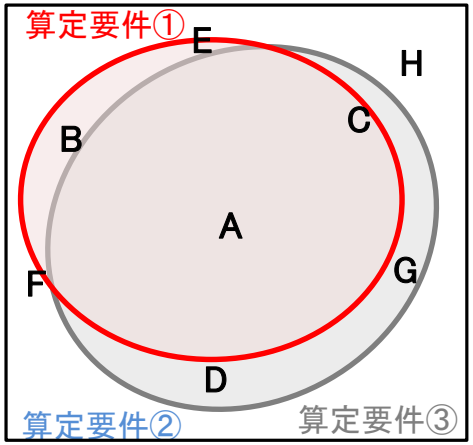
出典：老人保健課作成（介護保険総合データベースを用いて集計）

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

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）

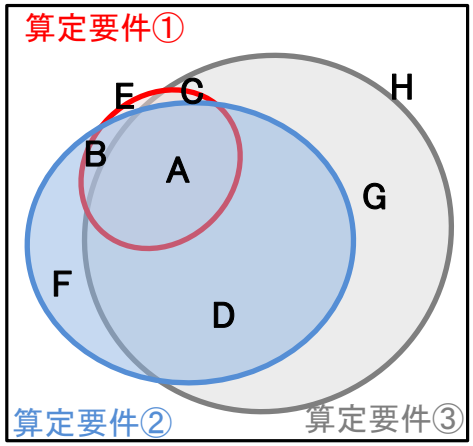
- ○ ADL維持等加算の算定要件として、利用者割合等の各算定要件を満たす事業所がどの程度存在するのか（どの算定要件が事業所において課題となっているのか）を、介護保険総合データベースを用いて分析した。
- ○ ①～③の全ての要件を満たす事業所は、通所介護事業所は63.9%、地域密着型通所介護では12.4%であった。
- ○ 地域密着型通所介護では、算定要件①を満たす事業所が16.8%であり、最も算定の制約になる要件であった。

通所介護事業所



※輪の内側が条件を満たしていることを示す

地域密着型通所介護事業所



上記はイメージ

算定要件の状況別パターン名称

算定要件 ＼ パターン名称	A	B	C	D	E	F	G	H
①5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月以上連続利用者が20名以上	○	○	○	×	○	×	×	×
②要介護3～5の利用者の割合が15%以上	○	○	×	○	×	○	×	×
③初回の認定から12月以内の利用者の割合が15%以下	○	×	○	○	×	×	○	×

○は条件を満たす場合
×は条件を満たさない場合

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。

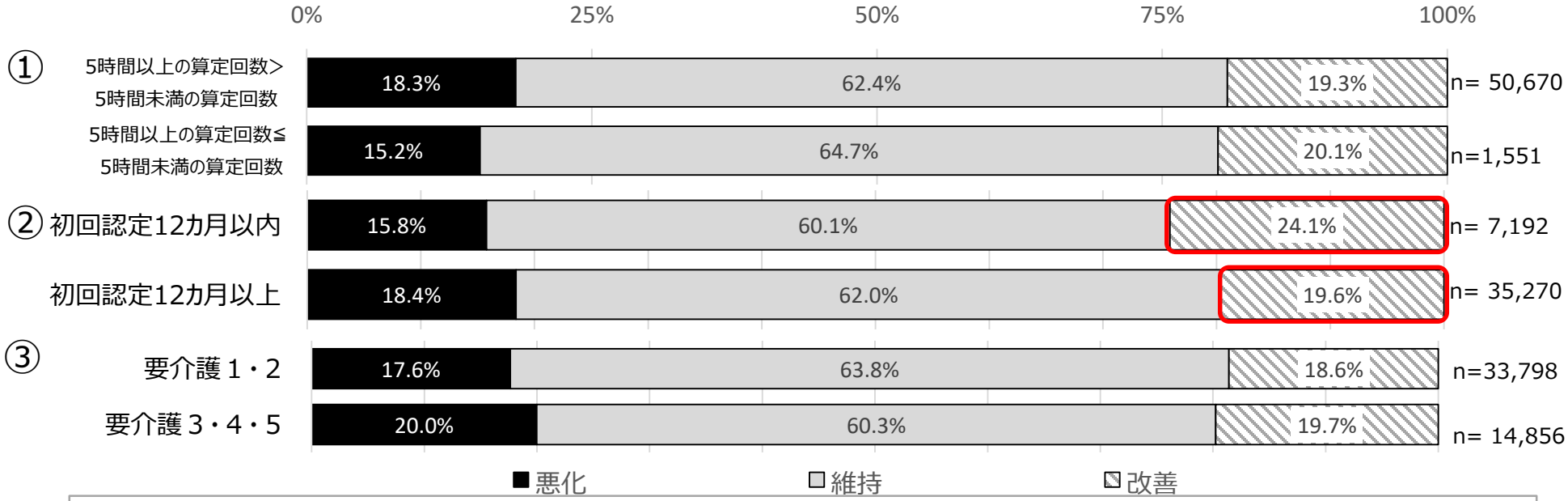
介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

・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）



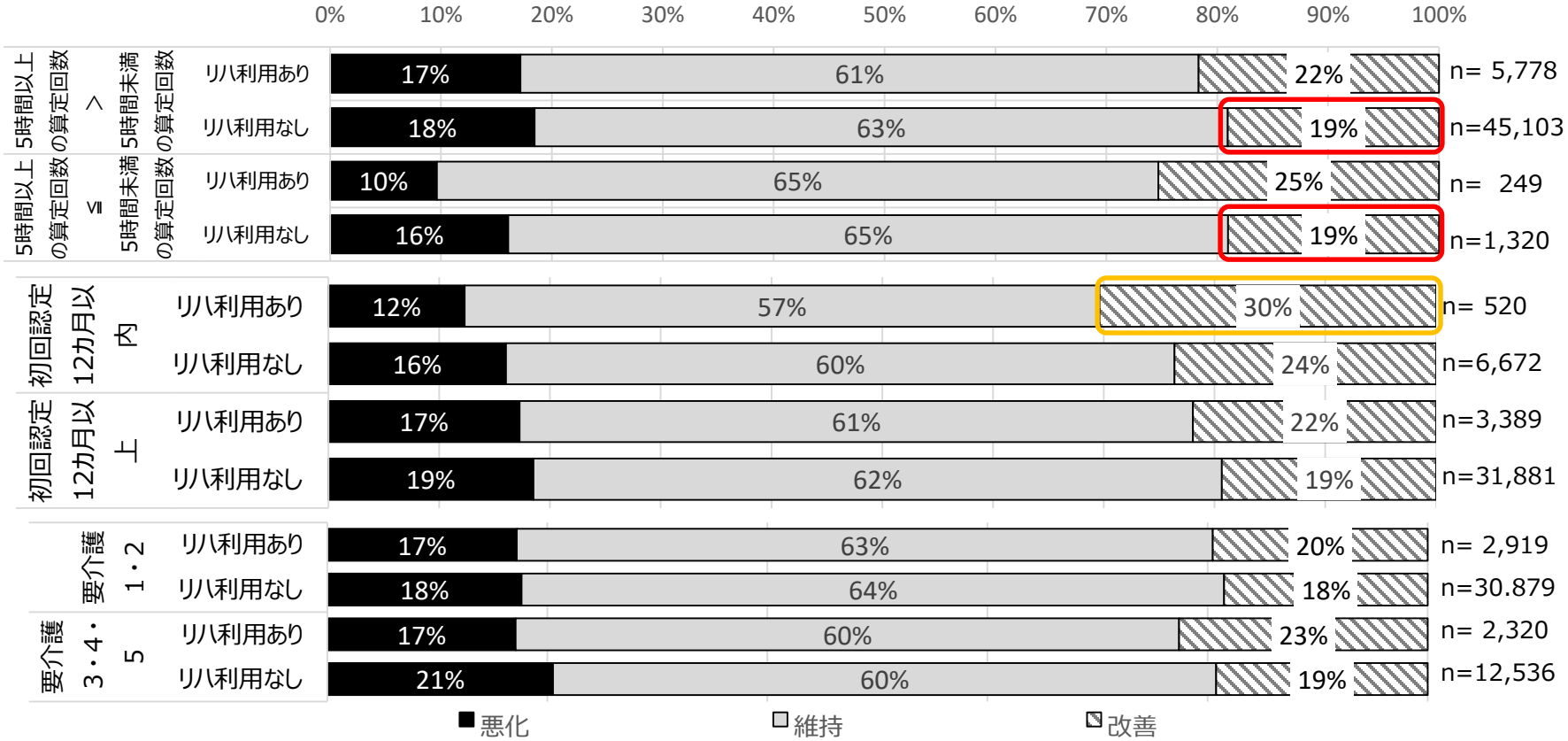
【分析方法】
連続して6月以上通所介護サービスの利用がある利用者について、平成30年4月～7月及び平成31年1月を初月として摘要欄にBarthel Indexの値が記載されたデータについて、6月後のADL値と比較。値が上昇した場合は改善、同じ場合は維持・減少した場合は悪化と分類した。分析対象利用者数はグラフ横に記載の通り。
ADL値が記載された初月について、①要介護度、②認定有効開始年月から12カ月を超えているかの別、③通所介護費の算定状況（5時間以上の算定回数と5時間未満の算定回数）別で分類を行った。
分析項目：ADL値（摘要欄に記載された値）、要介護度、認定有効期間、時間別の通所介護サービス利用回数

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

・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、「リハ利用あり」、０単位の場合、「リハ利用なし」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

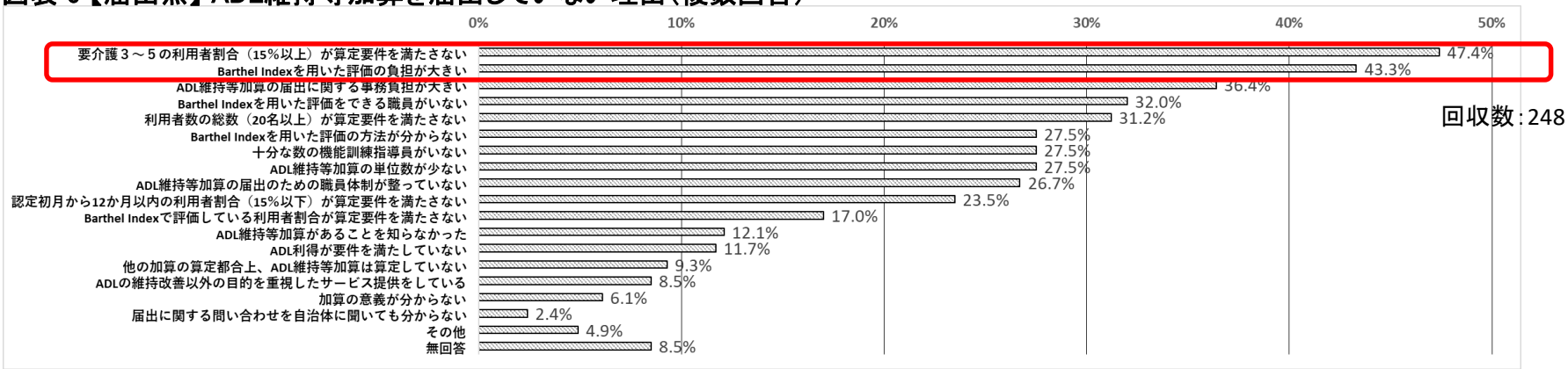
介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

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）

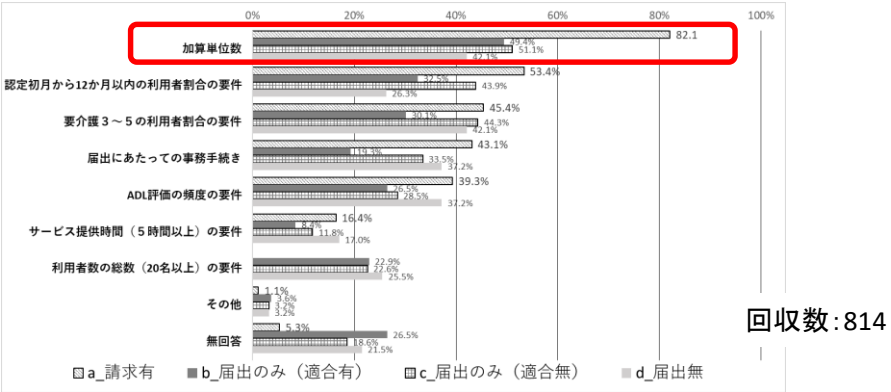
- ○ ADL維持等加算を届出していない理由は、「要介護度3～5の利用者割合が算定要件（15%以上）を満たさない」が47.4%、「Barthel Indexを用いた評価の負担が大きい」が43.3%であった。
- ○ ADL維持等加算について緩和・改善してほしいことを確認したところ、届出・請求の状況によらず「加算単位数」が最も多く、請求がある事業所では82.1%であった。届出のみしている事業所についても、ADL維持等加算を請求していない理由は「加算単位数が少ない」ことの割合が最も多く、34.9%（適合あり）、40.3%（適合なし）であった。
- ○ ヒアリング調査からは、ADL維持等加算の算定に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

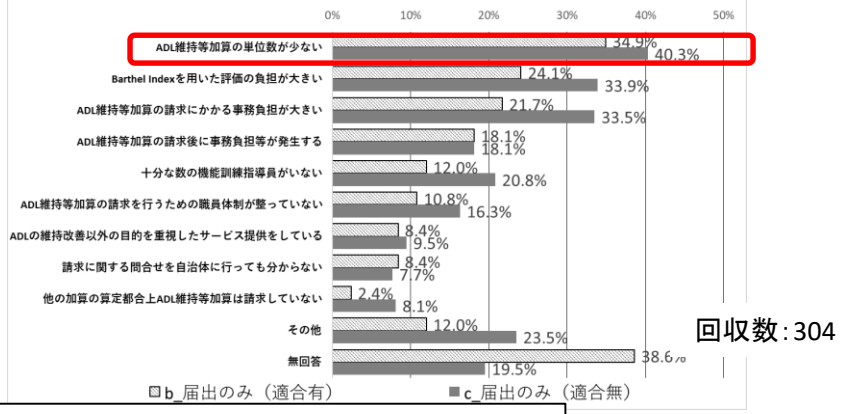
図表 6【届出無】ADL維持等加算を届出していない理由（複数回答）



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

社会参加支援加算

○　高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年3月）において、「目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない」との指摘がなされたところ、平成27年度介護報酬改定において、社会参加を維持できるサービス等への移行やリハビリテーションの利用の回転率を評価する「社会参加支援加算」が創設された。

【社会参加支援加算の概要】

リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組※に移行するなど、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価する。

※　社会参加に資する取組とは、指定通所介護、小規模多機能型居宅介護、一般介護予防事業などへ移行すること。

○単位数
訪問リハビリテーション：　17単位／日
通所リハビリテーション：　12単位／日

○算定要件
・ 次に掲げる基準のいずれにも適合。
① 社会参加への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 5\%$$

② リハビリテーションの利用の回転率

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数※}} > 25\%$$

【平成30年度介護報酬改定】社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。

サービス等	訪問リハビリテーション		通所リハビリテーション	
	告示	通知	告示	通知
通所介護	○	○	○	○
通所リハビリテーション	○	○	ー	ー
地域密着型通所介護	○	○	○	○
認知症対応型通所介護	○	○	○	○
小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
看護小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
介護予防通所リハビリテーション	新規	新規	ー	ー
介護予防認知症対応型通所介護	新規	新規	新規	新規
介護予防小規模多機能型居宅介護	新規	新規	新規	新規
第一号通所事業	○	○		○
その他社会参加に資する取組	○			
一般介護予防事業		○		○
居宅における家庭での役割		○		○
就労		新規		新規

$$\text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数＋新規終了者数）÷2}}$$

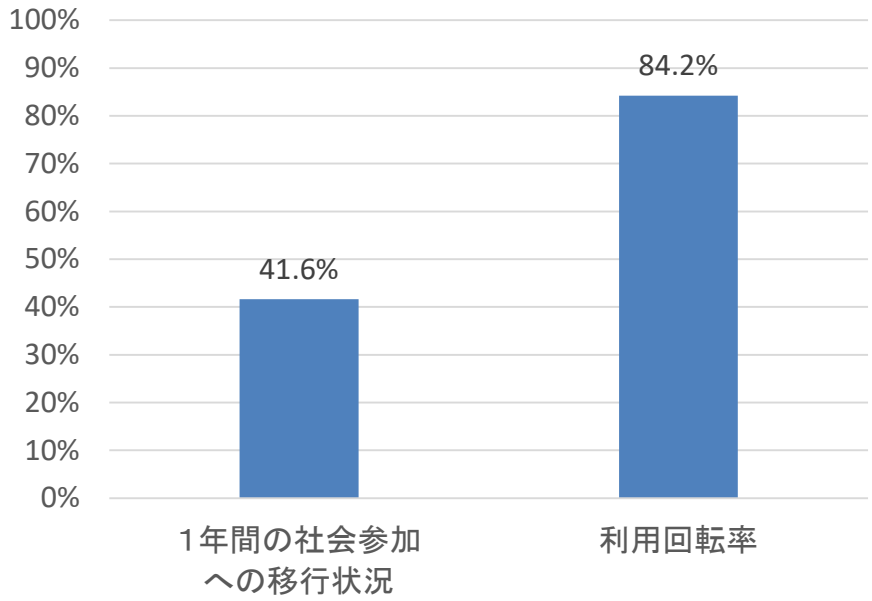
＜参考：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年３月）＞（抜粋）

Ⅳ　高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方
１．高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題
○　訓練そのものが目的化し、機能訓練が漫然と実施されており、目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない。

社会参加支援加算の要件の達成状況

○　通所リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件である１年間の社会参加への移行状況の達成割合は41.6%、利用回転率の達成割合は84.2%であった。
○　訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件である１年間の社会参加への移行状況の達成割合は55.4%、利用回転率の達成割合は92.5%であった。

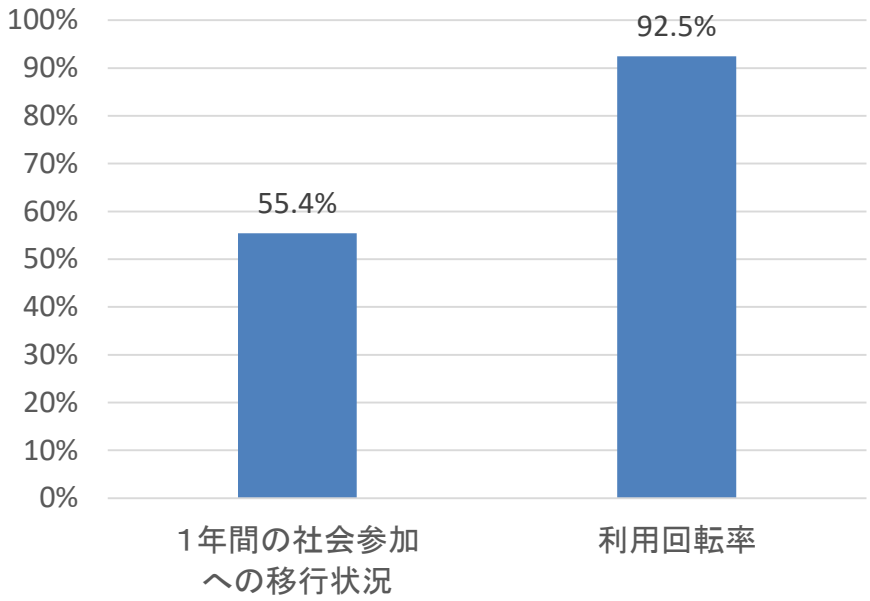
通所リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件の達成割合



事業所数	392
平均値	8.3%
25パーセンタイル値	0.0%
中央値	0.0%
75パーセンタイル値	8.3%
参考：現行の基準	5%

事業所数	410
平均値	43.9%
25パーセンタイル値	28.6%
中央値	39.7%
75パーセンタイル値	51.7%
参考：現行の基準	25%

訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件の達成割合



事業所数	276
平均値	30.0%
25パーセンタイル値	3.8%
中央値	28.0%
75パーセンタイル値	49.9%
参考：現行の基準	5%

事業所数	279
平均値	76.0%
25パーセンタイル値	44.8%
中央値	59.7%
75パーセンタイル値	89.7%
参考：現行の基準	25%

（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）のデータを元に老人保健課で集計

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検定もしくはカイ二乗検定

（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

リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充①（平成30年度介護報酬改定）

○ 現在、介護予防通所リハビリテーションに設けられているアウトカム評価（事業所評価加算：要支援状態の維持・改善率を評価）を介護予防訪問リハビリテーションにも設ける。

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において、自立支援・重度化防止の観点から、アウトカム評価（要支援状態の維持・改善率を評価）を設け、評価対象期間（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。

○　評価対象期間に、次に掲げる基準に適合すること

①　定員利用・人員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リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

②　利用実人員数が10名以上であること。

③　利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

④　（要支援状態区分の維持者数＋改善者数×２）÷（評価対象期間内（前年の1月～12月）に、リハビリテーションマネジメント加算を３か月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数）≧0.7　を満たすこと（リハビリテーションマネジメント加算を３月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率）

事業所評価加算　120単位／月（新設）

リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充②（平成30年度介護報酬改定）

○ 現在、通所リハビリテーションに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算（6月で目標を達成できない場合は減算）を、介護予防通所リハビリテーションにも設ける。

通所リハビリテーション

○ 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。

① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること

② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。

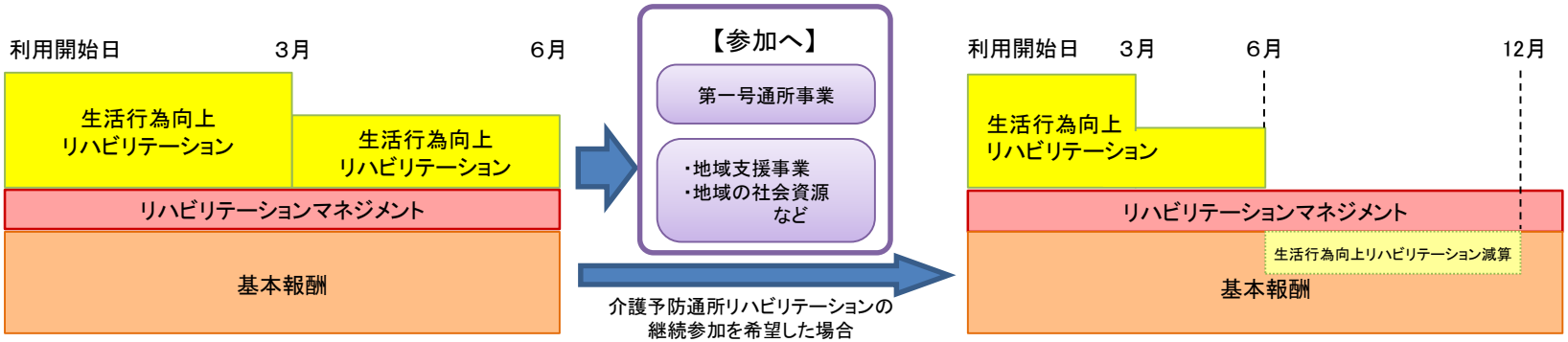
③ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前１月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。

