

L I F E

[科学的介護推進体制加算]

ツクイ大村 デイサービスセンター

工藤 聡

L I F E とは. . .

医療分野における E B M (根拠に基づく医療)

科学的に医療を施す



介護分野にも根拠に基づく介護

科学的、介護を提供す

る

なぜLIFE、なぜ科学的介

介護

令和3年度介護報酬改定の概要

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

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

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

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

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

2. 地域包括ケアシステムの推進

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

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

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

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

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

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

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

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

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

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

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

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

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

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

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

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

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

・基本報酬の見直し

なぜLIFE、なぜ科学的介護

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- ・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
- ・リハビリテーションマネジメントの強化
- ・退院退所直後のリハの充実
- ・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
- ・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
- ・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

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

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- ・施設での日中生活支援の評価
- ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

LIFE 関連加算

LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	ADL維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (Ⅱ)	褥瘡対策指導管理 (Ⅱ)	排せつ支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算 (Ⅱ)
介護老人福祉施設	○	○	○			○		○	○			○	○
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○			○		○	○			○	○
介護老人保健施設	○			○		○		○	○	○		○	○
介護医療院	○				○		○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進体制加算	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算(A)□ (B)□	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (Ⅱ)	排せつ支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)
通所介護	○	○	○				○	○
地域密着型通所介護	○	○	○				○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○	○ (予防を除く)				○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○ (予防を除く)					
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(予防を含む)	○							
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○							
看護小規模多機能型居宅介護	○				○	○	○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○			○ (予防を除く)			○	○
訪問リハビリテーション				○ (予防を除く)				

科学的介護推進体制加算

加算種別	体制加算
対象者	利用者全員
単位数	40単位/月
給付管理	管理内
ケアプランの位置づけ	必須でない ※直接的なケア内容ではない為
データ提出頻度	6ヶ月に1回以上 ※請求は毎月可能

科学的介護推進体制加算の 必須項目

- ① 認知症高齢者の日常生活自立度
- ② 障害高齢者の日常自立度
- ③ 身長、体重
- ④ 口腔の健康状態
- ⑤ 誤嚥性肺炎の発症／既往
- ⑥ 認知症の診断
- ⑦ DBD13の一部
- ⑧ Vitality Indexの一部

DBD 13 (認知症行動障害尺度)

認知症行動障害尺度 (Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD)

次の1から28の項目について、次の0から4までの評価に従って記入してください。

0: 全くない 1: ほとんどない 2: ときどきある 3: よくある 4: 常にある

記入欄	項目
	1 同じことを何度も何度も聞く
	2 よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている
	3 日常的な物事に興味を示さない
	4 特別な理由がないのに夜中起き出す
	5 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける
	6 昼間、寝てばかりいる
	7 やたらに歩き回る
	8 同じ動作をいつまでも繰り返す
	9 口汚くのしる
	10 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする
	11 不適切に泣いたり笑ったりする
	12 世話をされるのを拒否する
	13 明らかな理由なしに物を貯め込む
	14 落ちつきなくあるいは興奮してやたら手足を動かす
	15 引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう
	16 夜中に家の中を歩き回る
	17 家の外に出ていってしまう
	18 食事を拒否する
	19 食べ過ぎる
	20 尿失禁する
	21 日中、目的なく屋外や屋内をうろつきまわる
	22 暴力を振るう(殴る、かみつく、引っかく、蹴る、唾をはきかける)
	23 理由もなく金切り声をあげる
	24 不適当な性的関係を持つととする
	25 陰部を露出する
	26 衣服や器物を破ったり壊したりする
	27 大便を失禁する
	28 食物を投げる
	0点以外は異常

Vitality Index

1) 起床

・いつも定時に起床している	2
・起こさないと起床しないことがある	1
・自分から起床することはない	0

3) 食事

・自分から進んで食べようとする	2
・促されると食べようとする	1
・食事に関心がない、全く食べようとしない	0

5) リハビリ・活動

・自らリハビリに向かう、活動を求める	2
・促されて向かう	1
・拒否、無関心	0

2) 意思疎通

・自分から挨拶する、話し掛ける	1
・挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔がみられる	0
・反応がない	

