

# 3.(1)① リハビリテーション・機能訓練・口腔、栄養の取組の一体的な推進

【訪問リハビリテーション★、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★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

## 概要

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

## 算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

### 3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し①

【ア：通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、短期入所生活介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、イ：訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★】

#### 概要

○ 生活機能向上連携加算について、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行う。

ア 通所サービス、短期入所サービス、居住系サービス、施設サービスにおける生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。【告示改正】

イ 訪問系サービス、多機能系サービスにおける生活機能向上連携加算（II）について、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問した上で、共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であることや、業務効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者に時間を明確に区分した上で実施するサービス提供責任者及びリハビリテーション専門職等によるカンファレンスでも差し支えないことを明確化する。【通知改正】

※ 外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくなるため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。

### 3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

#### 単位数 (ア)

< 現行 >

< 改定後 >

⇒ 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100単位/月 (新設) (※3月に1回を限度)  
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200単位/月 (現行と同じ)

※ (Ⅰ) と (Ⅱ) の併算定は不可。

#### 算定要件等 (ア)

< 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) > (新設)

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

< 生活機能向上連携加算 (Ⅱ) > (現行と同じ)

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

# 3.(1)⑬ 特別養護老人ホームにおける個別機能訓練加算の見直し

## 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】

- (地域密着型) 介護老人福祉施設における個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >

個別機能訓練加算 12単位/日

⇒

< 改定後 >

個別機能訓練加算 (Ⅰ) 12単位/日

個別機能訓練加算 (Ⅱ) 20単位/月 (新設)

※ (Ⅰ) と (Ⅱ) は併算可。

## 算定要件等

< 個別機能訓練加算 (Ⅱ) >

- 個別機能訓練加算 (Ⅰ) を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。

# 3.(1)14 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

## 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（一部除く）、介護医療院】

- 施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。【省令改正、告示改正】
- 口腔衛生管理加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >

口腔衛生管理体制加算 30単位/月 ⇒ 廃止

口腔衛生管理加算 90単位/月 ⇒

< 改定後 >

口腔衛生管理加算 (Ⅰ) 90単位/月 (現行の口腔衛生管理加算と同じ)

口腔衛生管理加算 (Ⅱ) 110単位/月 (新設)

## 基準・算定要件

< 運営基準 (省令) > (※3年の経過措置期間を設ける)

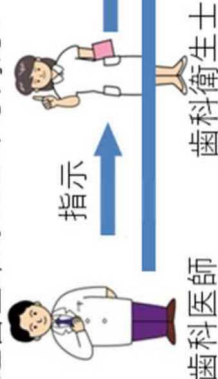
- ・ 「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。

※ 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

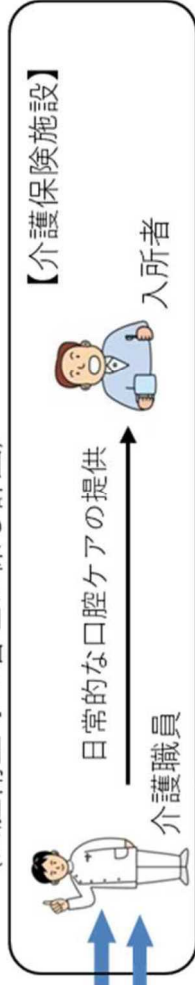
< 口腔衛生管理加算 (Ⅱ) >

- ・ 加算 (Ⅰ) の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

< 運営基準等における対応 >



< 口腔衛生等の管理に係る計画 >



歯科医師

歯科衛生士

入所者

【介護保険施設】

# 3.(1)⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

## 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（一部除く）、介護医療院】

- 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算等の見直しを行う。【省令改正、告示改正】

## 単位数

<現行> <改定後>

栄養マネジメント加算	14単位/日	⇒	廃止
栄養ケア・マネジメントの未実施	14単位/日減算 (新設)		(3年の経過措置期間を設ける)
なし	栄養マネジメント強化加算	⇒	11単位/日 (新設)
低栄養リスク改善加算	300単位/月	⇒	廃止
経口維持加算	400単位/月	⇒	変更なし

## 基準・算定要件等

<運営基準（省令）>

- (現行) 栄養士を1人以上配置 → (改定後) 栄養士又は管理栄養士を1人以上配置。
- 栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。(3年の経過措置期間を設ける)
- <栄養マネジメント強化加算>
  - 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
  - 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
  - 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
  - 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- <経口維持加算>
  - 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

### 3.(1)⑯ 多職種連携における管理栄養士の関与の強化

#### 概要

【短期入所療養介護、介護老人福祉施設、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】

- 介護保険施設において多職種連携で行う取組について、管理栄養士の役割や関与を強化する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正、通知改正】
  - ・ 看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、介護保険施設における看取りへの対応に係る加算（看取り介護加算、ターミナルケア加算）又は基本報酬の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。
  - ・ 褥瘡の発生や改善は栄養と大きく関わることを踏まえ、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。

# 3.(2)④ ADL維持等加算の見直し①

## 概要

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

○ ADL維持等加算について、自立支援・重度化防止に向けた取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