④ 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

生活行為向上リハビリテーション実施加算	３月以内	900単位／月	（新設）
	３月超、６月以内	450単位／月	（新設）

※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から６月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算のイメージ】



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）

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　：

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）

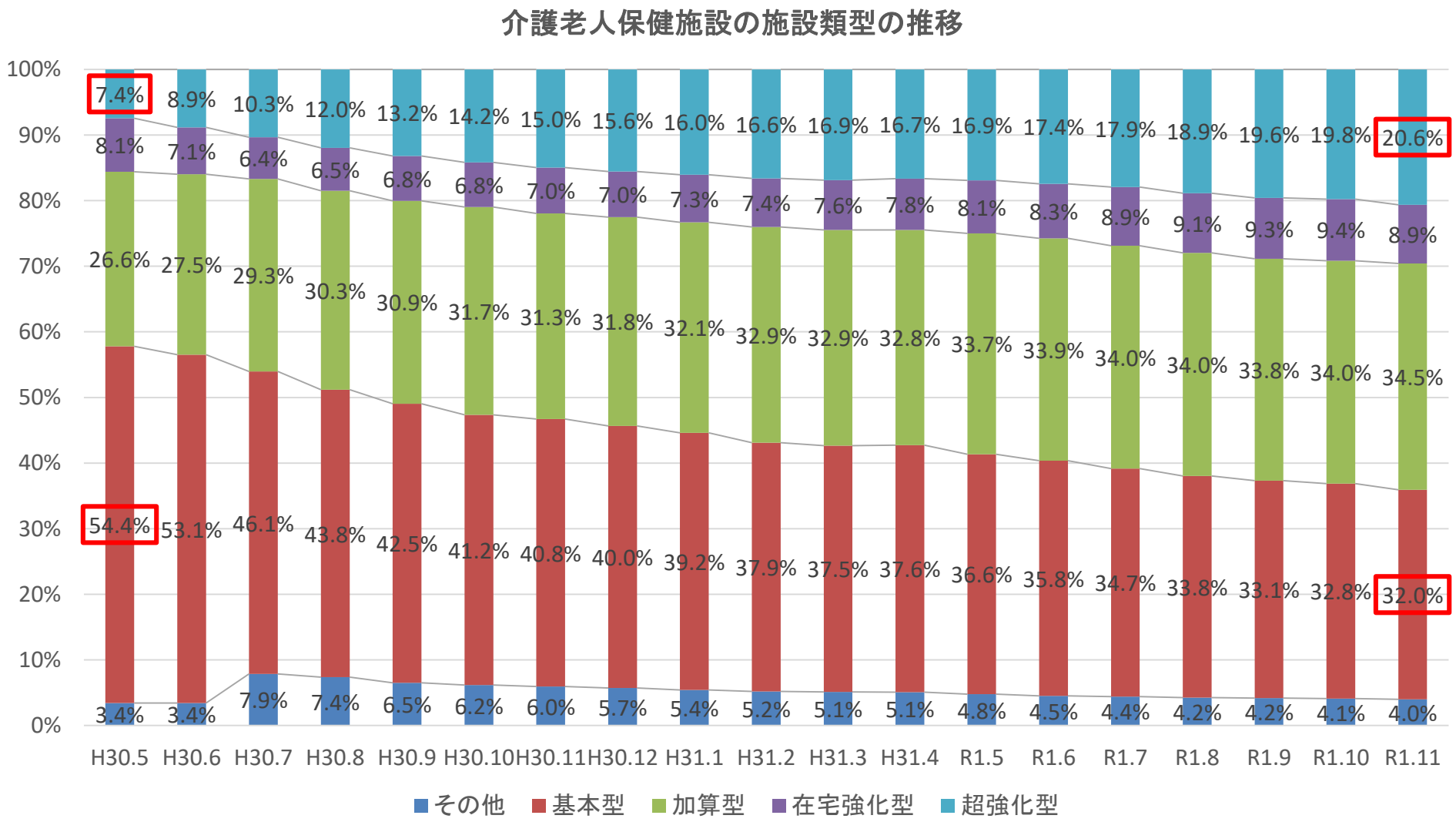
①在宅復帰率	50%超　20	30%超　10	30%以下　0	
②ベッド回転率	10%以上　20	5%以上　10	5%未満　0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上　10	10%以上　5	10%未満　0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上　10	10%以上　5	10%未満　0	
⑤居宅サービスの実施数	3ｻｰﾋﾞｽ 5	2ｻｰﾋﾞｽ 3	1ｻｰﾋﾞｽ 2	0ｻｰﾋﾞｽ 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上　5	3以上　3	3未満　0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上　5	2以上　3	2未満　0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上　5	35%以上　3	35%未満　0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%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	

評価項目	算定要件
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。
リハビリテーションマネジメント	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。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
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。

※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。

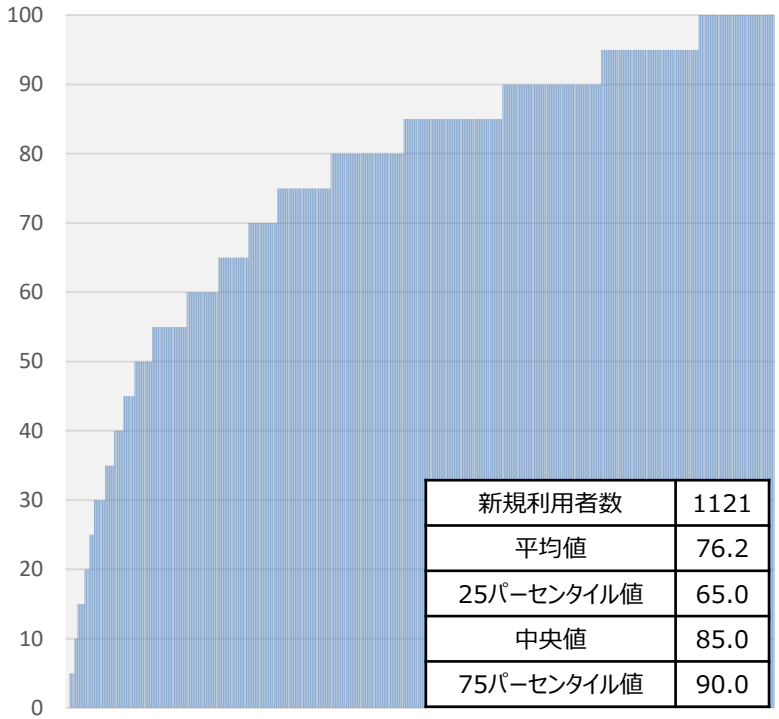


（出典：介護給付費等実態統計（旧介護給付費等実態調査））

通所リハビリテーションにおけるADLの状況

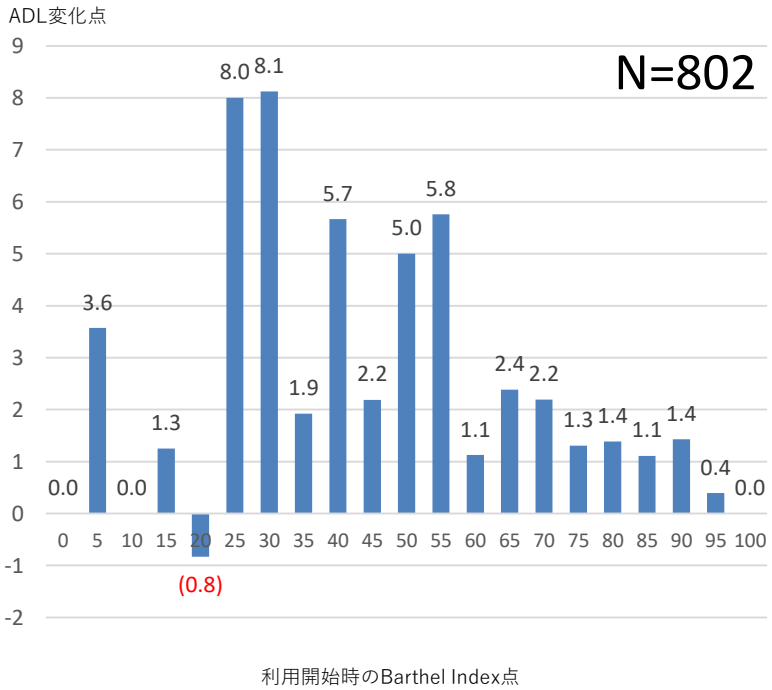
○　利用開始時のADL評価であるBarthel Indexは平均が76.2点であった。
○　利用開始時から修了時のADL変化をみると、利用開始時のADLに関わらず大方で改善している。

利用開始時のADL(Barthel Index)



新規利用者数	1121
平均値	76.2
25パーセンタイル値	65.0
中央値	85.0
75パーセンタイル値	90.0

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。

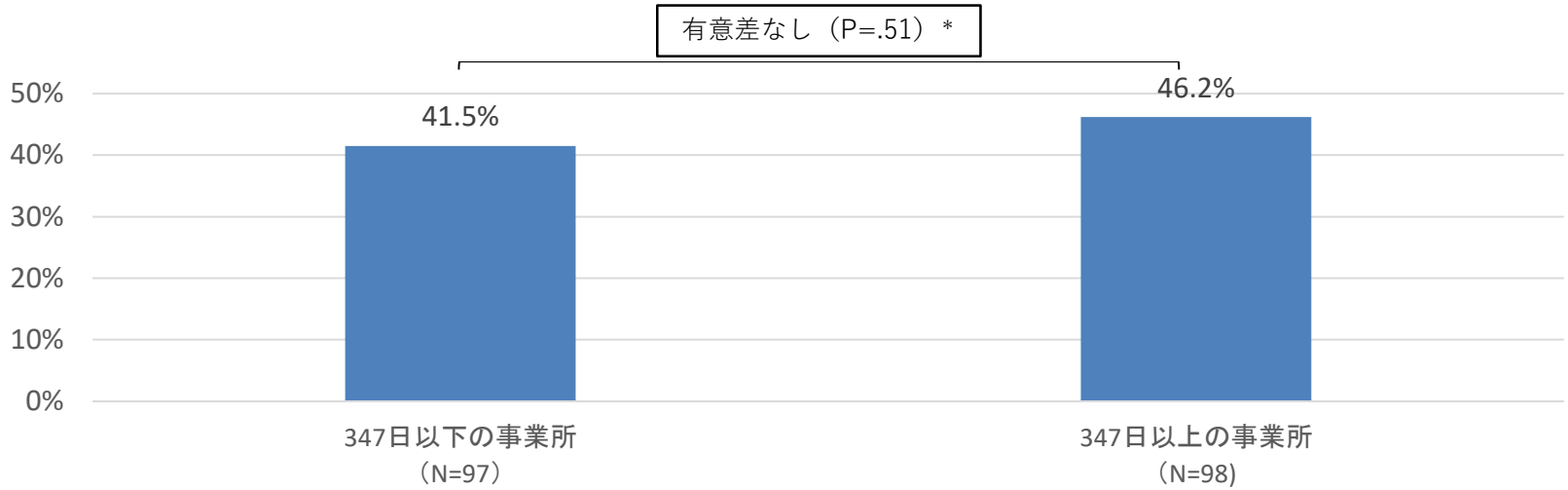
（出典）通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業（令和元年度調査）のデータをもとに老人保健課で集計

通所リハビリテーションの利用期間比較のADL改善割合

○　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日以上の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日以上の事業所とを比較したところ、利用開始時のADLと年齢にでは、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日以上の事業所（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-WhiteneyのU検定

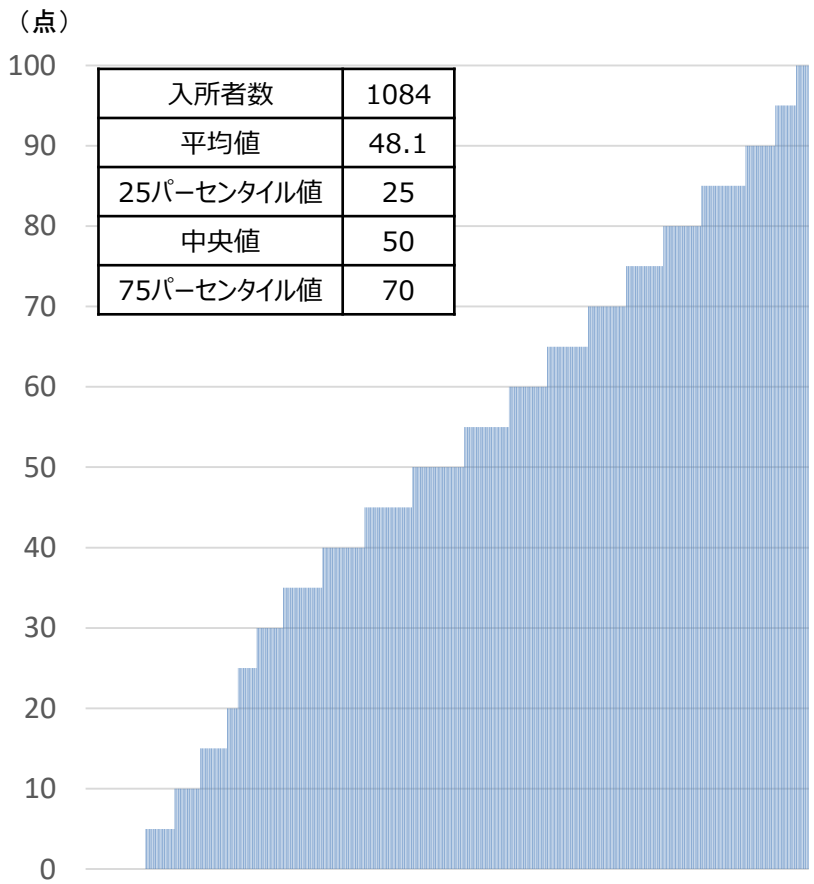
※利用修了者：平成31年1～4月の間に目標達成により修了した者。利用修了者には、入院・入所、死亡など状態悪化による終了は含まない。

（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

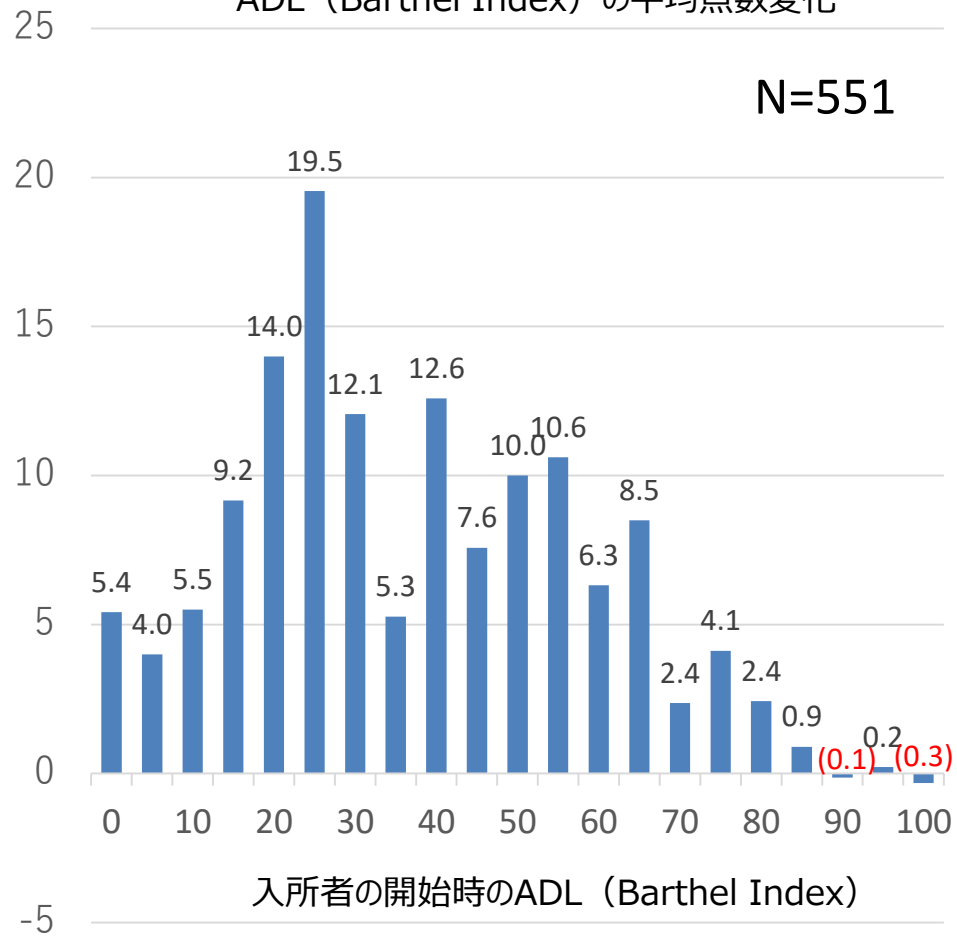
○　開始時のADL評価であるBarthel Indexは平均が48.1点であった。
○　入所時から退所時のADL変化をみると、入所時のADLに関わらず大方で改善している。

入所者の開始時のADL（Barthel Index）



入所者数	1084
平均値	48.1
25パーセンタイル値	25
中央値	50
75パーセンタイル値	70

入所時から退所時における
ADL（Barthel Index）の平均点数変化

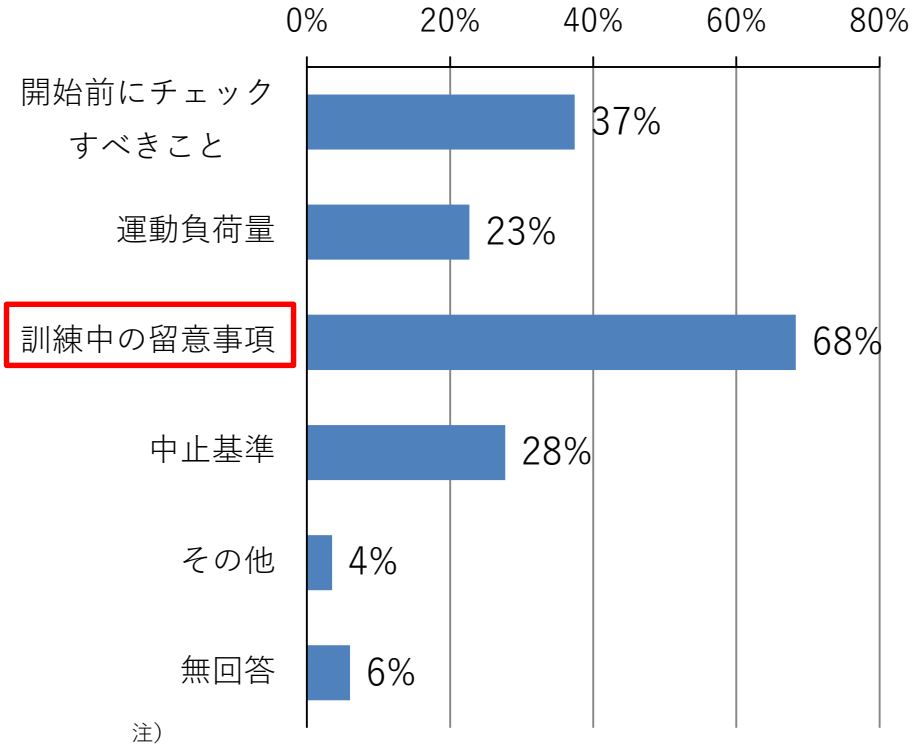


【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

介護老人保健施設における医師の関与

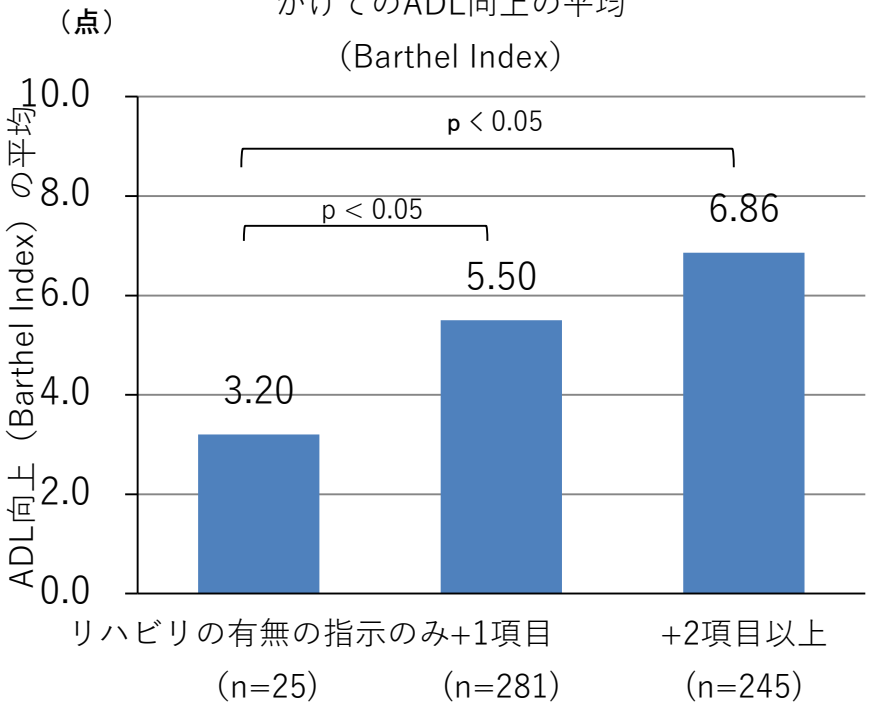
○　介護老人保健施設で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、訓練中の留意事項が最も多かった。
○　リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示や留意事項の内容
（n=1716・複数回答）



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

医師からの指示の種類数別入所時から退所時にかけてのADL向上の平均
（Barthel Index）



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」

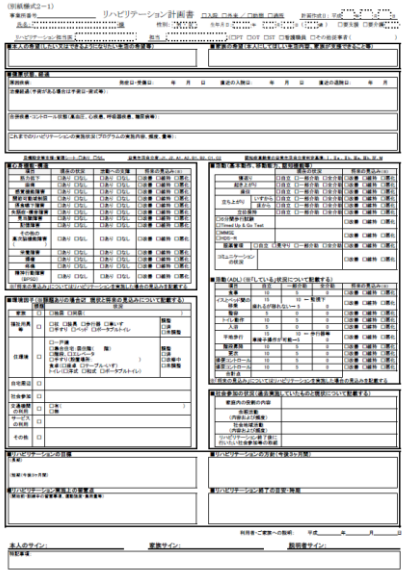
リハビリテーション計画書・個別機能訓練計画書について

【リハビリテーション計画書】

○　リハビリテーションマネジメント加算等を算定するに当たり、「別紙様式1」から「別紙様式5」までを参考にしたリハビリテーション計画書を作成し、利用者に対して当該リハビリテーション計画の内容を説明し、署名を記載する必要がある。また様式をVISITに提出し、リハビリテーションマネジメント加算Ⅳを算定可能となる。