4) 排泄

・いつも自ら便意尿意を伝える,あるいは自分で排尿、排便を行う	2
・時々、尿意便意を伝える	1
・排泄に全く関心がない	0

L I F Eの将来的なV i s i o n

個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

例①：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）

本人の状態

年齢：80歳
性別：男性
要介護度：3

褥瘡の有無：なし
褥瘡のステージ：

①利用者の背景

サービス利用者の基本的な情報。

活動 リハビリテーションの実施：あり
（1時間：3回/週）

■ ADLの評価
Barthel Index合計点数の推移

②リハビリテーションによるADLの改善効果は乏しい。

■ 移動能力[m]（6分間歩行試験）

③歩行距離はあまり改善していない。

ADLや歩行距離の経時的な変化等を評価。

CHASEに各領域のデータを収集

CHASE

⑤必要量に比べ、食事の摂取量が少ない。

データ分析

【まとめ】

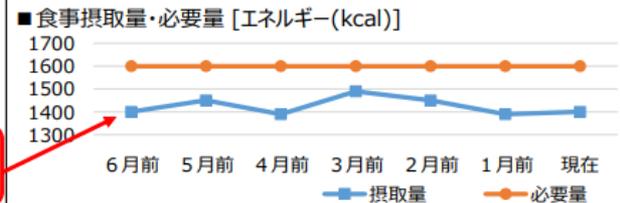
- 同じような利用者のデータと比較して、リハビリテーションの効果が低い。
- 食事摂取量が少なく、BMIは低い状態（低体重）で経過している。

【フィードバック】

- リハビリテーションの提供に合わせて、間食など食事提供量の増量を推奨。

栄養状態 （管理栄養士：不在 栄養関係の加算：なし）

- 栄養状態の総合評価：維持 ■ 低栄養リスクレベル：中
- 経腸・静脈栄養の有無：いずれもなし



リハビリテーション中のBMIや食事摂取量等を評価。

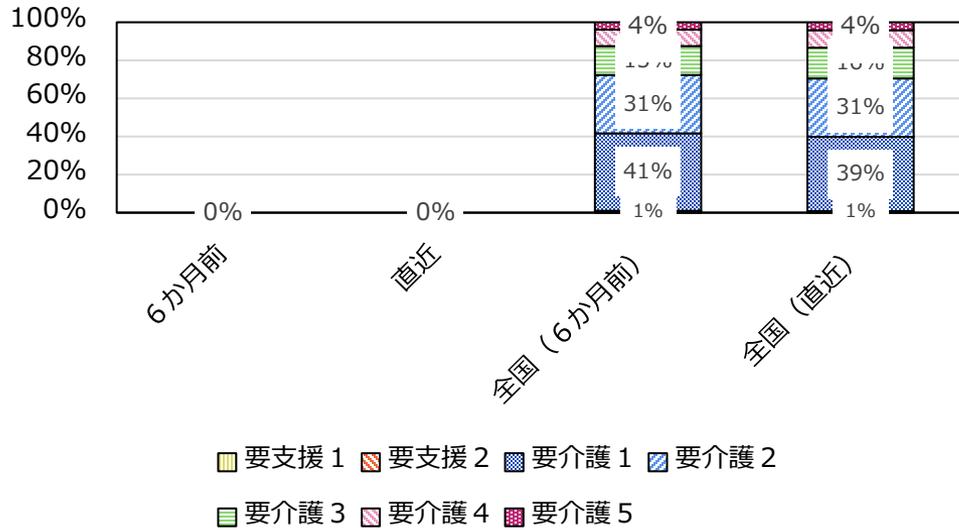
リハビリテーションの効果アップ（ADLが改善）、栄養状態の改善（BMIは正常値に）

※ BMI (Body Mass Index)
・ [体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出
18.5未満：低体重（やせ）
18.5～25未満：普通体重
25以上：肥満