### 【告示改正】

- ・ 通所介護に加えて、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を対象とする。
- ・ クリーニングを防止する観点や、現状の取得状況や課題を踏まえ、算定要件について、以下の見直しを行う。
  - 5時間以上が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数を20名以上とする条件について、利用時間の要件を廃止するとともに、利用者の総数の要件を10名以上に緩和する。
  - 評価対象期間の最初の月における要介護度3～5の利用者が15%以上、初回の要介護認定月から起算して12月以内の者が15%以下とする要件を廃止。
  - 初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得たADL利得（調整済ADL利得）の平均が1以上の場合に算定可能とする。
  - CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。
- ※ ADL利得の提出率を9割以上としていた要件について、評価可能な者について原則全員のADL利得を提出を求めつつ、調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者をその平均の計算から除外する。また、リハビリテーションサービスを併用している者については、加算取得事業者がリハビリテーションサービスの提供事業者と連携して機能訓練を実施している場合に限り、調整済ADL利得の計算の対象にする。
- ※ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、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において、利用者の調整済ADL利得を算出する場合は、さらに一定の値を付加するものとする。
- ・ より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する新たな区分を設ける。

## 単位数

< 現行 >

ADL維持等加算(I) 3単位/月  
ADL維持等加算(II) 6単位/月

< 改定後 >

ADL維持等加算(I) 30単位/月 (新設)  
ADL維持等加算(II) 60単位/月 (新設)

※ (I)・(II)は併算定している事業所等に対する経過措置を設定。



### 3.(2)④ ADL維持等加算の見直し②

#### 算定要件等

< ADL維持等加算(I) >

○ 以下の要件を満たすこと

- イ 利用者等(当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること。
- ロ 利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。

< ADL維持等加算(II) >

- ADL維持等加算(I)のイとロの要件を満たすこと。
- 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

# 3.(3)① 寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進

## 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】

- 介護保険施設において、入所者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、医師の関与の下、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取組を推進するため、
  - ・ 定期的に全ての入所者に対する医学的評価と、それに基づくリハビリテーションや日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、
  - ・ 介護支援専門員やその他の介護職員が、日々の生活において適切なケアを実施するための計画を策定し、日々のケア等を行う取組を評価する加算を創設する。【告示改正】
- その際、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。【告示改正】

## 単位数

<現行>  
なし

<改定後>

⇒ 自立支援促進加算

300単位/月 (新設)

## 算定要件等

- 以下の要件を満たすこと。
  - イ 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも六月に一回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。
  - ロ イの医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
  - ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
  - ニ イの医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

# 3.(3)② 褥瘡マネジメント加算等の見直し①

## 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、看護小規模多機能型居宅介護】

- 褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
  - ・ 計画の見直しを含めた施設の継続的な取組を評価する観点から、毎月の算定を可能とする（介護医療院を除く）。
  - ・ 現行の褥瘡管理の取組（プロセス）への評価に加え、褥瘡の発生予防や状態改善等（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、褥瘡の定義や評価指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
  - ・ CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。

## 単位数

<現行>

褥瘡マネジメント加算 10単位/月  
(3月に1回を限度とする)

<改定後>

褥瘡マネジメント加算 (I) 3単位/月 (新設)  
褥瘡マネジメント加算 (II) 13単位/月 (新設)

※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

※ 加算 (I) (II) は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定

<現行>

褥瘡対策指導管理 6単位/日

<改定後>

褥瘡対策指導管理 (I) 6単位/日 (現行と同じ)  
褥瘡対策指導管理 (II) 10単位/月 (新設)

※ (I) (II) は併算可。

### 3.(3)② 褥瘡マネジメント加算等の見直し②

#### 算定要件等

<褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>

○ 以下の要件を満たすこと。

イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。

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

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

ニ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

<褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>

○ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

<褥瘡対策指導管理（Ⅱ）>

○ 褥瘡対策指導管理（Ⅰ）に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

# 3.(3)③ 排せつ支援加算の見直し①

## 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、看護小規模多機能型居宅介護】

- 排せつ支援加算（介護療養型医療施設を除く）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
  - ・ 排せつ状態の改善が期待できる入所者等を漏れなく支援していく観点から、全ての入所者等に対して定期的な評価（スクリーニング）の実施を求め、事業所全体の取組として評価する。
  - ・ 継続的な取組を促進する観点から、6か月以降も継続して算定可能とする。
  - ・ 入所者等全員に対する排せつ支援の取組（プロセス）への評価に加え、排せつ状態の改善（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、定義や指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
  - ・ CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。

## 単位数

<現行>

排せつ支援加算 100単位/月

⇒

<改定後>

排せつ支援加算 (Ⅰ) 10単位/月

排せつ支援加算 (Ⅱ) 15単位/月

排せつ支援加算 (Ⅲ) 20単位/月

(新設)

(新設)

(新設)

※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

※ 排せつ支援加算（Ⅰ）～（Ⅲ）は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定

### 3.(3)③ 排せつ支援加算の見直し②

#### 算定要件等

<排せつ支援加算(Ⅰ)>

○ 以下の要件を満たすこと。

イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも六月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。

ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施していること。

ハ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

<排せつ支援加算(Ⅱ)>

○ 排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、

- ・ 施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
- ・ 又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。

<排せつ支援加算(Ⅲ)>

○ 排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、

- ・ 施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
- ・ かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。