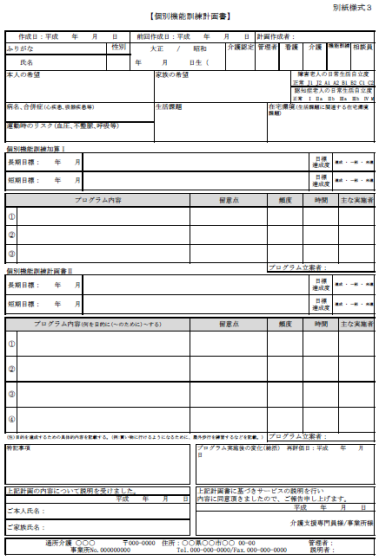
○　通所・訪問リハビリテーションの様式例については、平成18年に様式例を提示後、近年の報酬改定の度に修正を実施している。

○　「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日）」において、VISITのデータ収集にあたっては、事業者等提供側に、質の向上や事業所へのメリット等効果を示し 理解を得て普及を図っていくことや、負担軽減を図ることも重要であると意見があったところである。



【個別機能訓練計画書】

○　個別機能訓練加算等を算定するに当たり、「別紙様式1」から「別紙様式4」までを参考にした個別機能訓練計画書を作成し、利用者に対して当該個別機能訓練計画の内容を説明し、署名を記載する必要がある。



リハビリテーション計画書等の記載内容一覧

○　リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書を比較すると、共通項目と固有の項目がある。
○　リハビリテーション計画書に固有の項目が多い。

記載項目	平成30年版 リハビリテーション計画書	平成18年版 リハビリテーション計画書	個別機能訓練計画書
本人・家族の希望	○	○	○
原因疾患	○	○	○
治療経過	○	○	－
合併疾患・コントロール状態	○	○	○
これまでのリハビリテーションの実施状況	○	－	－
心身機能・構造	○	○	－
起居動作	○	○	○
6分間歩行距離、TUGテスト	○	－	－
MMSE,HDS-R	○	－	－
服薬管理	○	－	－
ADL	○（Barthel Index）	○	○
前回との変化（全般）	－	○	○
IADL	○	○	○
社会参加の状況	○	○	○
活動と参加の影響を及ぼす課題の要因分析	○	－	－
心身機能・構造の将来の見込み	○	－	－
活動の将来の見込み	○	－	－
活動（IADL)の将来の見込み	○	－	－
リハビリテーションの目標	○	（生活目標）	○
リハビリテーションの方針	○	－	－
リハビリテーション実施上の留意点	○	－	○
リハビリテーション終了の目安・時期	○	－	－
環境因子	○	－	○
リハビリテーションサービス	○	○	○
サービス提供中の具体的内容（PT・OT・ST）	○	○	－
サービス提供中の具体的内容（看護・介護）	○	○	○
社会参加支援評価	○	－	－
生活指導内容	－	○	－

リハビリテーションに関連する各種意見

令和3年度介護報酬改定への意見について（令和2年8月3日　全国リハビリテーション医療関連団体協議会）
介護給付費分科会における関係団体ヒアリングにおけるご意見

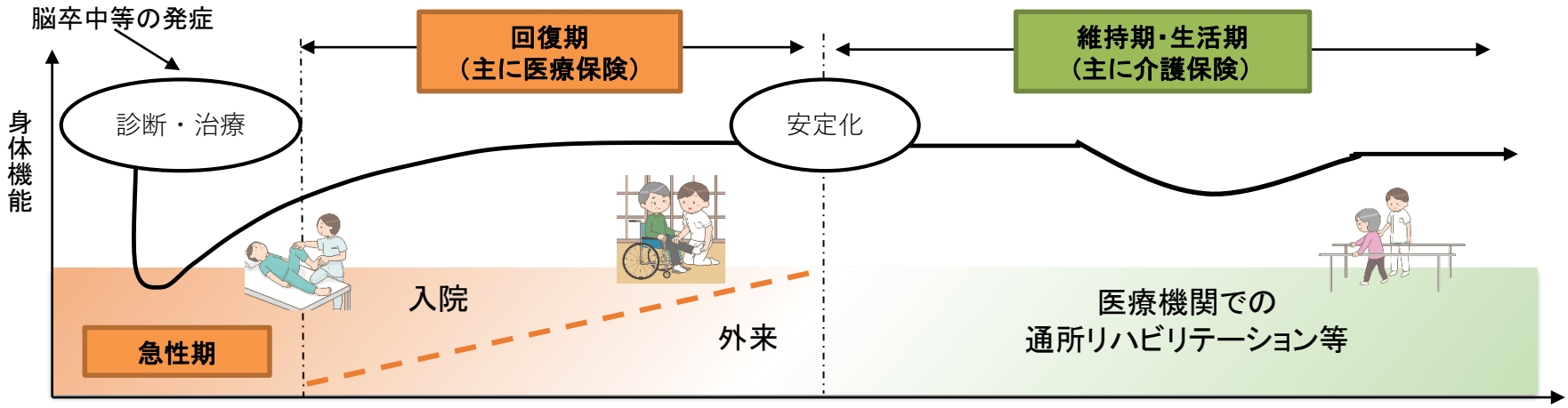
○　介護保険の枠組みの中で、医学的かつ医学的管理に基づく適切なリハビリテーションの実施が求められている。基本報酬のリハビリテーションとしての評価が乏しいために、自立支援を促すインセンティブが少ない。現在の通所リハビリテーションに専門職配置、加算算定率、社会参加等を含めた総合的なリハビリテーションの評価を導入して、介護老人保健施設の基本方針と同様な構造に近づけてはどうかという要望になります。

令和3年度介護報酬改定への意見について（令和2年8月3日　日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会）
介護給付費分科会における関係団体ヒアリングにおけるご意見

○　平成27年度介護報酬改定において、家庭や社会への参加を可能とするための目標を設定した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、社会参加へ移行させることを目標とする社会参加支援加算と、活動と参加などの具体的な生活活動の目標について焦点を当てた生活行為向上リハビリテーション実施加算が創設された。今後もこのような理念をより一層進めていく方策を検討していくべきである。

※下線については、事務局において加工したものである。

リハビリテーションに係る見直し



回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- アウトカム評価の更なる充実
- 栄養管理に係る要件の見直し
- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者の「発症からの期間」に係る要件の見直し

リハビリテーションに係る施設基準等の要件緩和

- 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）における言語聴覚療法のみを実施する場合の施設基準の新設
- 呼吸器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料の施設基準等の見直し（言語聴覚士の追加）

リハビリテーションに係る業務の効率化・合理化

- 疾患別リハビリテーション料の運用の見直し
- 外来リハビリテーション診療料の運用の見直し

リハビリテーションの対象患者に係る見直し

- がん患者リハビリテーション料の対象患者の見直し
- リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の対象患者の見直し

摂食嚥下訓練に係る取組の評価の見直し

- 摂食機能療法の加算の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し　等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合：実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○（※経過措置あり）	
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
実績部分：「重症者」（＊1）の割合	3割以上		2割以上		－	
実績部分：重症者における退院時の日常生活機能評価 ※（）内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		－	
実績部分：自宅等に退院する割合			7割以上			
実績部分：リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	30以上	－
点数 ※（）内は生活療養を受ける場合	2,085点（2,071点）	2,025点（2,011点）	1,861点（1,846点）	1,806点（1,791点）	1,702点（1,687点）	1,647点（1,632点）

＊1　日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

○ 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\dfrac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

＜実績指数の計算対象＞

○ 報告月の**前月までの6か月間に退棟**した患者。

○ ただし、以下の患者を除外する（できる）。

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

リハビリテーション・機能訓練等

＜現状・これまでの取組＞

■　介護保険サービスにおいては、利用者の自立支援・重度化防止を図るため、各サービスがそれぞれの役割・特性を持ちながら、リハビリテーション・機能訓練等を利用者に提供している。

■「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）においては、「リハビリテーションについて、どの地域でも適時適切に提供されるよう、介護保険事業（支援）計画での対応を含め更なる取組の充実が必要である」とされた。

■　「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年６月21日閣議決定）においては、医療・介護制度改革として、「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」こととされているところ。

■　平成30年度の介護報酬改定においては、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現に向けて、リハビリテーションに関する医師の関与の強化、リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充、通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入等の見直しが行われた。

■　PDCAサイクルの構築を通じて「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけるリハビリテーションを継続的に管理することを評価する「リハビリテーションマネジメント加算」について、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。

■　平成30年度介護報酬改定で新設された、通所介護事業所における適宜必要な機能訓練等を通したADLの維持等について評価する「ADL維持等加算」について、取得率は1年間で1.5倍以上に増加。一方で、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。

リハビリテーション・機能訓練等

■　リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行するなど、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価する「社会参加支援加算」について、この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る。

■　平成30年度介護報酬改定で在宅復帰・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。

■　通所リハビリテーションについて、利用開始から修了時までの利用期間（利用者の中央値）が347日以下の事業所と、347日以上の事業所とを比較すると、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。

■　介護老人保健施設において、リハビリテーションに係る医師の指示について、「リハビリテーションの実施の有無のみ」と「その他の詳細が含まれる指示」を比較すると、後者でより大きなADL向上が見られていた。

■　リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書を比較すると、共通項目と固有の項目がある。またリハビリテーション計画書に固有の項目が多い。

■　令和２年度診療報酬改定においては、回復期リハビリテーション病棟入院料について、アウトカム評価の更なる充実が図られている。

リハビリテーション・機能訓練等

＜論点＞

■　各リハビリテーション・機能訓練等について、自立支援・重度化防止に向けた取組を進めていく上で、現行のADL維持等加算や介護老人保健施設の評価体系等も踏まえながら、
・ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価の適切な組み合わせ
・要介護者のADL等の維持改善を進める観点
から、どのような方策が考えられるか。

■　ADL維持等加算や社会参加支援加算等について、現状の取得状況や課題も踏まえながら、取組を進めていく上でどのような方策が考えられるか。

３.　口腔･栄養

介護報酬における口腔衛生関連サービス

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）
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
通所サービス（介護予防含む）

＜居宅療養管理指導費＞

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

＜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）

介護報酬における栄養関連サービス

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））

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

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

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移（施設サービス①）

年	内容
平成17 （10月）	**基本食事サービス費（廃止）、栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算等（新設）** 食費が保険給付の対象外となったことに伴い、基本食事サービス費を廃止し、 個々の入所者の栄養状態や健康状態に応じた栄養管理を評価 基本食事サービス費（2,120円/日） → 栄養管理体制加算（管理栄養士配置 12単位/日、栄養士配置 10単位/日）、栄養マネジメント加算 12単位/日、経口移行加算 28単位/日、療養食加算 23単位/日
平成18	**経口移行加算（見直し）、経口維持加算（新設）** 経口移行加算を見直し、経口で食事が摂取できるものの摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、多職種協働により経口維持計画を作成し、特別な管理を行う場合に評価 → 経口移行加算　経管栄養の者を対象　28単位/日 → 経口維持加算の新設　経口維持加算Ⅰ：著しい誤嚥が認められる者 を対象　28単位/日 経口維持加算Ⅱ：誤嚥が認められる者を対象　5単位/日
平成21	**栄養管理体制加算（廃止）、栄養マネジメント加算（見直し）** 栄養管理体制加算の算定実績を踏まえ、基本的サービス費に包括した評価に見直すとともに、 栄養マネジメント加算については、栄養マネジメントの適切な実施を担保する観点から評価を見直し 12単位/日 → 14単位/日 **口腔機能維持管理加算（新設）** 入所者に対して計画的な口腔ケア・マネジメントを行うことができるよう、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言を行う場合に評価 30単位/月

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移（施設サービス②）

年	内容
平成24	**経口移行加算・経口維持加算（見直し）** 経口維持・経口移行の取組を推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、歯科医師、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準を見直し
	口腔機能維持管理体制加算（見直し）※従来の口腔機能維持管理加算から名称変更 **口腔機能維持管理加算（新設）** 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能維持体制加算を算定している入所者に対して、口腔ケアを月４回以上実施した場合に評価 110単位/月
平成27	**経口維持加算（見直し）** 従前のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による食事の観察（ミールラウンド）やカンファレンス等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援を評価 経口維持加算(Ⅰ) 28単位/日 経口維持加算(Ⅱ) 5単位/日 → 経口維持加算(Ⅰ) 400単位/月 経口維持加算(Ⅱ) 100単位/月（新設）
	経口移行加算（見直し） 経管栄養により栄養を摂取している入所者が経口移行するための取組として、従前の栄養管理に加え、経口移行計画に基づき、摂食・嚥下機能面に関する支援を併せて実施（単位数は改定後も同様）
	口腔機能維持管理体制加算→口腔衛生管理体制加算に名称変更 **口腔機能維持管理加算→口腔衛生管理加算に名称変更** 入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進するため名称変更
	療養食加算（見直し） 摂食・嚥下機能面の取組を充実させるため、経口移行加算又は経口維持加算の算定対象を拡大するとともに、評価を見直し 23単位/日 → 18単位/日

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移（施設サービス③）

年	内容
平成30	**口腔衛生管理加算（見直し）** ①歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月４回以上を月２回以上に見直し ②歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件として追加 110単位/月　→　90単位/月
	低栄養リスク改善加算（新設） 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、定期的に食事の観察を行い、入所者の栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行った場合に評価 300単位／月 **栄養マネジメント加算の要件緩和** 常勤の管理栄養士１名以上の配置要件について、同一敷地内の他の介護保険施設と兼務の場合にも算定可 **再入所時栄養連携加算（新設）** 入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合に、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、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合に評価 400単位／回　※1回限り **療養食加算（見直し）** １日単位で評価を行っている取扱いを改め、１日３食を限度とし、１食を１回として評価 18単位/日　→　6単位/回

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移（居宅サービス等①）

年	内容
平成18	**栄養マネジメント加算（新設）** 低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に評価 100単位／回　※月２回まで
	口腔機能向上加算（新設） 口腔機能が低下している者又はそのおそれのある利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護職員等と共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に評価 100単位／回　※月２回まで
平成21	**口腔機能向上加算（見直し）** サービス提供にかかる労力等を適切に評価する等の観点から、評価を見直し 100単位／回　→　150単位／回　※月２回まで
	栄養改善加算（見直し）　※栄養マネジメント加算から名称変更 サービス提供にかかる労力等を適切に評価する等の観点から、評価を見直し 100単位／回　→　150単位／回　※月２回まで

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移（居宅サービス等②）

年	内容
平成30	**口腔衛生管理体制加算（新設）** 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象拡大 30単位/月
	栄養改善加算の要件緩和 管理栄養士１名以上の配置要件について、外部（他の介護事業所、医療機関、栄養ケア・ステーション）の管理栄養士の実施でも算定可
	栄養スクリーニング加算（新設） 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合に評価 ［対象：通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護］ ５単位／回　※６月に１回を限度

各加算の算定状況（H30.4～H31.3　12ヶ月平均）

〈介護保険施設〉

（%）

	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	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	86.8	2.0	23.7	13.4	2.1	0.9	59.7	57.7	13.5
介護老人保健施設	93.5	8.0	48.1	31.2	12.7	1.5	92.9	57.4	19.6
介護医療院	87.9	14.1	47.6	29.7	10.3	0.2	92.9	62.5	32.2
介護療養型医療施設	78.9	7.9	22.9	13.4	6.1	―	77.0	28.5	12.0
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	42.1	10.8

〈居宅・地域密着型サービス〉

（%）

	栄養スクリーニング加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算	口腔衛生管理体制加算
通所介護	1.1	0.6	9.8	―
通所リハビリテーション	5.7	3.3	16.5	―
予防通所リハビリテーション	3.6	0.6	3.7	―
地域密着型通所介護	0.4	0.2	4.8	―
認知症対応型通所介護	1.5	0.4	5.5	―
予防認知症対応型通所介護	0.6	0.1	2.0	―
小規模多機能型居宅介護	2.1	―	―	―
予防小規模多機能型居宅介護	1.0	―	―	―
看護小規模多機能型居宅介護	4.8	―	―	―
特定施設入居者生活介護	5.6	―	―	33.0
予防特定施設入居者生活介護	3.3	―	―	34.8
認知症対応型共同生活介護	2.1	―	―	19.8
予防認知症対応型共同生活介護	0.8	―	―	16.5
地域密着型特定施設入居者生活介護	3.3	―	―	19.4

※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100

H30介護報酬改定で新設

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）

（口腔・栄養）口腔衛生管理の充実
（平成30年度介護報酬改定）

概要

※介護予防サービスを含む

【特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護】

ア　口腔衛生管理体制加算の対象サービスの拡大

○　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象とすることとする。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

イ　口腔衛生管理加算の見直し

○　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うことを評価した口腔衛生管理加算について、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行うことで口腔衛生管理の充実を図るため、以下の見直しを行う。

ⅰ　歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月４回以上を月２回以上に見直す。

ⅱ　歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加える。

単位数

○アについて

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	口腔衛生管理体制加算　30単位／月（新設）

○イについて

＜現行＞		＜改定後＞
口腔衛生管理加算　110単位／月	⇒	90単位／月

算定要件等

ア　口腔衛生管理体制加算

○　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合

イ　口腔衛生管理加算

○　口腔衛生管理体制加算が算定されている場合

○　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月２回以上行った場合

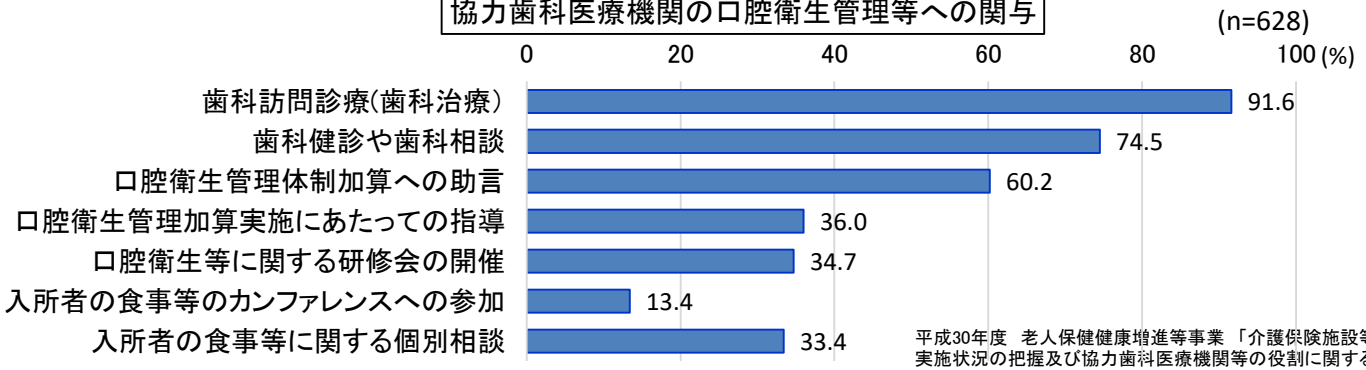
○　歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言を及び指導を行った場合

○　歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

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

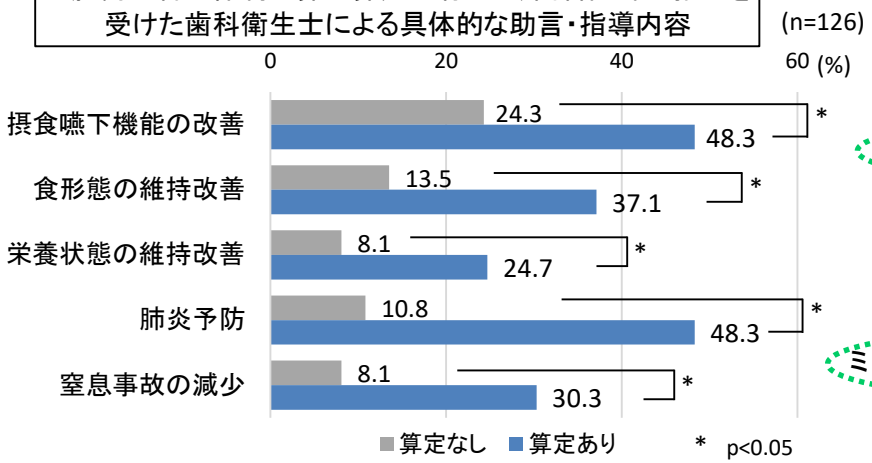
○　介護保険施設等において、協力歯科医療機関による口腔衛生管理体制加算への助言は、過半数で実施されており、歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士）によって、肺炎予防や摂食嚥下機能の改善等について、効果的な助言が行われている。
○　一方で、入所者個別の口腔衛生管理加算への指導や研修会の開催は３割程度にとどまり、食事等のカンファレンスへの参加も低率である。
○　介護施設等が協力歯科医療機関に行ってほしい業務として、口腔衛生等に関する研修会の開催や、他の専門職との連携を要する嚥下機能検査やミールラウンド（食事観察）等の参加について、ニーズが実施状況を上回っている。

協力歯科医療機関の口腔衛生管理等への関与



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」

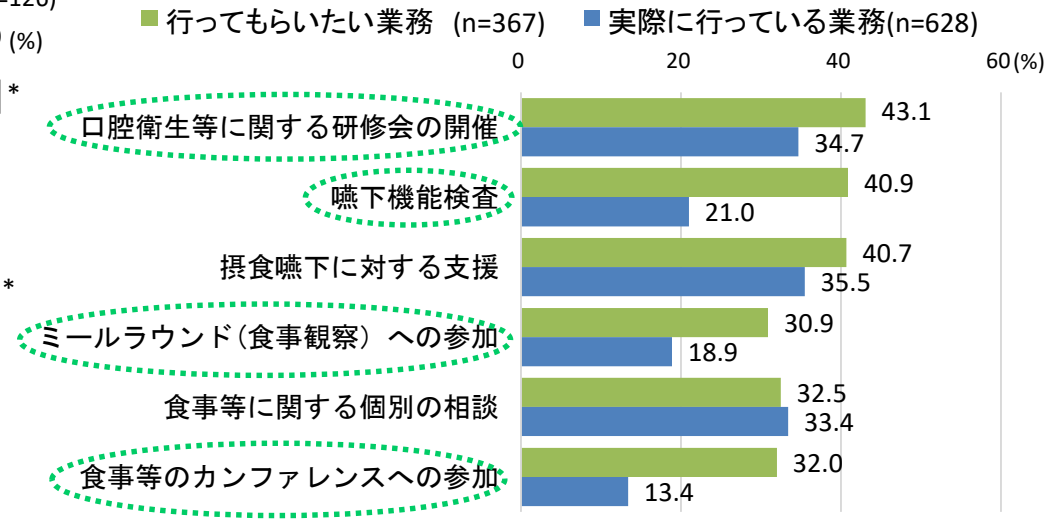
口腔衛生管理体制加算の算定の有無と、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による具体的な助言・指導内容