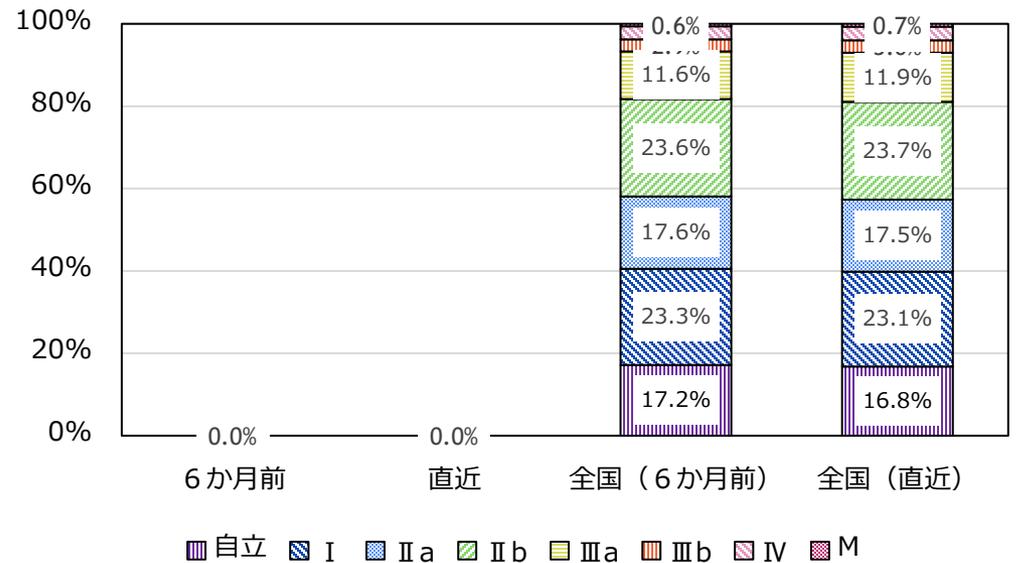
L I F Eのこれから

算定要件はデータの「利活用」となっていますが5月30日付けでフィードバックされたデータでこんな感じでした。

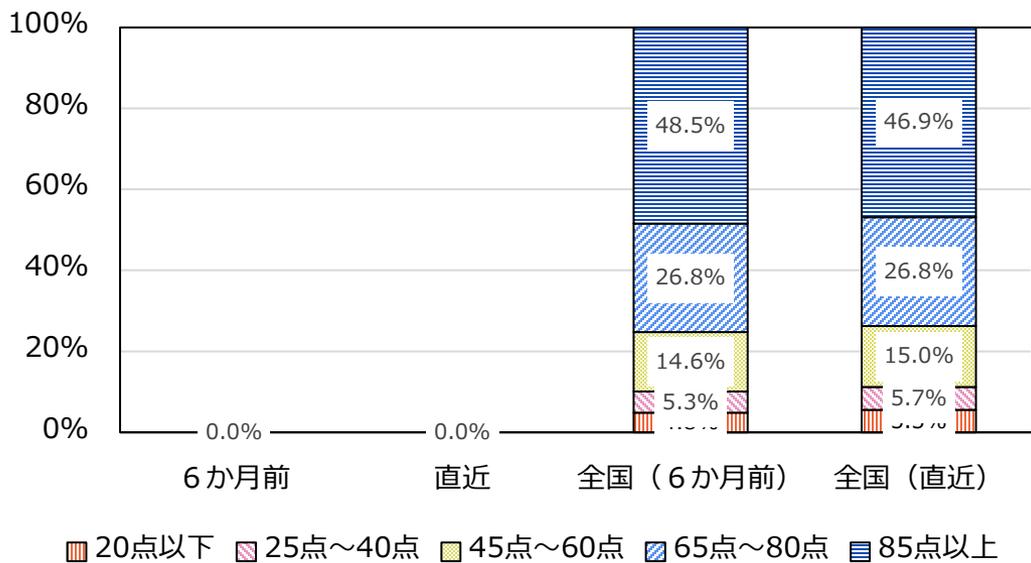
要介護度



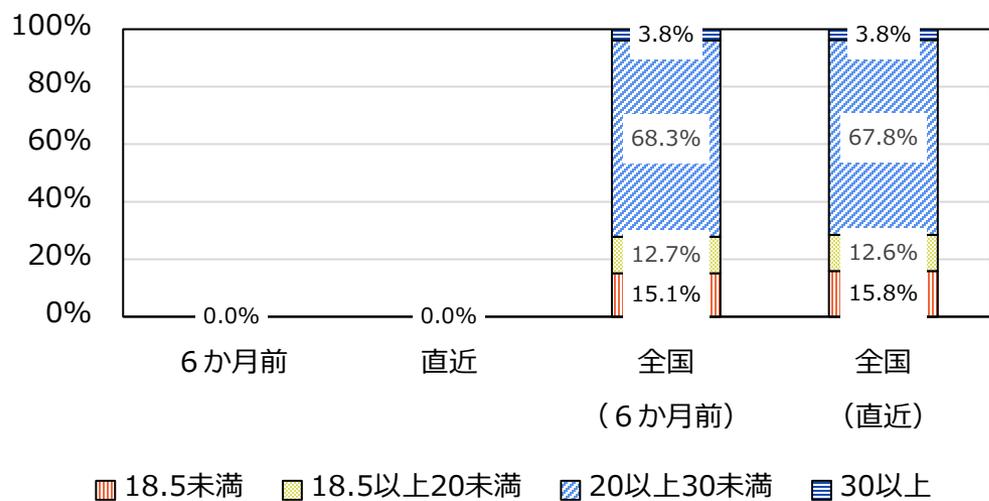
認知症高齢者の日常生活自立度