※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」

協力歯科医療機関に行ってほしい業務と実際に行っている業務



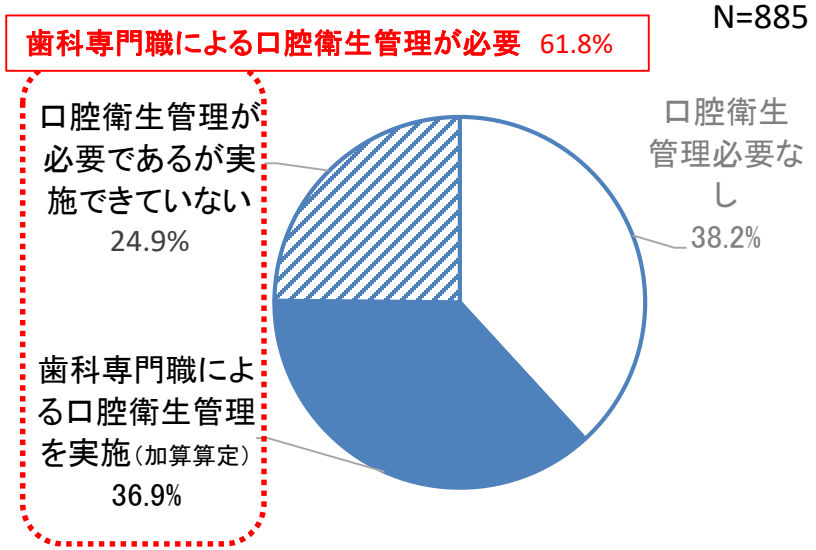
平成30年度　老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する実施状況の把握及び協力歯科医療機関等の役割に関する調査研究事業報告書」

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）

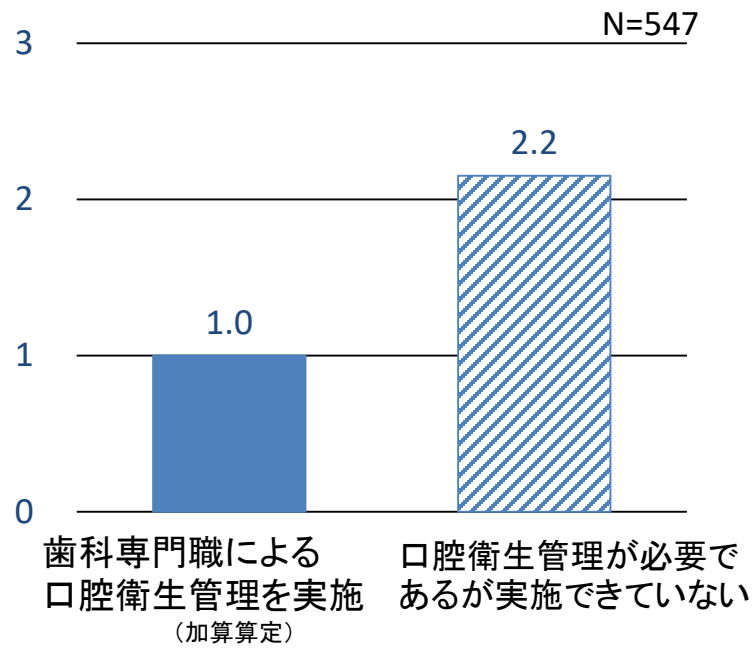
○ 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重（BMI）減少がみられるリスクは、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

入所者の口腔衛生管理の必要性と提供状況



※ 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



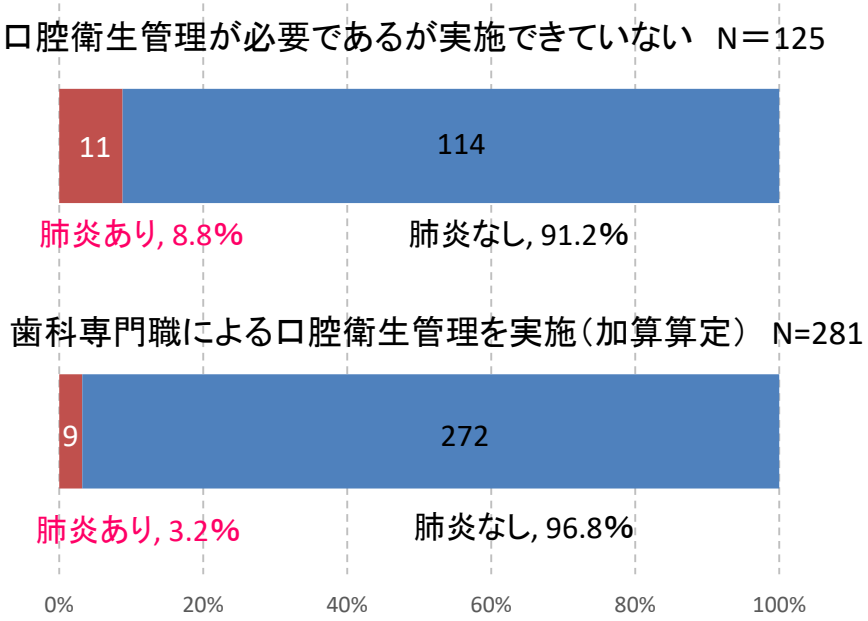
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

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

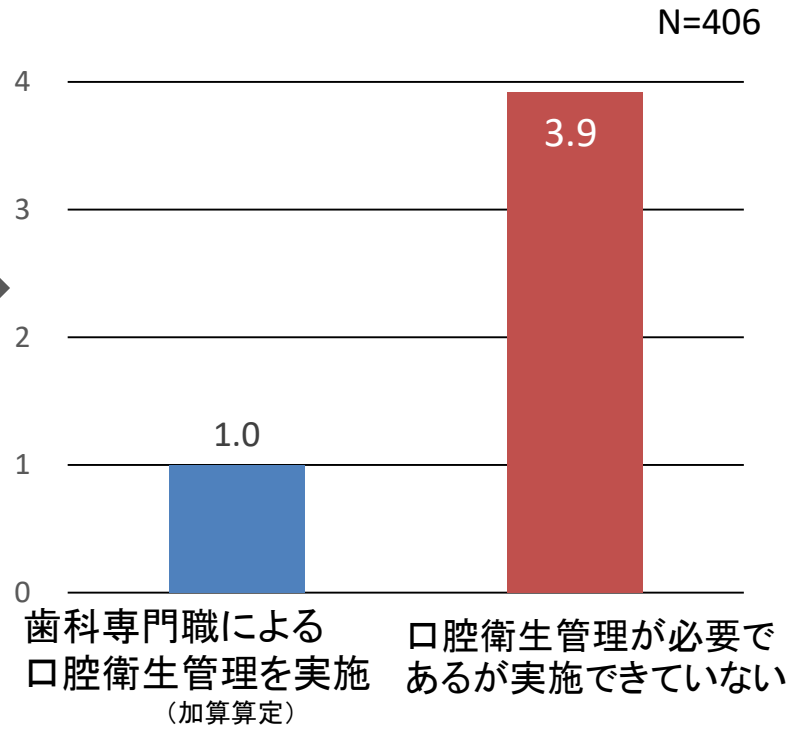
○ 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名（4.9%）であった。
○ 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症（8.8%）が有意に高い結果であった。
○ 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

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



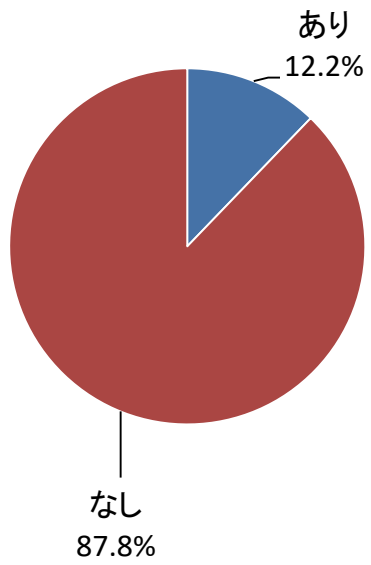
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

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

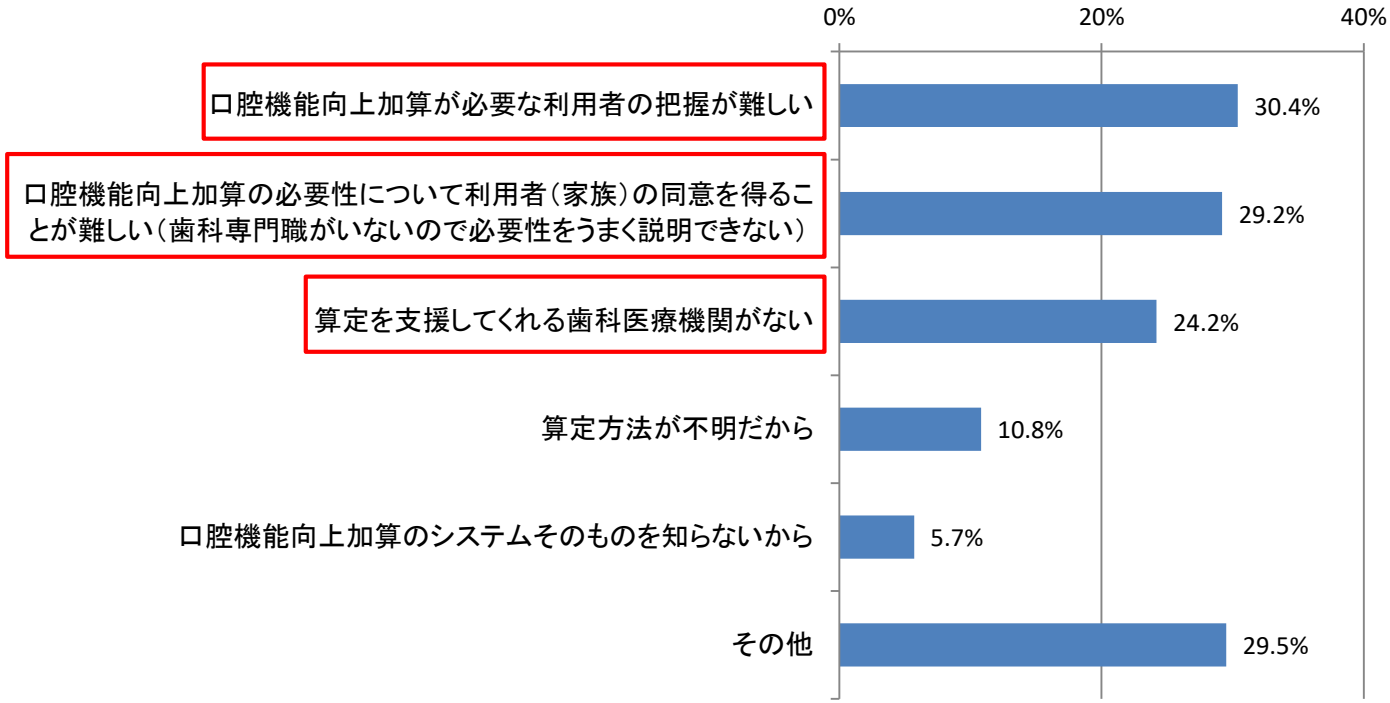
通所サービス事業所における口腔機能向上加算の算定実績と加算を算定しない理由

○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）



平成30年度老人保健健康増進等事業「通所サービス利用者等の口腔の健康管理及び栄養管理の充実に関する調査研究事業報告書」

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）

※「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。

（1）疾患名
口腔機能低下症

（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）

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進②

高齢者の口腔機能管理の推進

➢ 歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設する。

（新）　歯科疾患管理料　　口腔機能管理加算　　100点

［対象患者］

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目（下位症状）のうち、3項目以上（咀嚼機能低下（D011－2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011－3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかの項目を含む。）に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満
	残存歯数	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満

下位症状	検査項目	該当基準
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能力スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査（EAT－10）	3点以上
	自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）	3項目以上該当

※参考：「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方（平成30年3月日本歯科医学会）

［算定要件］

・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。

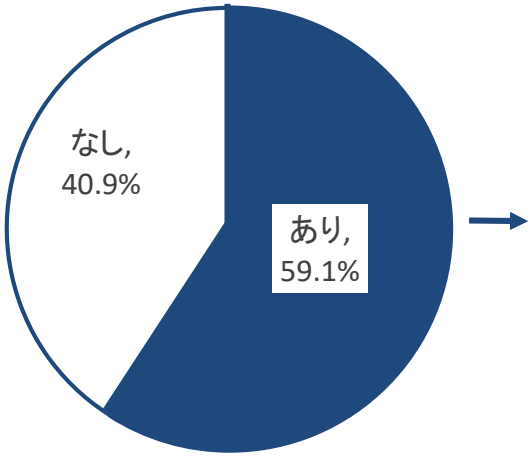
・当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。

・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

通所サービス利用者の口腔状態

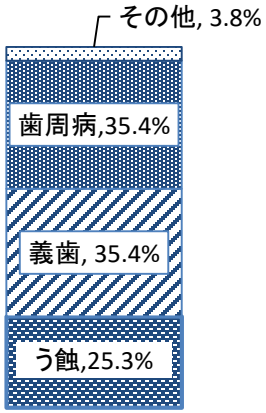
○　歯科医師による口腔内評価において、通所サービス利用者のうち、歯科受診の必要性がありと診断された割合は59.1％であった。
○　口腔機能低下症の基準に基づいて検査を行ったところ、現在残っている歯数に加えて、発音による口唇・舌運動、摂食時に関与する舌圧、嚥下等の項目で基準値以下と判定された者が半数以上であり、多くの通所サービス利用者の口腔機能の低下が示唆された。

歯科受診の必要性（N=93）

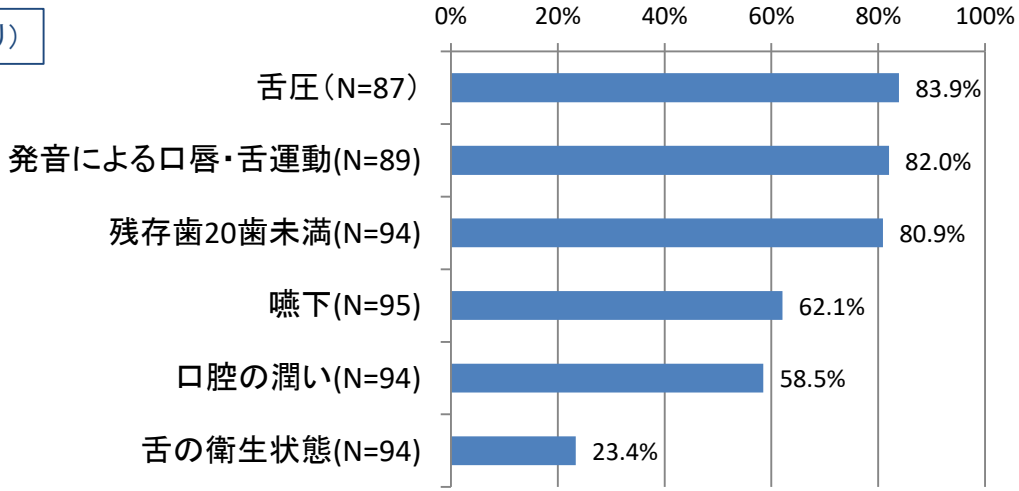


歯科受診の必要性があり 59.1%

「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）」）

出典：平成30年度老人保健健康増進等事業「通所サービス利用者等の口腔の健康管理及び栄養管理の充実に関する調査研究事業報告書」

口腔スクリーニング項目の開発

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？	○	○
	食事中のムセこみ、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

出典：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報告書」

（口腔・栄養）　栄養改善の取組の推進
（平成30年度介護報酬改定）

概要

※介護予防サービスを含む

【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】

ア　栄養改善加算の見直し

○　栄養改善加算について、管理栄養士１名以上の配置が要件とされている現行の取扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする。

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

イ　栄養スクリーニングに関する加算の創設

○　管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

ウ　低栄養リスクの改善に関する新たな評価の創設

○　低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

単位数

○アについて

＜現行＞		＜改定後＞
栄養改善加算　150単位／回	⇒	変更なし

○イについて

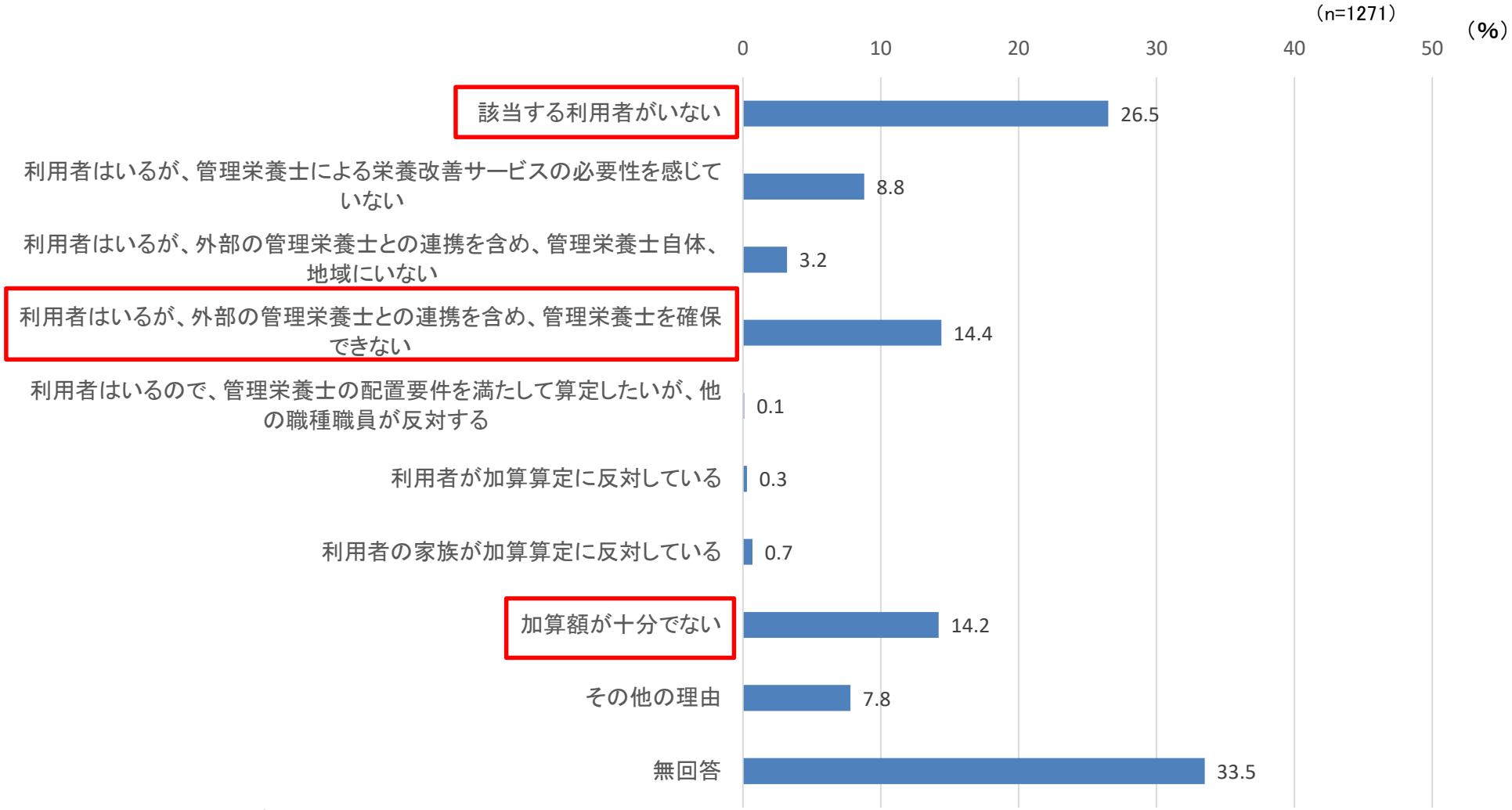
＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	栄養スクリーニング加算　５単位／回（新設） ※６月に１回を限度とする

○ウについて

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	低栄養リスク改善加算　300単位／月（新設）

栄養改善加算：算定していない理由（通所介護）

○　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」。

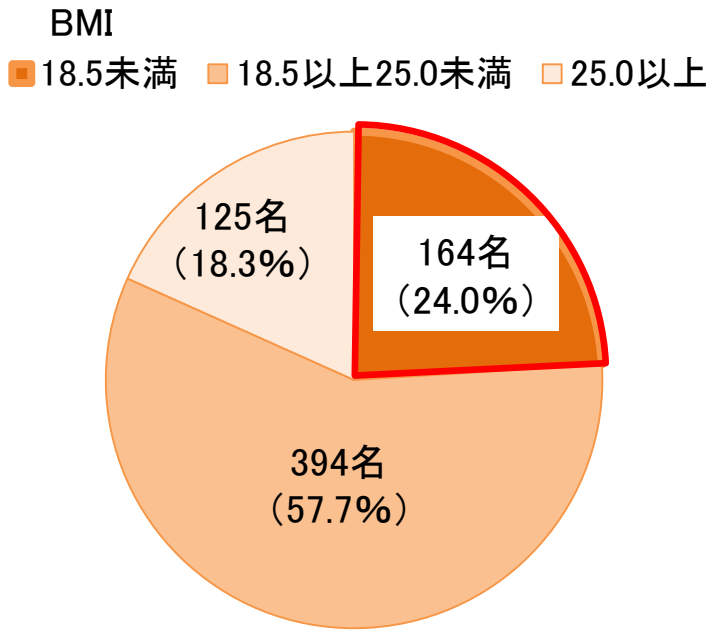


（複数回答可）

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）

通所サービス利用者の栄養状態

○　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%



※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%

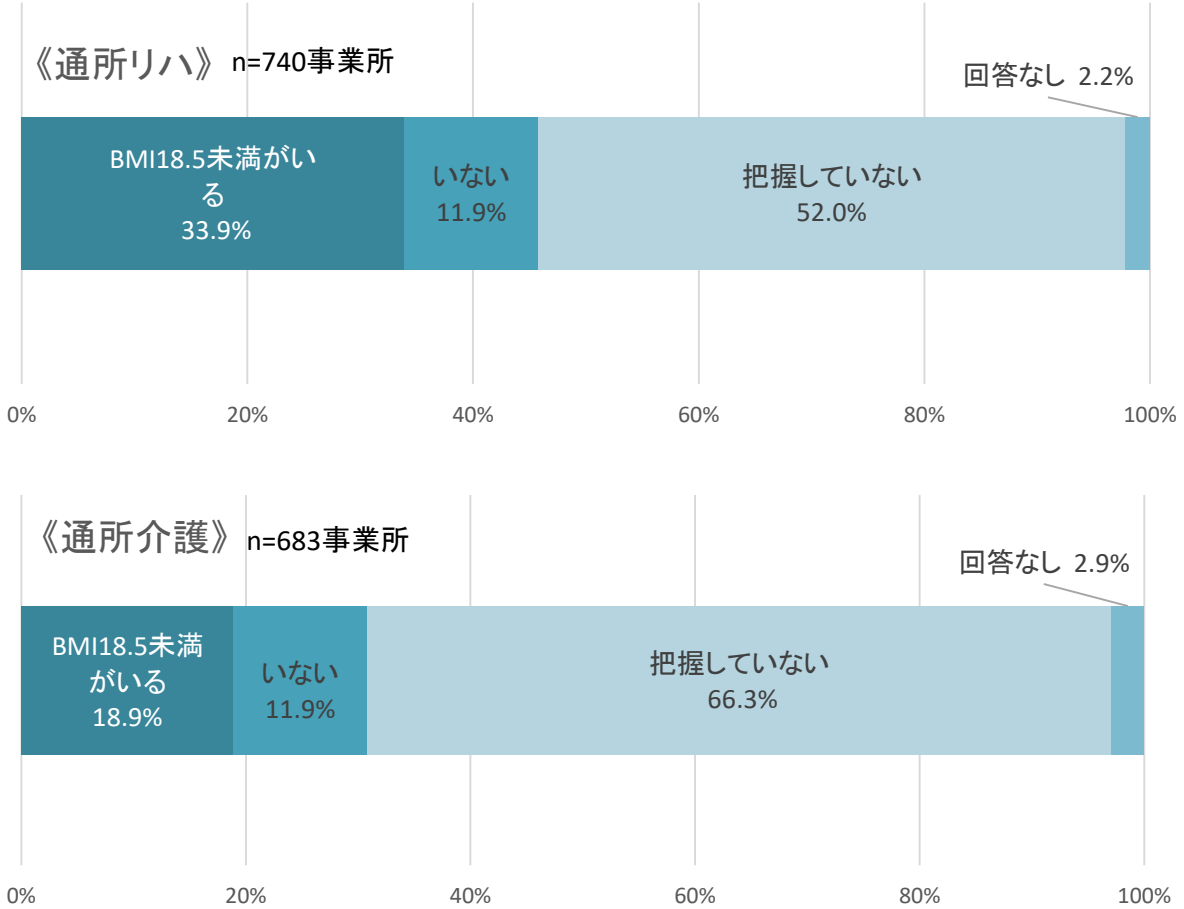
※対象者：　秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

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】

通所事業所における栄養状態の把握状況（BMI）

○　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、通所リハで52.0%、通所介護で66.3%。

BMI18.5kg/㎡未満の者の有無

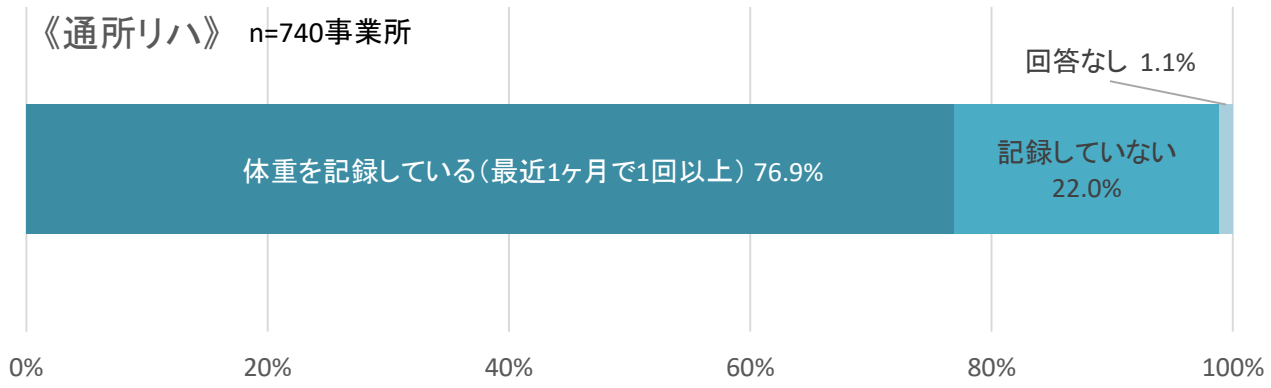


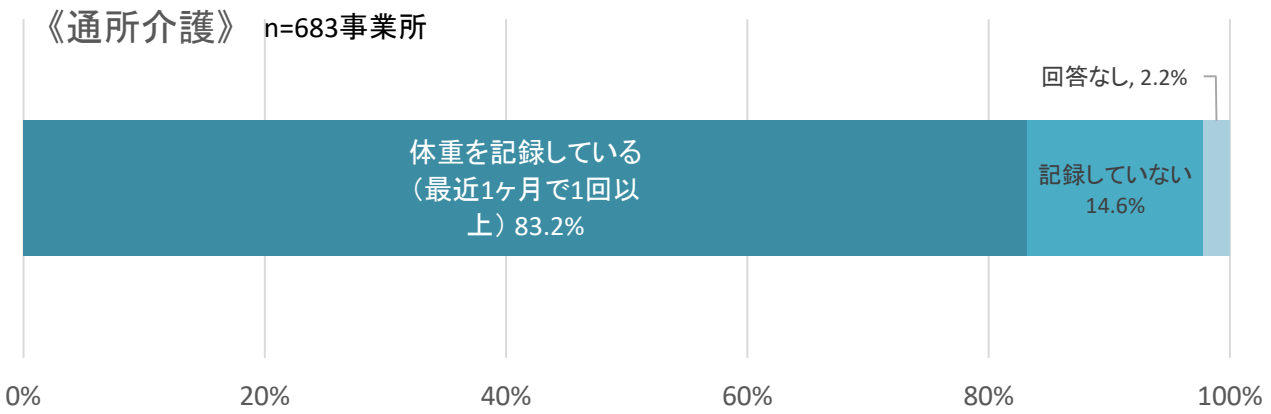
出典：平成30年度 老人保健健康増進等事業 「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（日本健康・栄養システム学会）

通所事業所における栄養状態の把握状況（体重）

○　体重を月に１回以上記録している事業所は、通所リハ、通所介護ともに、約８割。

月に1回以上の体重記録の有無



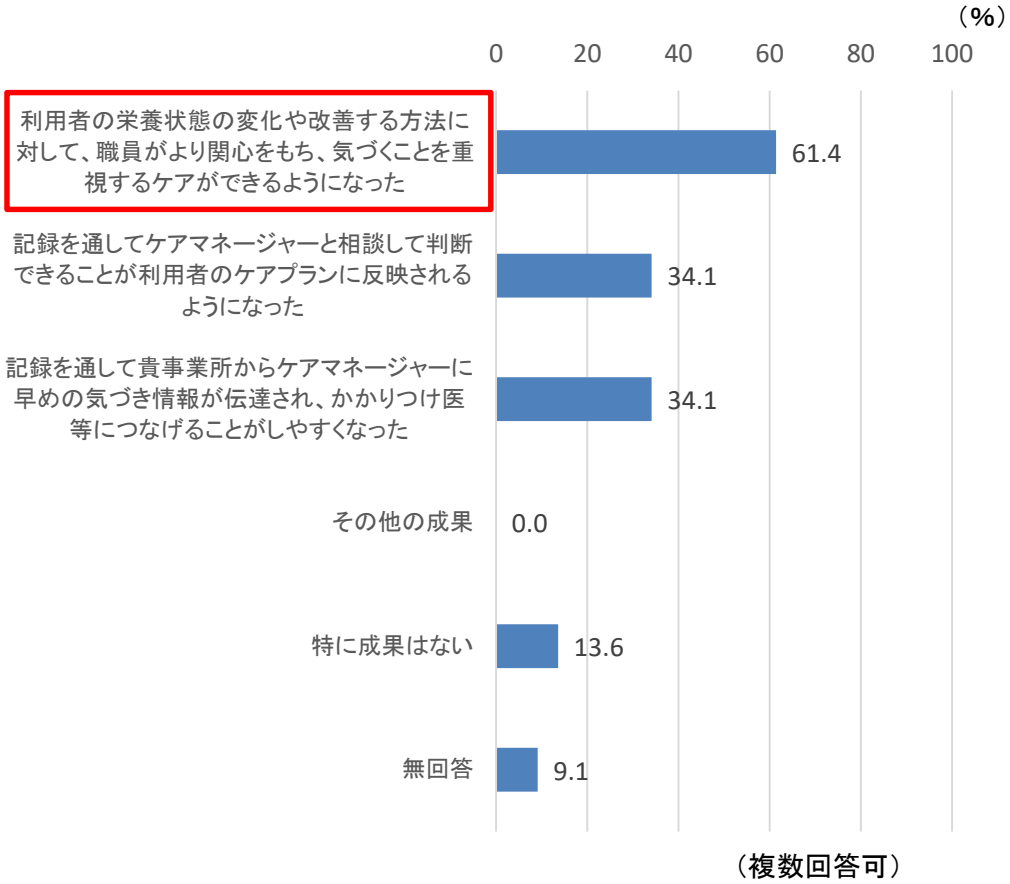


出典：平成30年度 老人保健健康増進等事業 「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（日本健康・栄養システム学会）

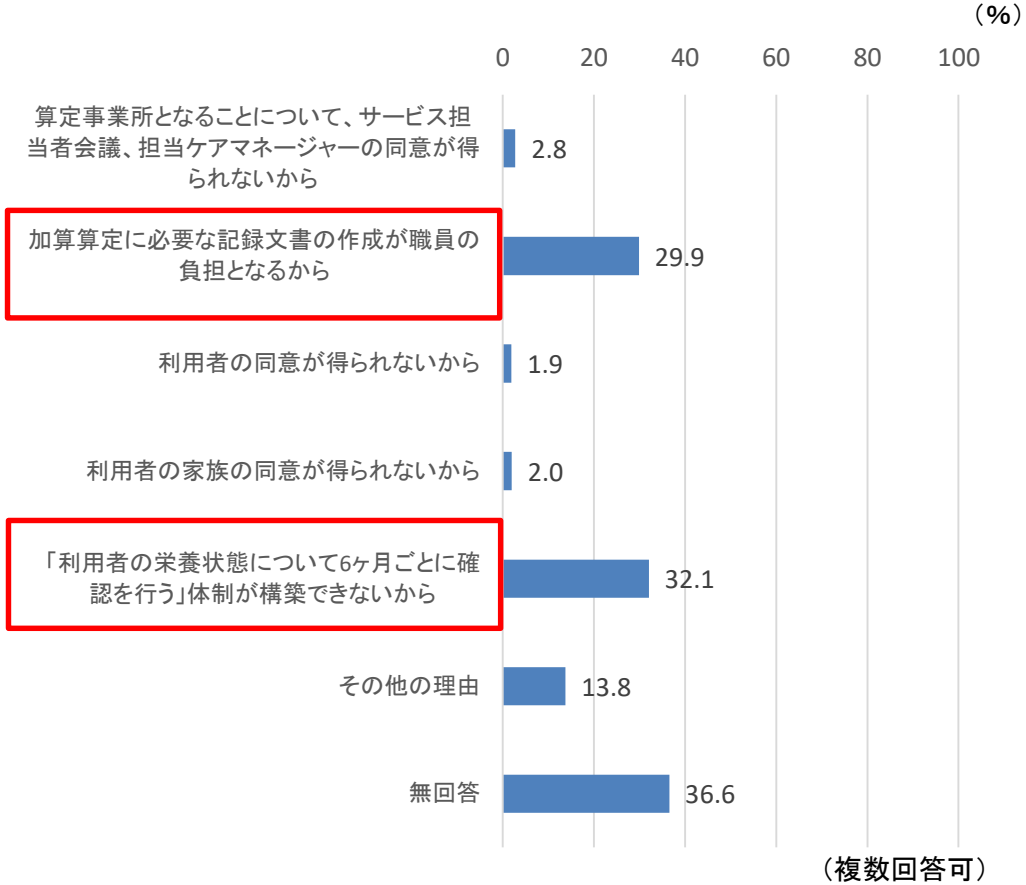
栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由（通所介護）

○　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。

栄養スクリーニング加算：算定による成果　（n=44）



栄養スクリーニング加算：算定しない理由　（n=1228）

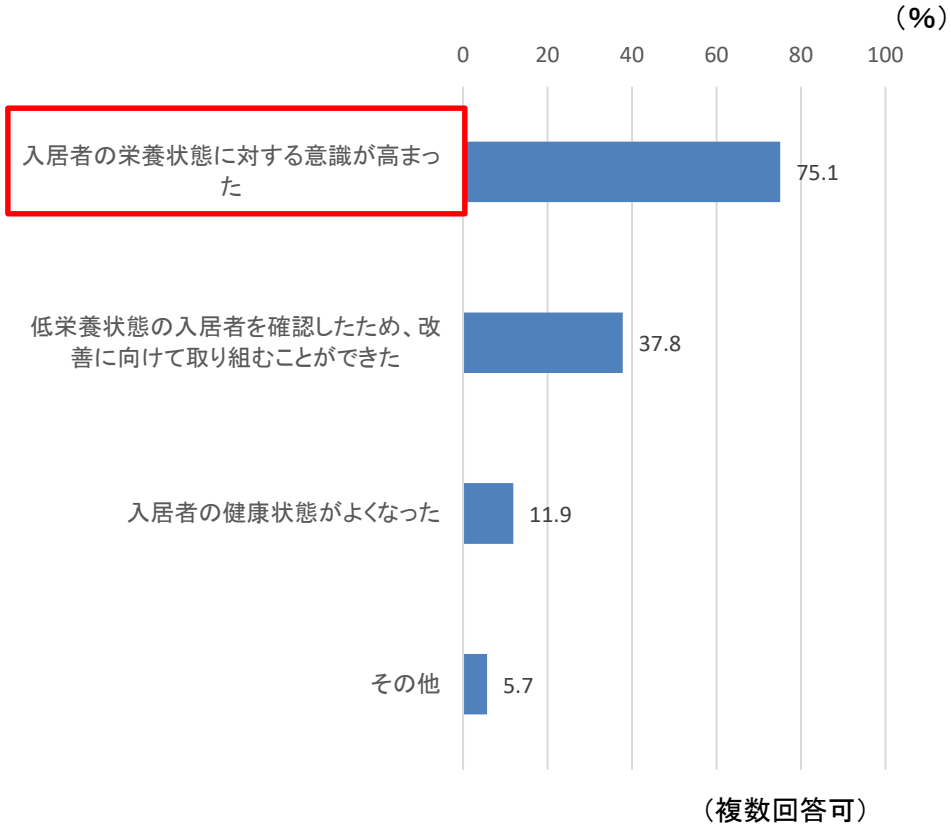


出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業
「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）

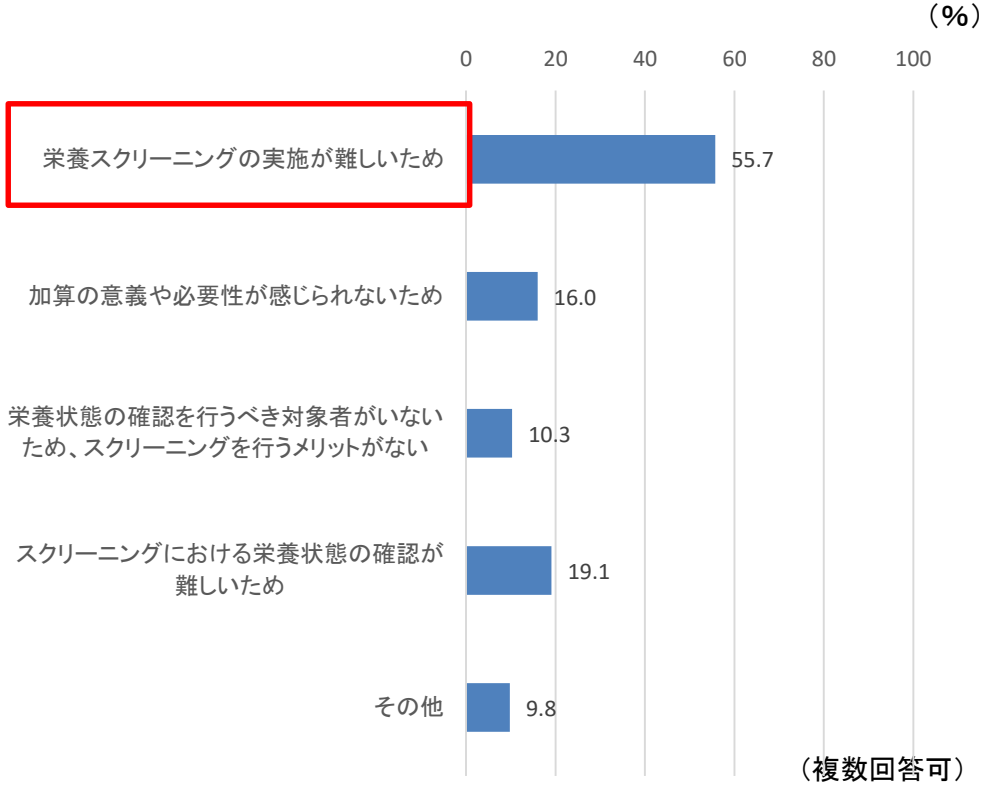
栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由（認知症GH）

○　認知症GH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、「入所者の栄養状態に対する意識が高まった」が最多。
○　一方、算定しない理由としては、「栄養スクリーニングの実施が難しいため」が最多。

栄養スクリーニング加算：算定による成果　（n=193）



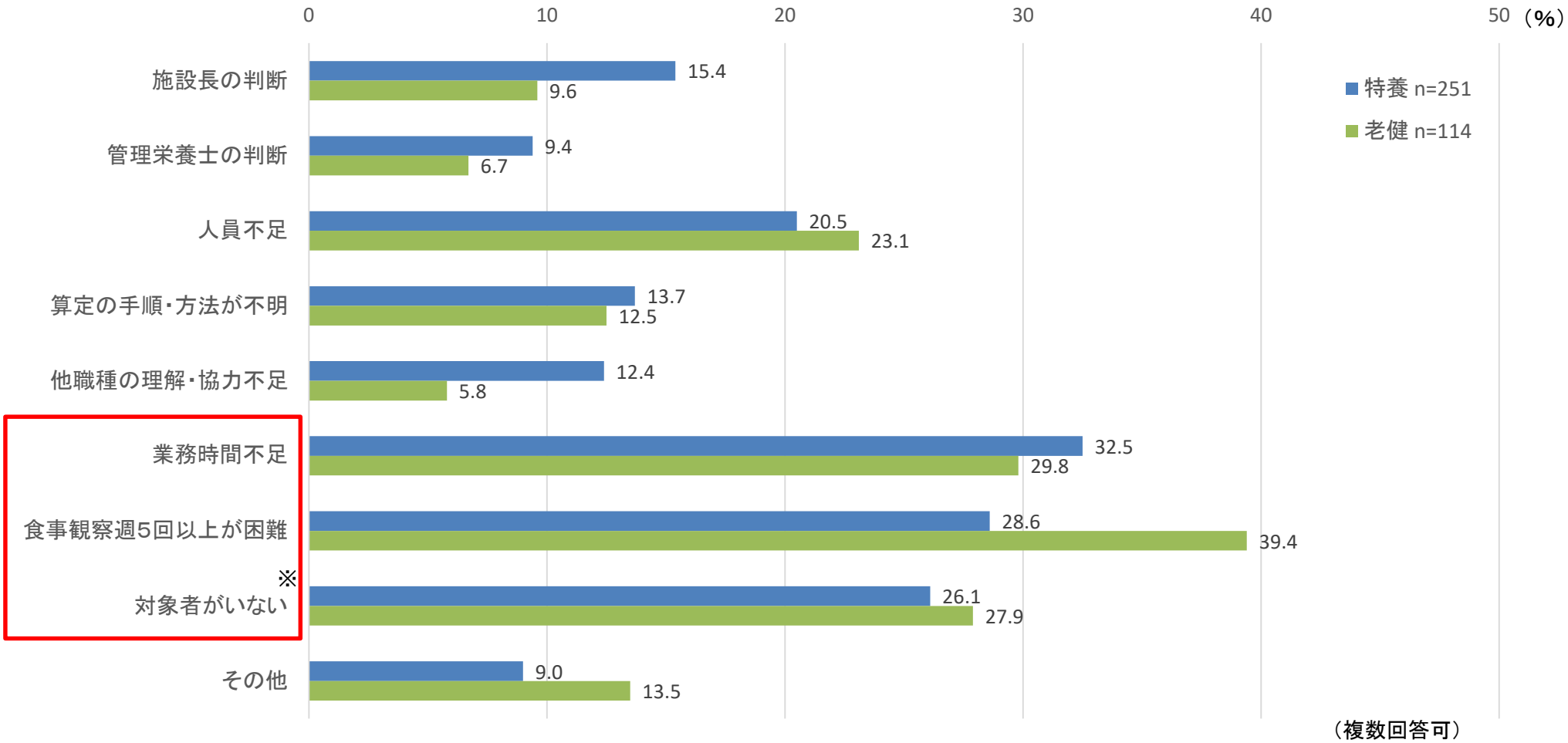
栄養スクリーニング加算：算定しない理由　（n=1321）



出典：令和元年度老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業」
（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）

低栄養リスク改善加算：算定していない理由（介護保険施設）

○　介護保険施設（特養・老健）において、低栄養リスク改善加算を算定していない理由としては、「業務時間不足」、「食事観察週５回以上が困難」、「対象者がいない」が多く挙げられた。



※施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者が対象

出典：令和元年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）

（口腔・栄養）入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携
（平成30年度介護報酬改定）

概要

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

○　介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該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った場合の評価を創設する。