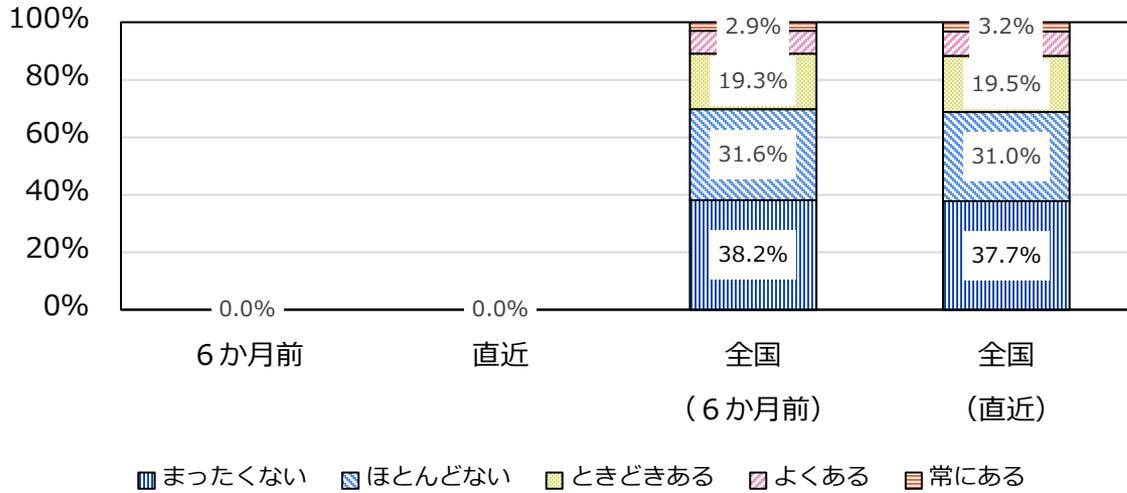
ADL (合計点)



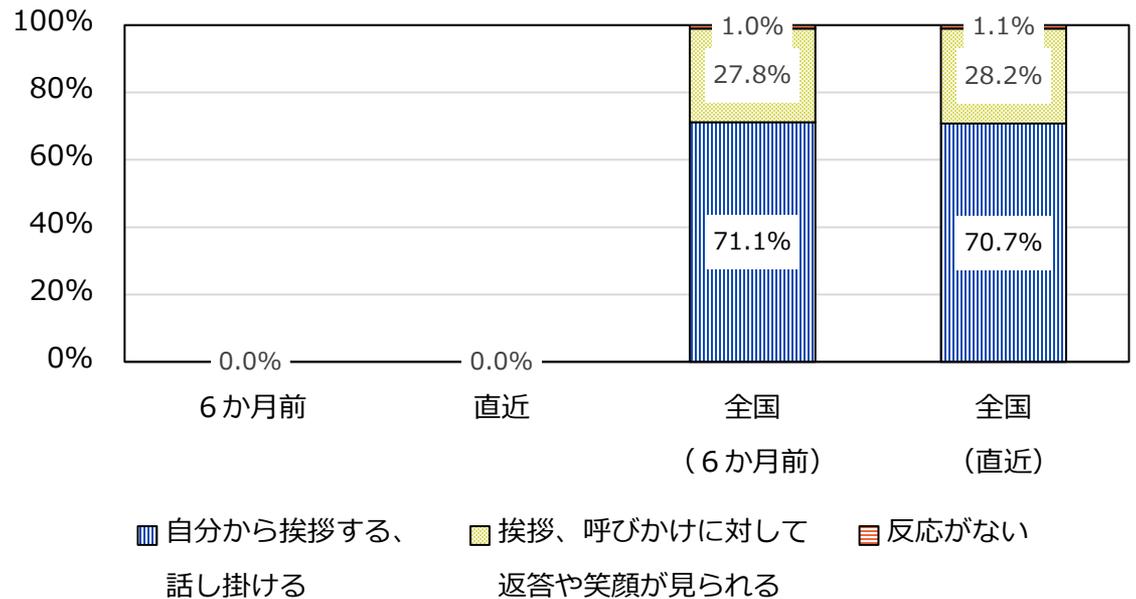
BMI



日常的な物事に関心を示さない



Vitality Index (意思疎通)



フィードバックされたデータの活用が
進めばこれからのサービスの質に
改善が見込めると思われます。

ご清聴ありがとうございました。