単位数

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	再入所時栄養連携加算　400単位／回（新設）

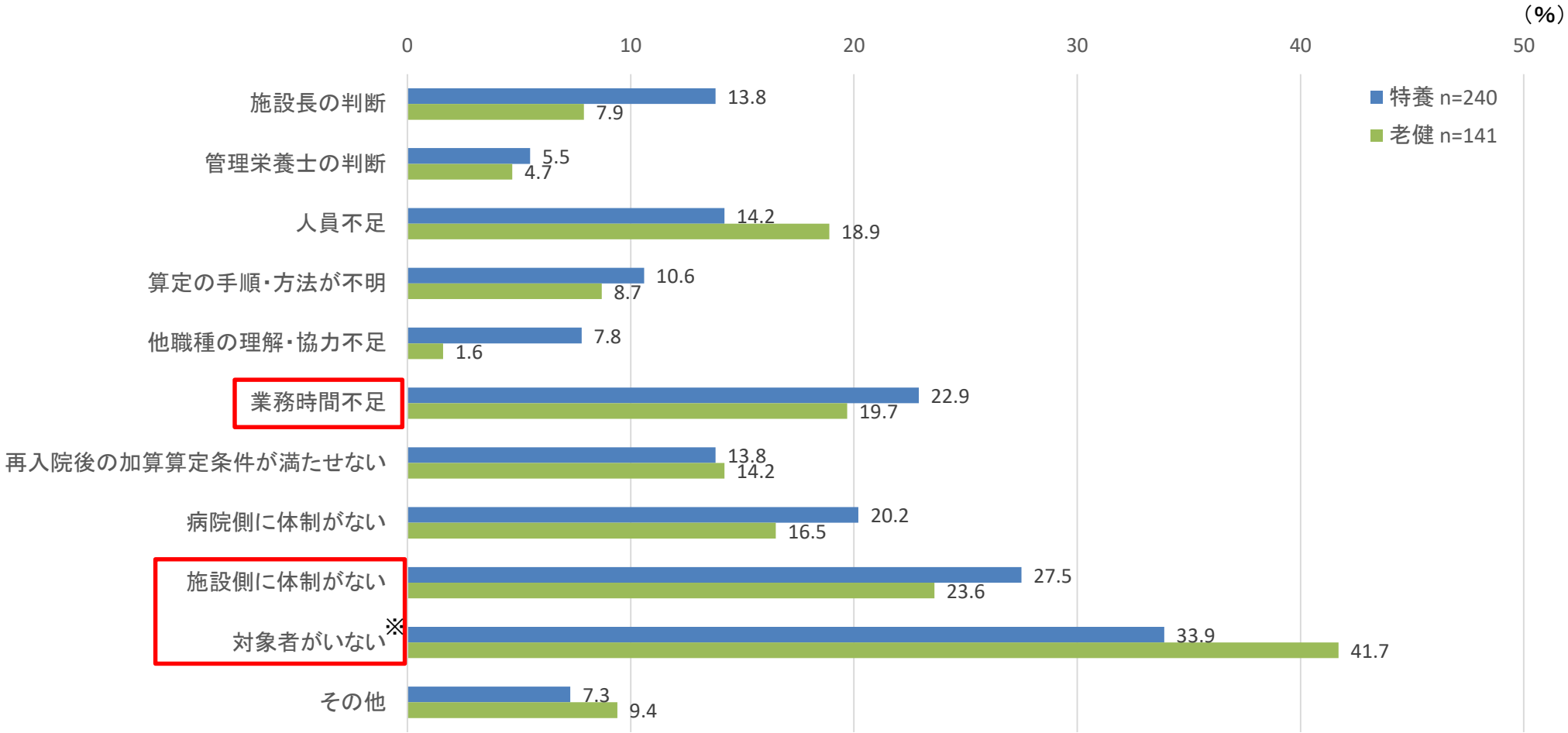
算定要件等

○　介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、１回に限り算定できること。

○　栄養マネジメント加算を算定していること。

再入所時栄養連携加算：算定していない理由（介護保険施設）

○　介護保険施設（特養・老健）において、再入所時栄養連携加算を算定していない理由としては、「対象者がいない」、「施設側に体制がない」、「業務時間不足」が多く挙げられた。



※入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、入院中に経管栄養又は嚥下調整食の新規導入になった場合に対象

（複数回答可）

出典：令和元年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）

（口腔・栄養）栄養マネジメント加算の要件緩和
（平成30年度介護報酬改定）

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○　栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士１名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設（１施設に限る。）との兼務の場合にも算定を認めることとする。【通知改正】

単位数

	＜現行＞		＜改定後＞
栄養マネジメント加算	14単位／日	⇒	変更なし

算定要件等

○　常勤の管理栄養士１名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の介護保険施設（１施設に限る。）との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合にも算定を認めることとする。

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

○　介護保険施設については、管理栄養士が１人程度配置されているが、その他のサービスでは配置が進んでいない。

（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

	通所介護	通所リハビリテーション（介護老人保健施設）	通所リハビリテーション（医療施設）	短期入所生活介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護
管理栄養士	０	０．３	０．１	０．４	０	０
栄養士	０	０．１	０．１	０．２	０	０

（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）

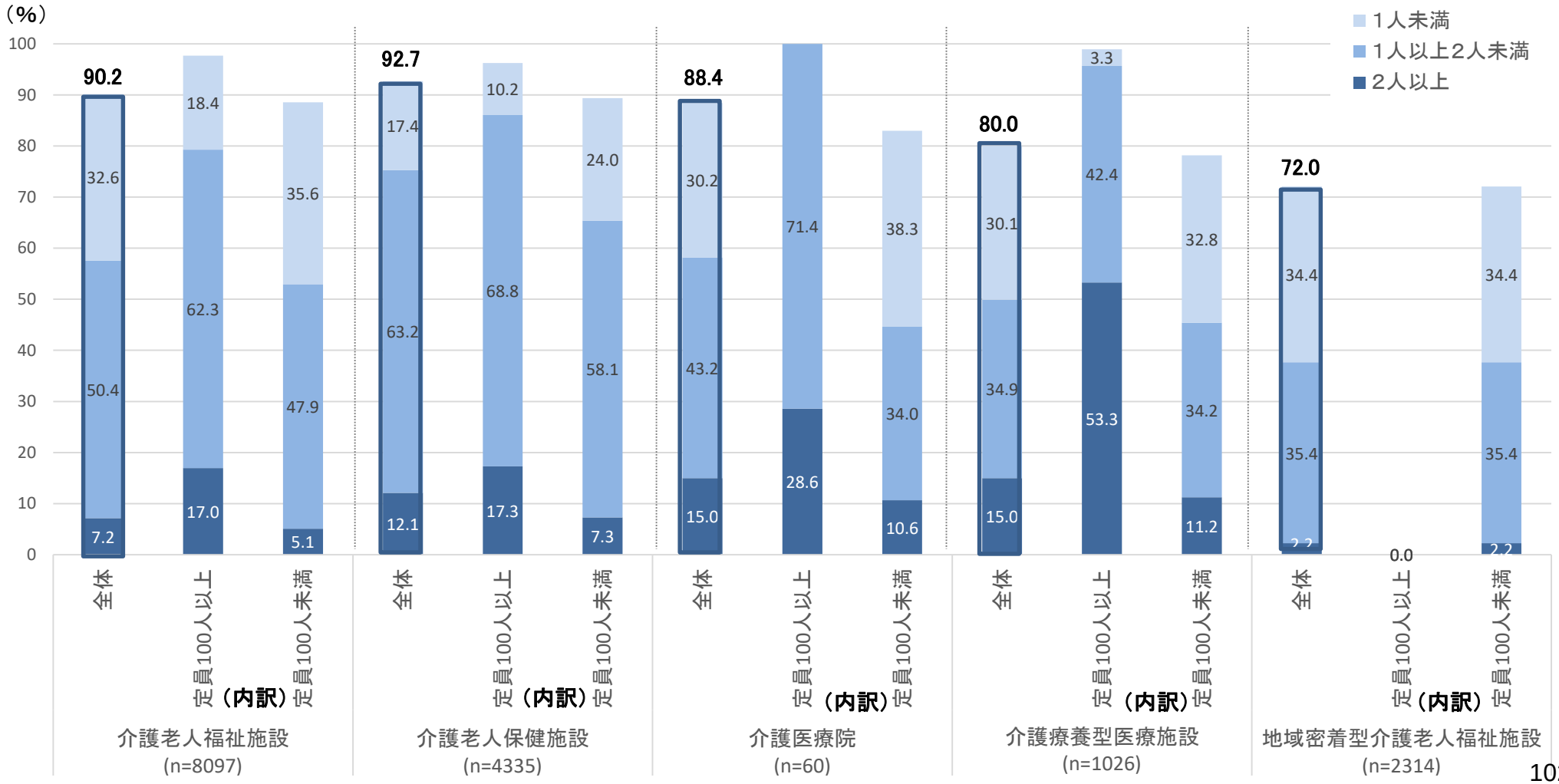
（参考）人員に関する基準

	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人以上の施設にあっては1人以上	入所定員100人以上の施設にあっては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っては、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。

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。

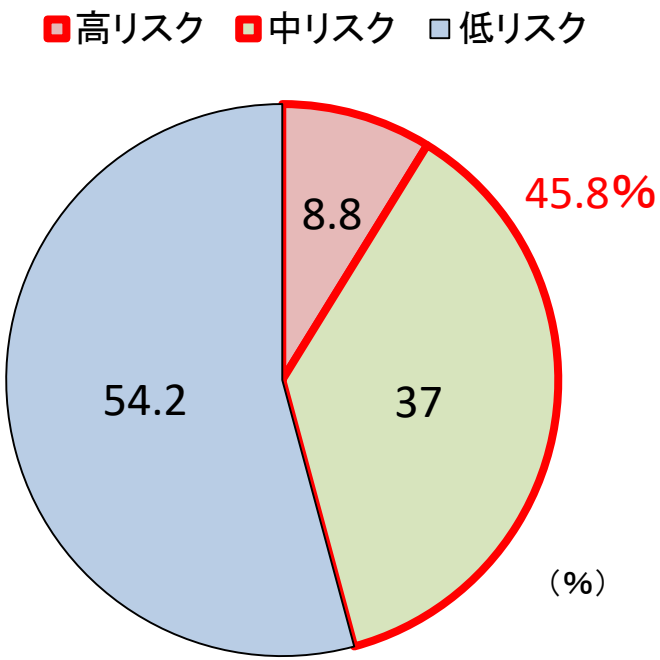


※地域密着型介護老人福祉施設は定員１～29名

（出典）「平成30年度介護サービス施設・事業所調査」より老健局老人保健課作成【特別集計】（平成30年10月１日現在）　注：「１人未満」は0人（配置なし）除く

介護保険施設入所者の栄養状態

○　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



※対象者：　全国464施設（老健・特養）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）

介護保険施設入所者における低栄養リスクと入院・死亡リスクの関連

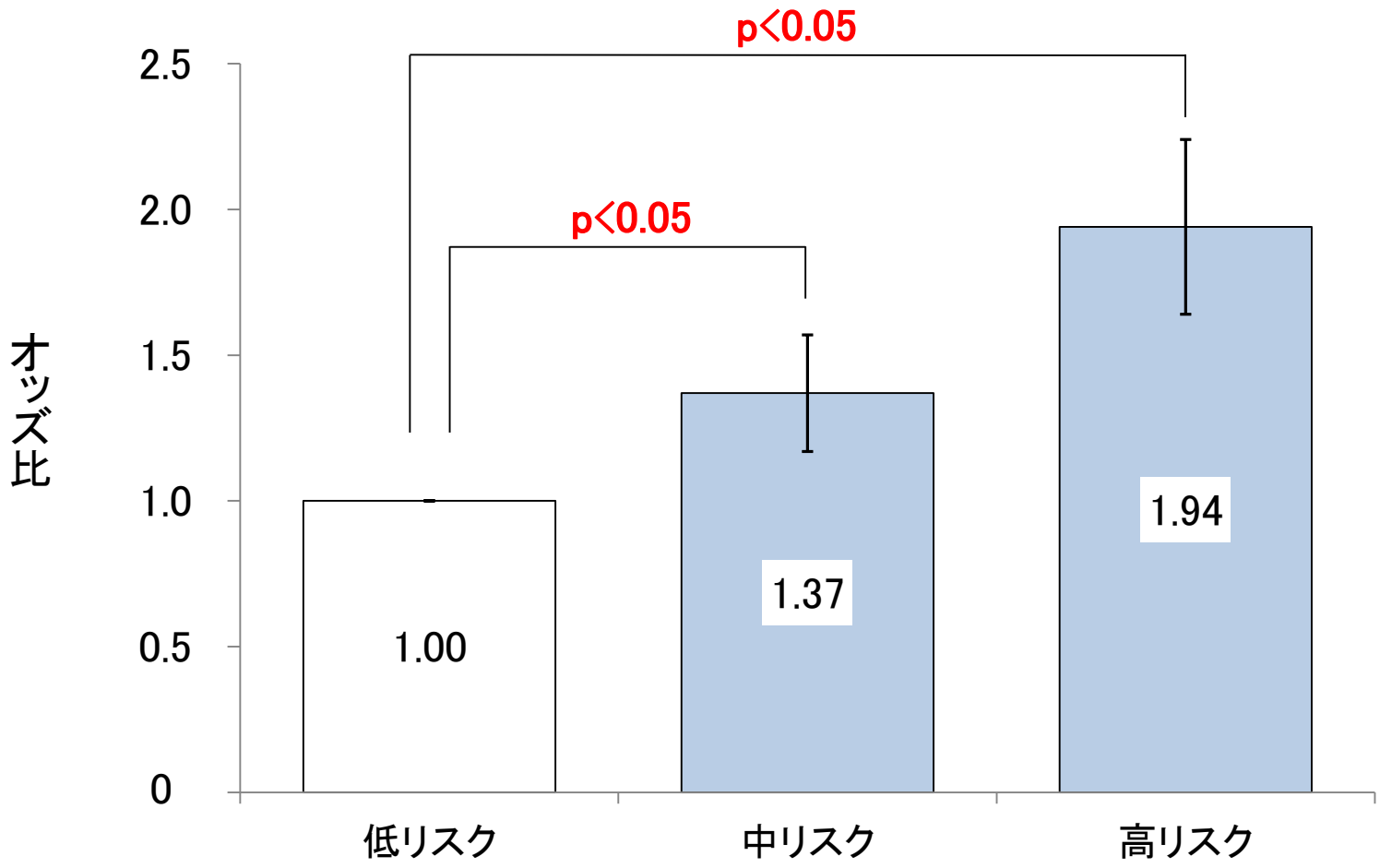


図　低栄養リスクが予後（入院・死亡）に及ぼす影響（低リスクを基準とした場合）

対象施設：　介護老人福祉施設及び介護老人保健施設（141施設）
値：　オッズ比及び95%信頼区間
対象人数：　9,812人
平均追跡期間：　392日間
調整因子：　性、年齢階級、BMI、日常生活自立度、要介護度

出典：平成19年度老人保健健康増進等事業「介護老人福祉施設および介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメントの有効性評価および業務量調査」
（社団法人日本栄養士会　全国福祉栄養士協議会）

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントに関連するプロセスとアウトカム

○　低栄養状態の中・高リスク者が少ない施設は、多職種連携による経口維持の取組や入退所前後の栄養情報連携の実施割合が高かった。
○　誤嚥性肺炎による入院者が少ない施設は、経口維持の取組への医師や歯科衛生士の関与、管理栄養士による高頻度のミールラウンド、入退所前後の栄養情報連携の内容、施設管理栄養士の他施設への関与の割合が高かった。

アウトカム	プロセス
低栄養状態の中・高リスク者数↓ ※1	多職種によるミールラウンドの実施【老健】
	経口維持加算(Ⅰ) 算定あり【老健】
	個別の食事対応が困難ではない【特養】
	入退所前後の医療機関等との栄養ケアに関する情報連携を文書で実施【特養】
	入退所前後の医療機関等との栄養ケアに関する情報連携を双方向で実施【老健】
誤嚥性肺炎による入院者数↓ ※2	多職種ミールラウンドに医師が参加【特養】
	多職種ミールラウンドに歯科衛生士が参加【老健】
	管理栄養士がミールラウンドを週3日以上実施【老健】
	入退所前後の医療機関等との栄養ケアに関する情報連携の内容で、「食事形態」や「食事姿勢・体位」と回答【特養】
	施設管理栄養士が兼任する短期入所生活介護等で「食事の観察」や「栄養相談」を実施【特養】
	施設管理栄養士が兼任する通所サービスで「食事の観察」を実施【老健】

※1　低栄養リスクが中・高リスク者数（入所者100名あたり）の施設種別中央値以下　※2　入院者のうち誤嚥性肺炎入院者数（入所者100名あたり）の施設別中央値以下

【特養】283施設、【老健】181施設

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）

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

➢ 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

（新）　栄養情報提供加算　50点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。

入院医療機関

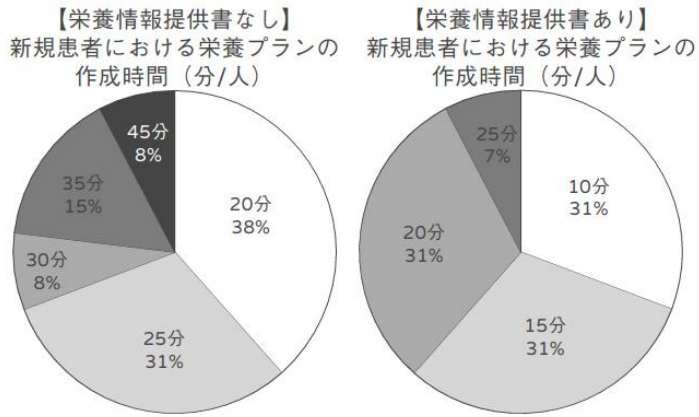
＜入院中の栄養管理に関する情報＞
- 必要栄養量
- 摂取栄養量
- 食事形態（嚥下食コードを含む。）
- 禁止食品
- 栄養管理に係る経過　等

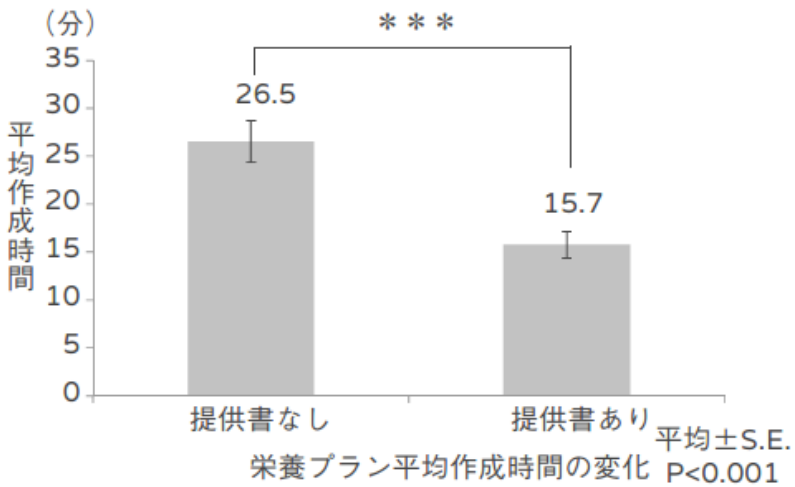
在宅担当医療機関等

栄養管理に関する情報提供の効果について

中医協　総－２
元．１１．８

○　栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
○　栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。





出典：宮崎ら、日本栄養士会雑誌60(6)、327-335(2017)

表　栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1～6か月以内	有意差（転帰直後 VS 1～6か月以内）
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典：田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

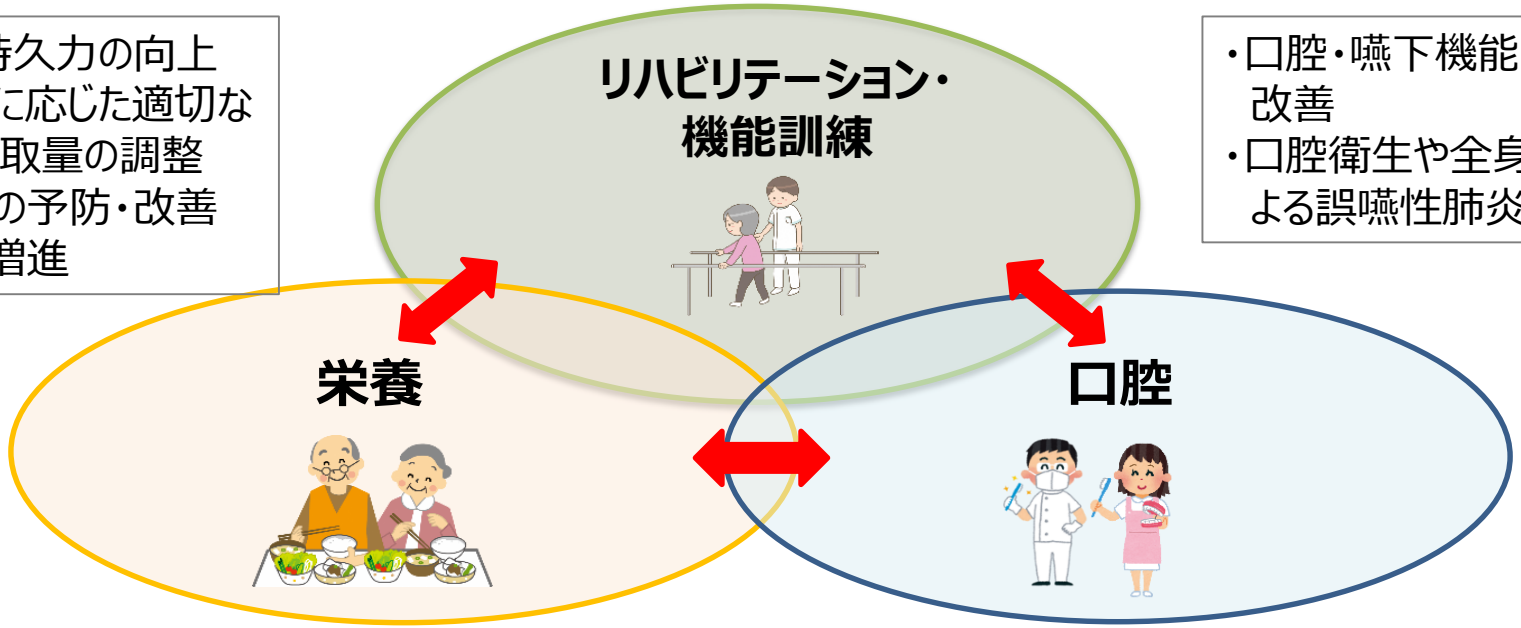
自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

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

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

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

・口腔・嚥下機能の維持・改善
・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防



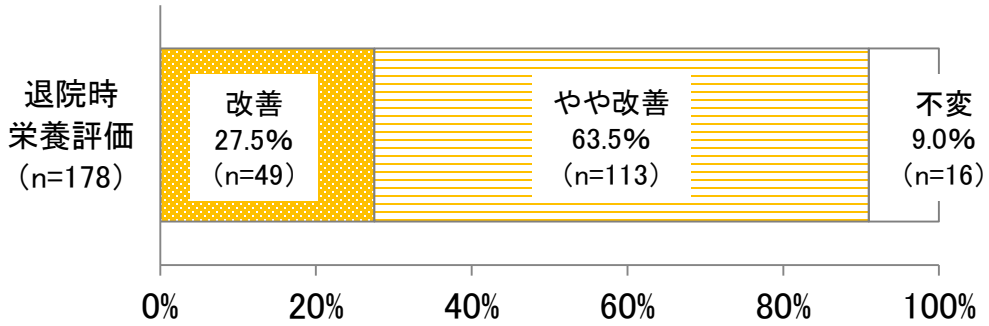
・適切な食事形態・摂取方法の提供　・食事摂取量の維持・改善　・経口摂取の維持

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

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。

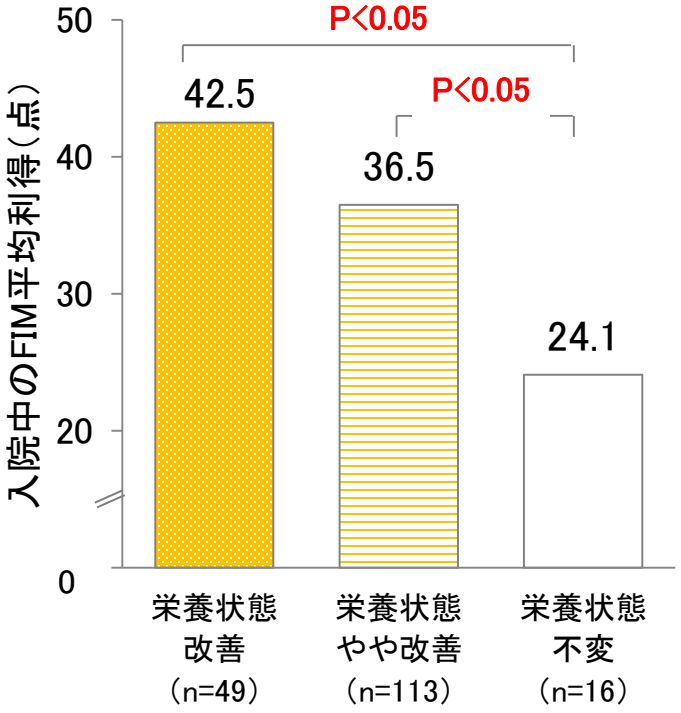
○　栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



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

口腔・栄養

＜現状と課題＞

■　介護保険施設における口腔管理は、入所者の口腔ケア・マネジメント計画をもとに、誤嚥性肺炎の予防や経口摂取の維持のため、個々の入所者に対する口腔ケア等を実施している。居宅サービスにおける口腔管理については、口腔機能の低下している利用者に対する口腔機能向上サービスの提供等を実施している。

■　介護保険施設における栄養管理は、個々の入所者の健康状態や栄養状態に応じ、多職種が連携して行う栄養ケア・マネジメントを基本としつつ、摂食嚥下機能が低下した入所者に対する経口摂取の支援等を実施している。居宅サービスにおける栄養管理については、低栄養状態又はおそれのある利用者に対する栄養改善サービスの提供等を実施している。

■　これまでの介護報酬改定において、口腔・栄養管理の充実を図る観点から

- 平成27年度改定では、多職種連携による口から食べる楽しみの支援に関する取組の充実
- 平成30年度改定では、
  - ➢ 口腔について、専門的な口腔管理体制の評価の対象拡大、介護施設入所者個別の口腔衛生管理の要件見直し
  - ➢ 栄養について、居宅要介護者等の栄養状態の定期的な把握、低栄養状態の入所者に対する重点的な栄養管理、医療機関と介護施設の栄養に関する連携強化の評価

等を行ってきたところ。

■　このような中、

- 口腔については、介護保険施設における口腔衛生管理体制は整いつつあるものの、介護職員や多職種との連携による口腔管理等の取組内容への課題がみられる。また、通所サービス事業所における口腔機能向上の取組は低調であり、利用者の把握や歯科医療機関との連携への課題がみられる。
- 栄養については、介護保険施設における入所者ごとの栄養管理は充実してきたものの、低栄養リスクが高い者への丁寧な対応や医療機関等との連携のための体制には課題がみられる。また、居宅における栄養改善の取組は低調であり、介護職員等による栄養スクリーニングの実施や管理栄養士の確保に課題がみられる。

口腔・栄養

＜論点＞

■　口腔健康管理や低栄養状態の改善は、健康寿命の延伸やQOLの向上にも重要であるが、

・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・栄養管理を効果的・効率的に行うためには、どのような方策が考えられるか。

・また、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ためには、どのような方策が考えられるか。

■　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。

４．重度化防止の推進等について

寝たきり予防・重度化防止の取組み

年代	高齢化率	主な政策
1980年代 社会的入院や 寝たきり老人の 社会的問題化	9.1% （1980）	1989年　ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）策定 在宅福祉政策や施設福祉対策など、高齢者の保健福祉基盤の整備の計画的な整備を目指す。 〇寝たきり老人ゼロ作戦 • 脳卒中や骨粗鬆症など原因となる病気の予防、適切なリハビリテーションの普及 • 寝たきりゼロへの10か条
1990年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	12.0% （1990）	1994年　新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）策定 ゴールドプランの整備目標を上方修正。 〇新寝たきり老人ゼロ作戦 1997年　介護保険法成立 1999年　ゴールドプラン21（今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向）策定 高齢者保健福祉施策の一層の充実を図る新たなプラン。 〇ヤング・オールド作戦 • 総合的な疾病管理の推進 • 地域リハビリテーション体制の整備 • 生きがい、介護予防、社会参加の推進
2000年代～ 介護保険制度の実施	17.3% （2000）	2000年　介護保険法施行

引用：日本の介護保険制度について（2016年11月厚生労働省老健局）

寝たきりゼロへの10か条

「寝たきりゼロへの10か条」の普及について

平成3年3月7日　老健第18号
都道府県知事・指定都市市長宛
厚生省大臣官房老人保健福祉部長

寝たきりゼロへの10か条

第1条　脳卒中と骨折予防
寝たきりゼロへの第一歩
【原因や誘因の発生予防】
第2条　寝たきりは　寝かせきりから　作られる
過度の安静　逆効果
【作られた寝たきりの予防】
第3条　リハビリは　早期開始が　効果的
始めよう　ベッドの上から訓練を
【早期リハビリテーションの重要性】
第4条　くらしの中での　リハビリは
食事と排泄，着替えから
【生活リハビリテーションの重要性】
第5条　朝おきて　先ずは着替えて　身だしなみ
寝・食分けて　生活にメリとハリ
【寝・食分離をはじめ，生活のメリハリの必要性】
第6条　「手は出しすぎず　目は離さず」が介護の
基本
自立の気持ちを大切に
【主体性．自立性の尊重】
第7条　ベッドから　移ろう移そう　車椅子
行動広げる　機器の活用
【機器の積極的活用】
第8条　手すりつけ　段差をなくし　住みやすく
アイデア生かした　住まいの改善
【住環境の整備促進】
第9条　家庭(うち)でも社会(そと)でも　よろこび見つけ
みんなで防ごう　閉じ込もり
【社会参加の重要性】
第10条　進んで利用　機能訓練　デイ・サービス
寝たきりなくす　人の和　地域の輪
【地域の保健・福祉サービスの積極的利用】

今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向
－ゴールドプラン21－

平成11年12月19日
大蔵・厚生・自治　3大臣合意

2. 今後取り組むべき具体的施策

（中略）

（3）元気高齢者づくり対策の推進

－「ヤング・オールド（若々しい高齢者）作戦」の推進－

（施策の方向）

高齢者が健康で生きがいを持って生活を送ることができるよう、健康づくりや介護予防事業を積極的に推進するとともに、地域における生きがいづくりや社会参加を支援する。

これにより、若々しく元気な高齢者（特に心身ともに健康な前期高齢者）が、介護分野をはじめとして地域活動に積極的に参加し、地域社会を支える役割を担うことを可能とする環境を作り出す。

※寝たきりゼロを目指す「新寝たきり老人ゼロ作戦」を発展させ、元気高齢者づくりを推進する対策として、将来的に自立高齢者の割合を9割程度に引き上げることを目指す「ヤング・オールド作戦（＊）」を新たに推進する。

① 総合的な疾病管理施策の推進

保健事業第4次計画を推進。特に体系的な健康度評価（ヘルスアセスメント）に基づく個別健康教育を高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙について重点的に実施。

② 地域リハビリテーション体制の整備

地域リハビリテーション脇議会及び広域支援センターを整備し、身近な医療機関においてリハビリテーションや介護予防に資する医療サービスが受けられるよう支援。

③ 介護予防事業の推進

市町村が介護予防の観点から実施する介護予防教室や地域住民のボランティアグループに対する支援事業などを支援。

④ 生きがい活動の支援

高齢者の引きこもり予防のために、生きがい活動支援通所事業（生きがい対応型デイサービス事業）などの生きがい活動を支援。

⑤ 社会参加・就業の支援

老人クラブ活動やシルバー人材センター事業の支援などを通じ、高齢者の地域における社会参加、教養文化活動や就業を推進。

＊ヤング・オールド作戦～高齢者が、できる限り「若々しい高齢者（ヤング・オールド）」として、健康で生き生きとした生活を送れるようにするための一連の施策を名付けたもの。特に「前期高齢者（65歳～74歳、ヤング・オールド）」に関して、積極的な社会参画を進めるねらいも込めている。

介護保険法における自立に関する規定について

○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。

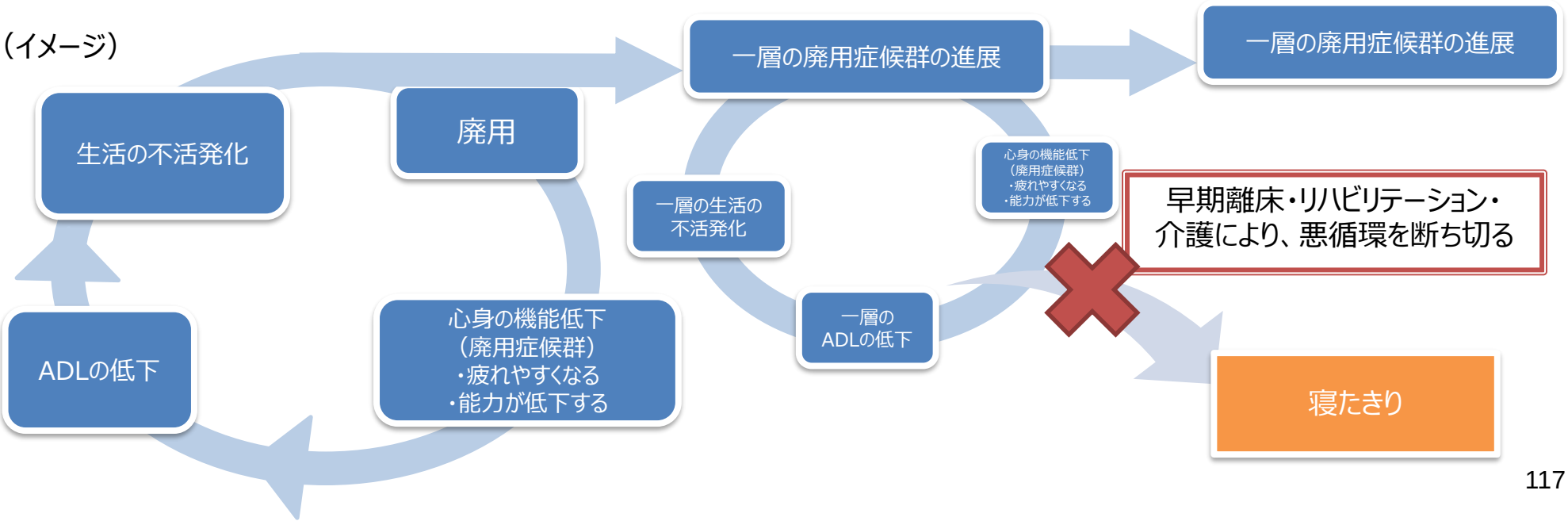
寝たきり予防について

【平成12年　厚生白書より抜粋】

○　身体活動や運動は、疾病の予防につながるだけでなく、運動機能を高め、転倒による骨折などにより寝たきりになることを防ぐことにもつながる。かつて、高齢期になると身体機能が低下し、寝たきりになるのはやむを得ないと考えられていた。しかし、それは「寝かせきり」によるものであり、現在では寝たきりは適切なケアにより予防できることが知られている。

○　心身の機能を適切に使用しないこと（廃用）による機能の低下は、共通の原因により多数の臓器に同時に生じるため、「廃用症候群」と呼ばれている。これは、若年者よりも高齢者に起こりやすい。最初は軽い転倒のような、わずかなきっかけによって生じるが、一度起こると、若年者に比べて回復は困難となりがちである。また、これは廃用症候群→機能低下（疲れやすくなる、能力が低下する）→ＡＤＬの低下→生活の不活発化→一層の廃用症候群の進展という悪循環を作り、最終的に「寝たきり老人」を作る大きな原因となっている。この場合、早期に離床し、早期に自立を目指すリハビリテーションおよび介護を行うことにより、悪循環を断ち切ることが、寝たきり予防につながる。

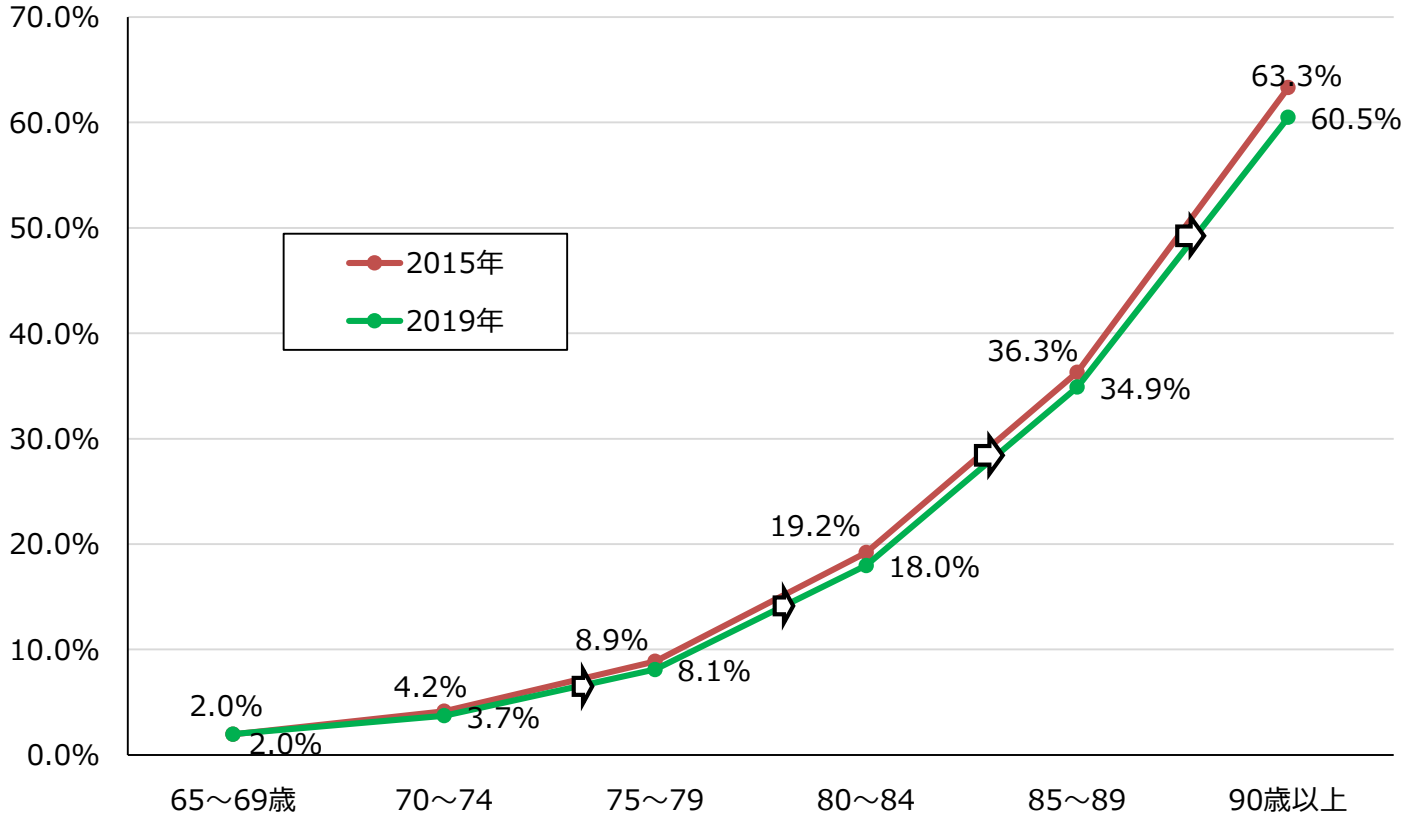
（イメージ）



要介護認定率の推移について

○　介護保険制度により、一般介護予防事業、介護予防・日常生活支援総合事業、予防給付等介護予防のための様々な取組を行ってきたところであるが、近年の要介護認定率をみると、年齢階級別の認定率は低下し、要介護認定に至らない期間が延長してきている。

第１号被保険者の年齢階級別認定率の認定率（要介護１～５）の推移
（介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成）

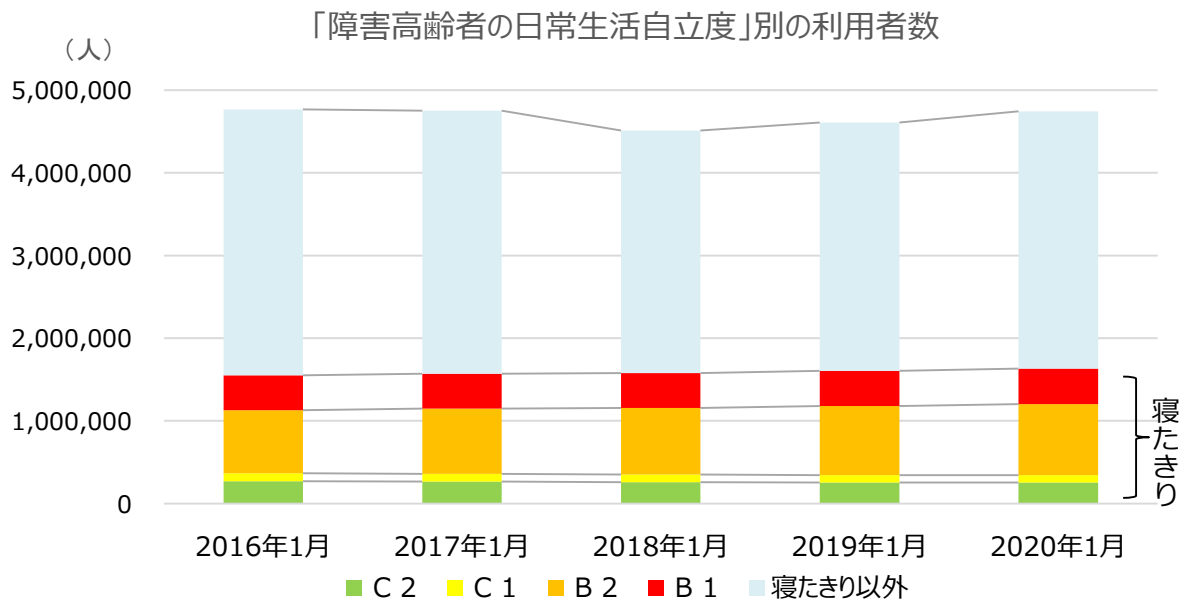


※　各年の9月末日時点の認定者数（介護保険事業状況報告月報より）及び10月１日時点の人口（人口推計より）から作成

障害高齢者の日常生活自立度

○　要介護認定等に至った者のうち、「寝たきり」の状態の利用者数は、微増傾向にある。

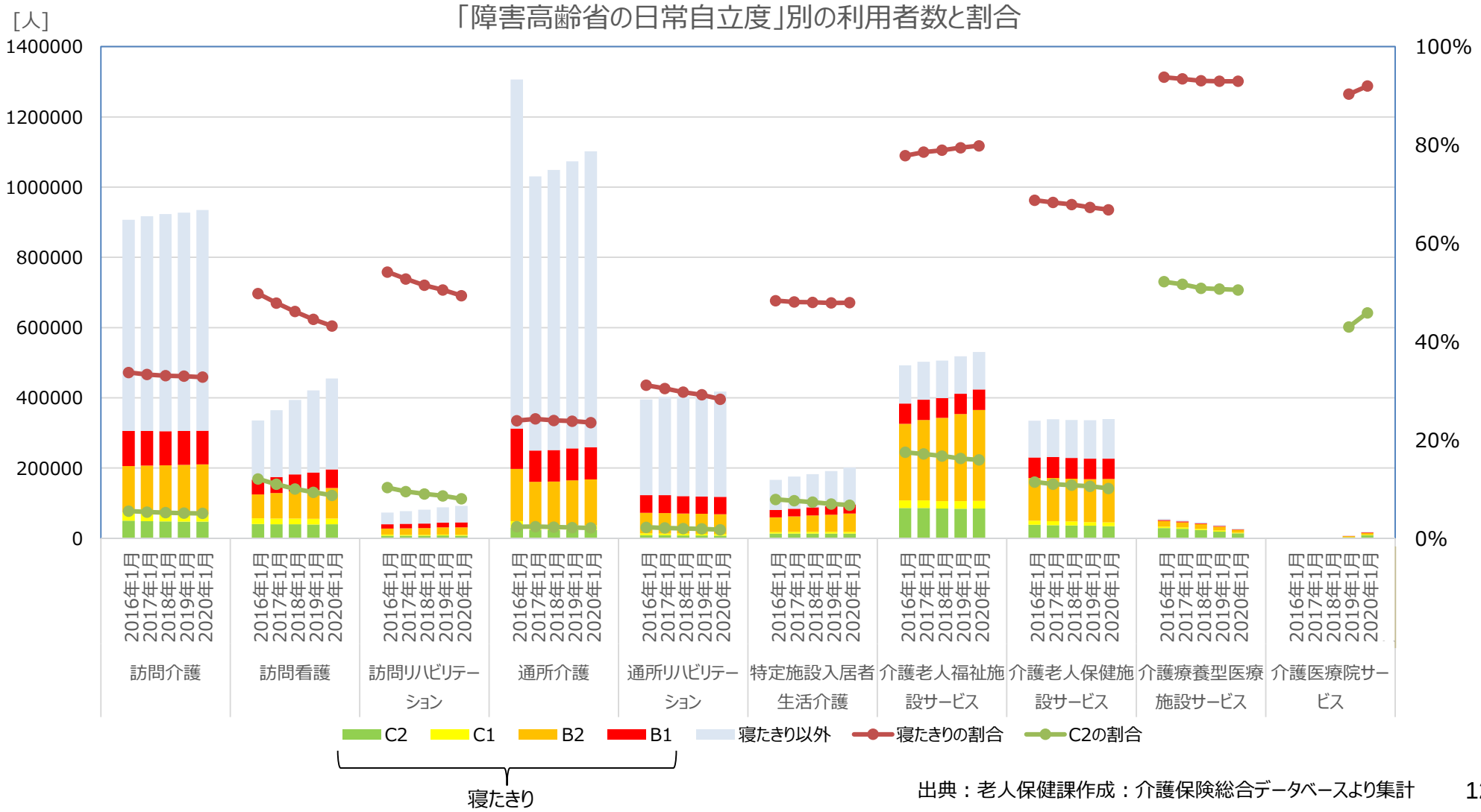
生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない



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

障害高齢者の日常生活自立度

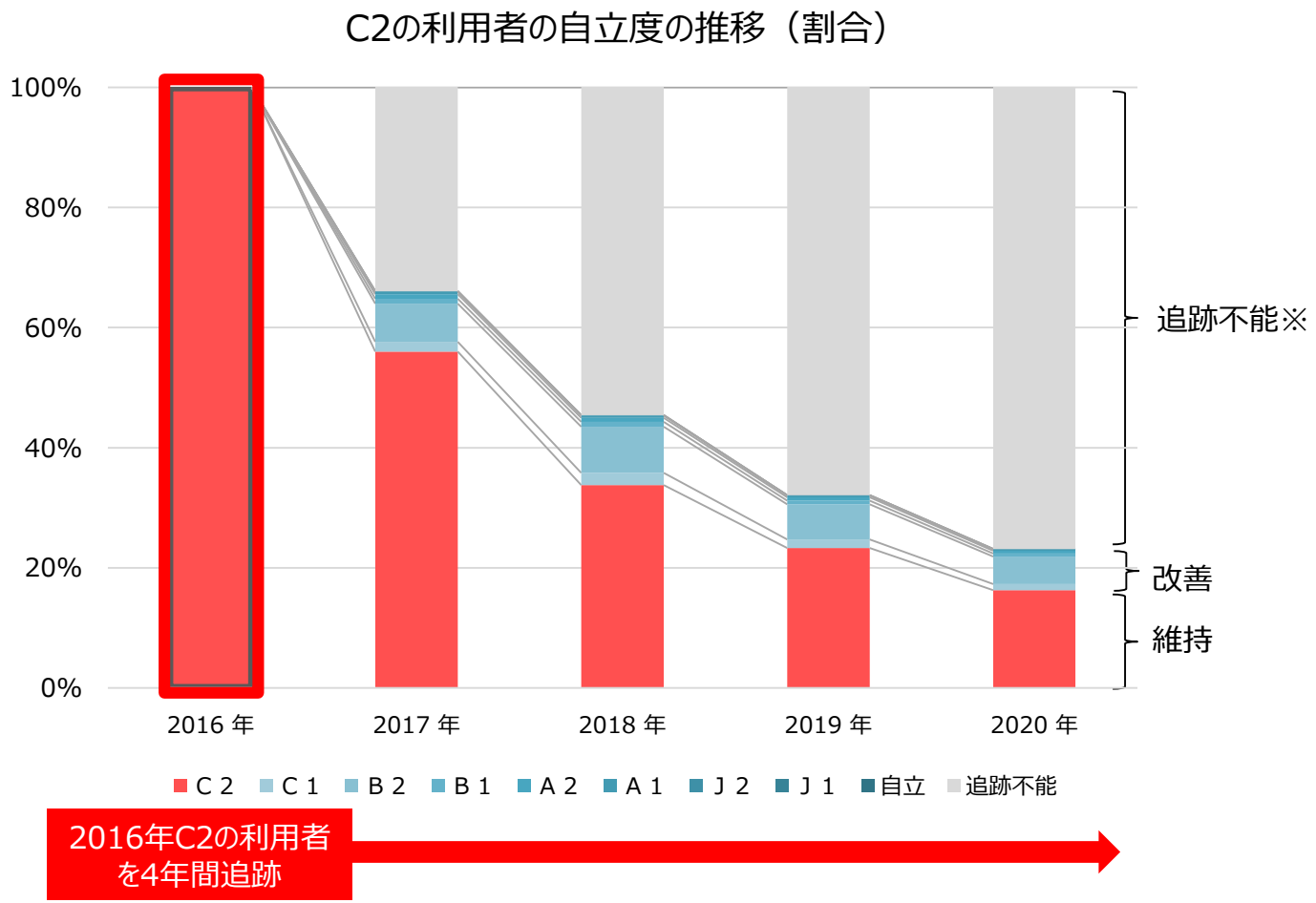
○　「寝たきり」状態の利用者数は、特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設サービス、訪問看護、訪問リハビリテーションなどでやや増加している。
○　介護療養型医療施設・介護医療院では利用者の約２人に1人が、介護老人福祉施設では約５人に１人がC2の状態である。



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

障害高齢者の日常生活自立度の推移

○　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。



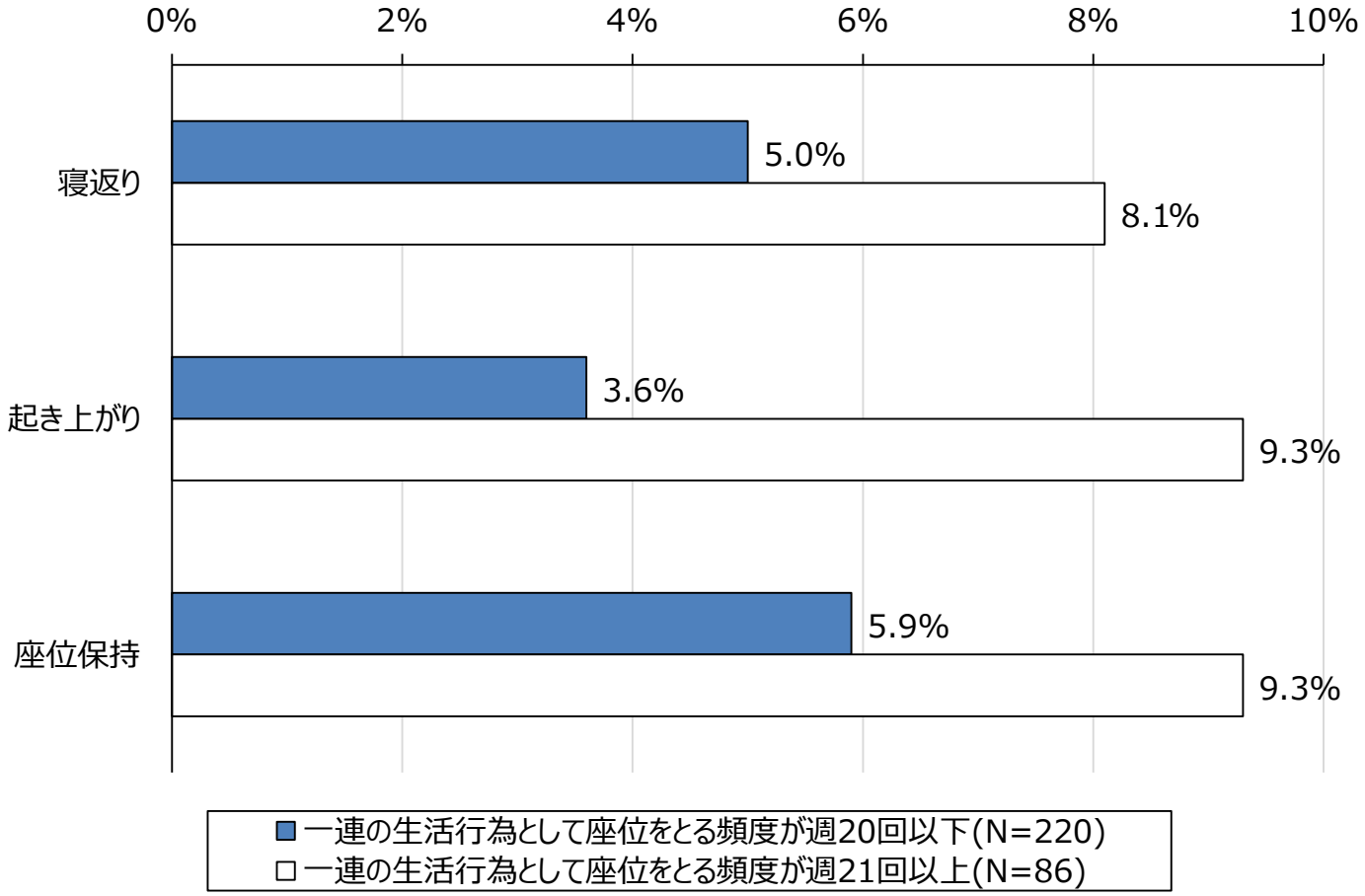
（※　死亡や転居等により、日常生活自立度の追跡ができなかった者）

（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

○　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

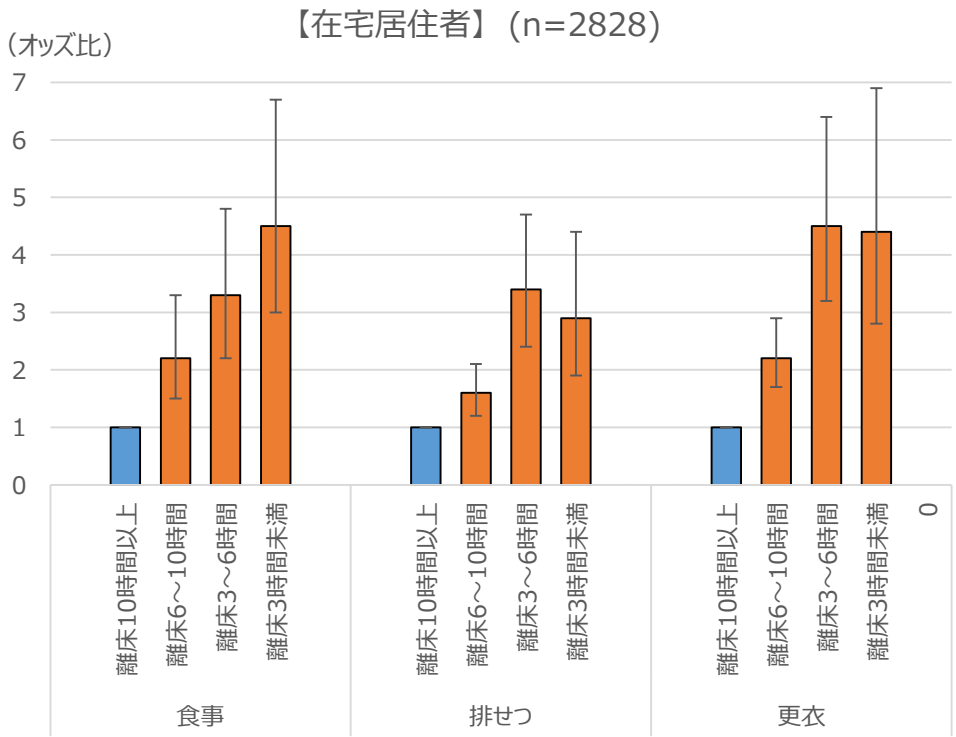


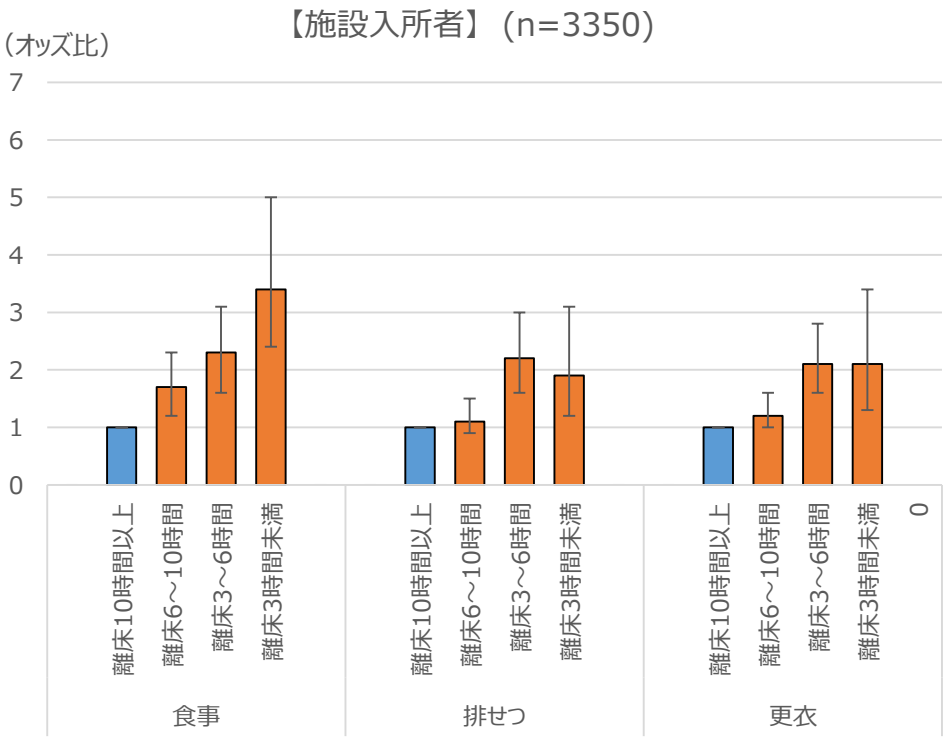
（出典）令和元年度老人保健事業推進費等補助金　長期療養を目的とした施設におけるリハビリテーションの在り方等に関する調査研究事業のデータをもとに老人保健課で集計

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

○　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

排せつ支援加算の概要
（平成30年度介護報酬改定）

○　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。

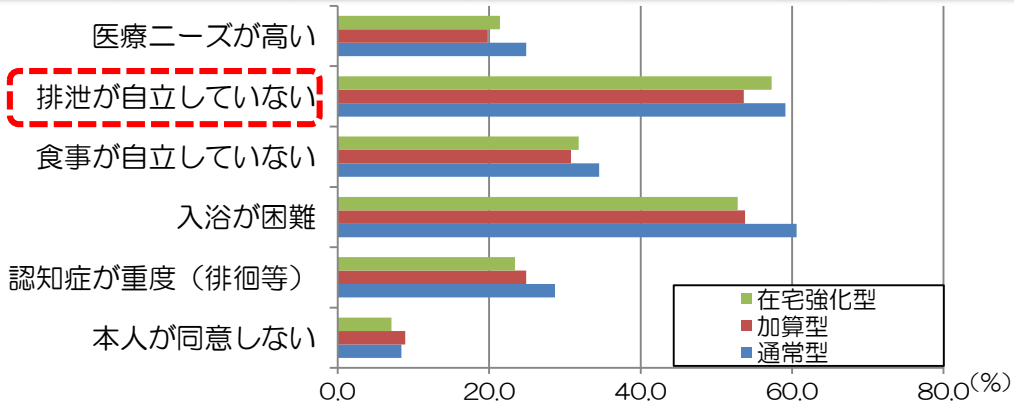
各種の施設系サービス

○　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阻害要因（n:10,928）



排泄に係るガイドライン(例)

○EBM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）

排せつ支援加算の算定要件の考え方

Step1.　加算を算定しようとする入所者が次の要件を満たすことを確認する。

① 排せつに介護を要すること

・要介護認定調査の「全介助」又は「一部介助」であることが目安。

※おむつの使用は必須ではなく、またおむつを使用していれば必ず対象になるとも限らない。

② 適切な対応を行うことにより排せつにかかる要介護状態の軽減が見込めること

・医師又は医師と連携した看護師が判断。

※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する。また、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、判断を行う際に医師へ相談することとする。

・要介護認定調査の「全介助」から「一部介助」以上に、又は「一部介助」から「見守り等」以上に６月以内に改善する見込みであることが目安。

※おむつを使用している入所者の場合、おむつを外せる見込みであることは必須ではなく、またおむつを外せる見込みであれば必ず対象になるとも限らない。

Step2.　加算を算定しようとする入所者について、原因分析、支援計画の作成を行う。

・原因分析、支援計画の作成は医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種が共同して行う。

・失禁に係る各種ガイドラインを参考にする。

※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

Step3.　支援計画に基づいた支援を継続して実施した場合に加算が算定可能。

・支援を開始する前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。

・支援を継続して実施している間、支援を開始した月を１月目として、６月目まで算定可能。

例：　平成３０年６月から支援を開始した場合、支援を継続して実施していれば同年１１月までは算定可能。

・同一入所期間中、１回まで算定可能。

例：　ある入所者に平成３０年６月に算定した場合、同年１２月以降、退所するまで、当該利用者には算定不可。

・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、 Step1.②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。

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%

出典：老人保健課作成（介護保険総合データベースを用いて集計）

排せつ支援加算に関連する意見

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

褥瘡マネジメント加算の概要
（平成30年度介護報酬改定）

○　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。

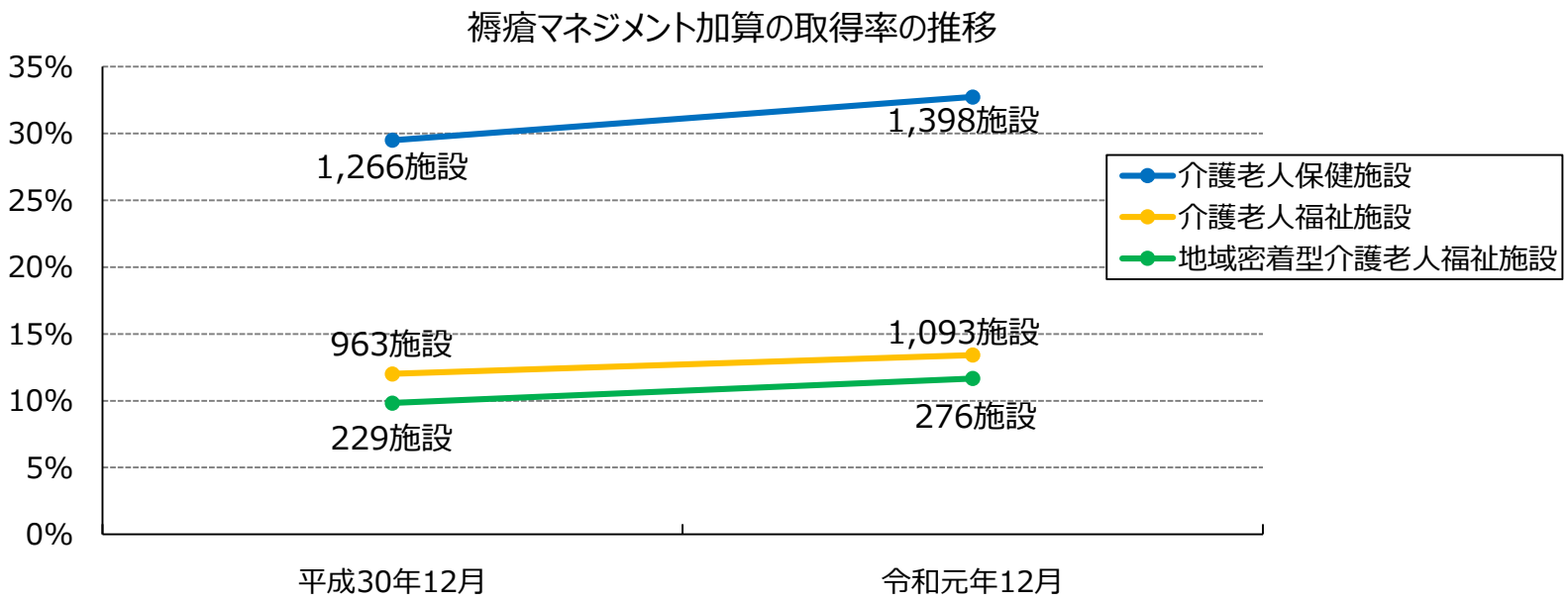
褥瘡マネジメント加算　**10単位／月（新設）**
（※３月に１回を限度とする）

※　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

○　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12月サービス提供分		令和元年12月サービス提供分	
	算定施設数	取得率	算定施設数	取得率
介護老人保健施設	1,266	29.49%	1,398	32.73%
介護老人福祉施設	963	12.01%	1,093	13.43%
地域密着型介護老人福祉施設	229	9.83%	276	11.66%



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

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（平成30年度）①

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

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

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（平成30年度）②

褥瘡マネジメントの実施状況について　（２）入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価状況

【リスク評価の実施頻度】
- ○ 褥瘡マネジメント加算を「算定している」と回答した施設において、リスク評価の実施頻度が「3ヶ月に1回以上」と回答した施設の割合は、**前年度は約３～４割であったが、今年度は約７～８割と増加**した。
- ○ 褥瘡マネジメント加算を「算定していない」と回答した施設では、リスク評価の実施頻度が「3ヶ月に1回以上」と回答した施設の割合が、**前年度は約４～５割、今年度は約５～６割**と微増した。

図表２【施設票】リスク評価の実施頻度×褥瘡マネジメント加算の算定状況（左：介護老人保健施設、右：介護老人福祉施設）

褥瘡マネジメント加算導入前　平成29年度

	件数	入所時のみ	3ヶ月に1回以上	3ヶ月に1回未満	不定期	その他	無回答
算定している	430	57 13.3%	170 **39.5%**	15 3.5%	70 16.3%	40 9.3%	78 18.1%
算定していない	522	66 12.6%	246 **47.1%**	19 3.6%	78 14.9%	41 7.9%	72 13.8%

	件数	入所時のみ	3ヶ月に1回以上	3ヶ月に1回未満	不定期	その他	無回答
算定している	290	16 5.5%	106 **36.6%**	22 7.6%	46 15.9%	33 11.4%	6 2.1%
算定していない	778	24 3.1%	325 **41.8%**	100 12.9%	172 22.1%	60 7.7%	9 1.2%

褥瘡マネジメント加算導入後　平成30年度

	件数	入所時のみ	3ヶ月に1回以上	3ヶ月に1回未満	不定期	その他	無回答
算定している	430	8 1.9%	336 **78.1%**	14 3.3%	7 1.6%	13 3.0%	52 12.1%
算定していない	522	38 7.3%	304 **58.2%**	14 2.7%	62 11.9%	29 5.6%	75 14.4%

	件数	入所時のみ	3ヶ月に1回以上	3ヶ月に1回未満	不定期	その他	無回答
算定している	430	1 0.3%	242 **83.4%**	11 3.8%	4 1.4%	1 0.3%	31 10.7%
算定していない	522	15 1.9%	371 **47.7%**	105 13.5%	139 17.9%	48 6.2%	100 12.9%

重度化防止の推進等について

＜現状・課題＞

■　我が国では、1980年代、社会的入院や寝たきり老人が社会問題化する中で、1989年にゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）を策定し、「寝たきり老人ゼロ作戦」等を実施。その後、新ゴールドプラン（1994年）に基づく「新寝たきり老人ゼロ作戦」、ゴールドプラン21（1999年）に基づく「ヤング・オールド作戦」の実施等を経て、2000年の介護保険法施行に至っている。

■　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）。

■　寝たきりの大きな要因となる廃用症候群とは、心身の機能を適切に使用しないこと（廃用）による機能の低下で、共通の原因により多数の臓器に同時に生じる。最初は軽い転倒のような、わずかなきっかけによって生じるが、廃用からの心身の機能低下、ADLの低下、生活の不活発化、一層の廃用症候群の進展という悪循環により寝たきり状態に陥るものであり、適宜必要な離床・リハビリテーション・介護により悪循環を断ち切ることが重要である。

■　介護サービス利用者で日常生活自立度が「寝たきり」の状態にある者の数は微増傾向にあるが、寝返りをうつことも困難な寝たきり状態の利用者が長期間同様の状態にある場合も相当程度ある一方で、日常生活自立度が改善しているケースも少なからず存在する。

■　寝たきり高齢者について、生活行為の中で座位をとる頻度が多い者の方が、基本動作が改善する割合が大きいこと、高齢者における離床時間とADLは有意に関連し、離床時間が少ない人は自立度が低い傾向にあることなどからも、寝たきり高齢者においても、そこに至る前の段階においても、日中等の過ごし方が重要となると考えられる。

重度化防止の推進等について

■　平成30年度介護報酬改定では、施設系サービスにおいて、排泄にかか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。

■　また、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、施設によって定義（捉える範囲）が異なっている状況がある。

＜論点＞

■　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、医療系サービスの利用や日々の過ごし方などをマネジメントし、適切に離床、リハビリテーション、介護等を行う方策として、どのようなことが考えられるか。

■　排せつ支援加算や褥瘡マネジメント加算について、質を上げて介護施設における取組を推進するため、
・加算を実施したことに伴う状態改善や
・施設間の評価尺度の標準化を進める観点
から、どのような方策が考えられるか。