

SKIM

2021 vol.1

今回のテーマ

21年度介護報酬改定
～地域包括ケアシステムの推進

全サービスでLIFEを活用し、科学的介護を目指す

厚生労働省は2021年3月15日、2021年度介護報酬改定を官報告示しました。全体で0.70%のプラスとなった改定財源を活用して全サービスの基本報酬を原則、引き上げるとともに、このうち0.05%分は新型コロナウイルス感染症への対応として、21年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%の上乗せを行います。

今改定は、①感染症や災害への対応力強化、②地域包括ケアシステムの推進、③自立支援・重度化防止の取組の推進、④介護人材の確保・介護現場の革新、⑤制度の安定性・持続可能性の確保—の5つが柱となっています。今号では、全体の改定内容に触れながら、②地域包括ケアシステムの推進について注目します。

全サービスに関する事項では、感染症のまん延や災害への日頃からの備えとして、業務継続に向けた計画の策定や研修、訓練（シミュレーション）の実施を義務化（3年間の経過措置あり）。業務の効率化と負担軽減を図るため、運営基準で求められる各種会議の開催では、テレビ電話などのICTの活用を広く許可し、高齢者の状態やケアの内容などのデータベース「CHASE」とリハビリテーションに関する情報のデータベース「VISIT」を、21年4月より「LIFE」（科学的介護情報システム）に名称を統一。4月からの一体的運用開始に向け、両データベースを活用した計画の作成と事業所単位でのPDCAサイクルを推進することで、ケアの質の向上に結びつけます。

その他、主だった個別項目を見ると、介護医療院では療養病床に1年以上入院していた患者を受け入れた場合の評価として、「長期療養生活移行加算」（60単位／日・入所から90日間に限り算定可能）を新設。介護療養型医療施設からの転換促進策では、介護療養型医療施設に対して半年ごとに移行計画の提出を求めることとし（初回の期限は21年9月末）、提出がない場合は次の期限までの間、「移行計画未提出減算」として、基本報酬を1日10%減算する介護療養型医療施設の基本報酬（療養型医療施設サービス費）の引き下げを実施。18年度改定時に創設された「移行定着支援加算」は廃止されます。

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、介護医療院の共通事項では、入所者の自立支援・重度化防止の取組の評価として、「自立支援促進加算」（300単位／月）を新設。「口腔衛生管理体制加算」と「栄養マネジメント加算」は廃止して基本報酬に組み込むこととされ、栄養ケア・マネジメントを行わない場合は1日14単位を減算します（3年間の経過措置あり）。「低栄養リスク改善加算」も廃止されますが、代わりに入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等の評価する「栄養マネジメント強化加算」（11単位／日）が新設となりました（図表1）。

介護人材の確保では、「介護職員等特定処遇改善加算」における平均の賃金改善額の配分について、「経験・技能のある介護職員はその他の介護職員の2倍以上」とするルールを、単に「その他の介護職員より高くする」に緩和。「介護職員処遇改善加算」の（Ⅳ）・（Ⅴ）は、上位区分の算定が進んでいることから、1年の経過措置期間の後、廃止することになりました。（中面に続く）

図表1 介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化（施設系サービス）

基準

運営基準（省令）に以下を規定する。（3年の経過措置期間を設ける）

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

単位数

現行	改定後
口腔衛生管理体制加算（30単位／月）	廃止
栄養マネジメント加算（14単位／日）	廃止 栄養ケア・マネジメントの未実施（14単位／日減算）（3年の経過措置期間を設ける）
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

出典：厚生労働省第199回社会保障審議会介護給付費分科会資料1 令和3年度介護報酬改定の主な事項について。

参考資料1 令和3年度介護報酬改定における改定事項について（一部抜粋、改変）

NextPage → 「地域包括ケアシステムの推進」に関するポイントは？

ZoomUp

コロナ対応で改定後半年間は 基本報酬に0.1%の上乗せを実施 21年度介護報酬改定

今改定の5つの柱の2つ目「地域包括ケアシステムの推進」では、(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進、(2) 看取りへの対応の充実、(3) 医療と介護の連携の推進、(4) 在宅サービスの機能と連携の強化、(5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化、(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保、(7) 地域の特性に応じたサービスの確保一の項目が示されました。



かかりつけ医連携薬剤調整加算、減薬まで至ると440単位の加算に

(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進一では、介護に関わる全ての人の認知症への対応力向上を図るため、省令を改正し、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるのに必要な措置を講じることが、介護サービス事業者には義務づけられます(3年間の経過措置あり)(図表2)。介護報酬上では、訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護)で、「認知症専門ケア加算」を新設。訪問系サービスの場合は、加算(I)が1日3単位、加算(II)は4単位を算定します。多機能系サービス(小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)においても、「認知症行動・心理症状緊急対応加算」(200単位/日)が新設されます。

(2) 看取りへの対応の充実一では、介護医療院や介護療養型医療施設、短期入所療養介護(介護老人保健施設が行うものを除く)の基本報酬や、看取りに関連する加算の算定要件で、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」などに沿った取組を求めます。施設系サービスに関しては、サービス提供に当たり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることが新たに追加。さらに、特養ホーム、介護老健施設、介護付きホーム、認知症グループホームの「看取り介護加算」について、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、死亡日以前45日前からの対応を評価する区分(死亡日以前31日～45日以下)を新設。介護付きホームは、看取り期に夜勤、または宿直により看護職員を配置している場合を評価する区分「看取り介護加算(II)」も新設します。

看取り期の訪問介護の取り扱いでは、看取り期に2時間未満の間隔で訪問した場合は、所要時間を合算した上で該当する報酬を算定する、いわゆる「2時間ルール」を弾力化。所要時間を合算せず、訪問ごとに所定の単位数を算定することが可能になります。

(3) 医療と介護の連携の推進一では、医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることが明示されました。医師や薬剤師などによる居宅療養管理指導においては、単一建物居住者の人数に応じた評価をサービス提供の状況や移動・滞在時間の効率性を考慮して見直し、1人および2～9人までの場合の評価を引き上げる一方で、10人以上の場合の評価を引き下げ。更に、多職種間での情報共有促進の観点から、保険薬局の薬剤師による居宅療養管理指導については、情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価。月1回まで、1回当たり45単位が算定されます。

また、介護老人保健施設では、「かかりつけ医連携薬剤調整加算」(125単位)を見直し、連携への取組や減薬に至った場合などを区分して評価。入退所時におけるかかりつけ医との連携を評価する加算(I)100単位、(I)に加えてCHASEへのデータ提出とその活用を推進した場合に上乗せ評価する(II)240単位、(II)に加えて減薬に至った場合に上乗せ評価する(III)100単位を新設。減薬まで至ると440単位の加算になります(図表3)。

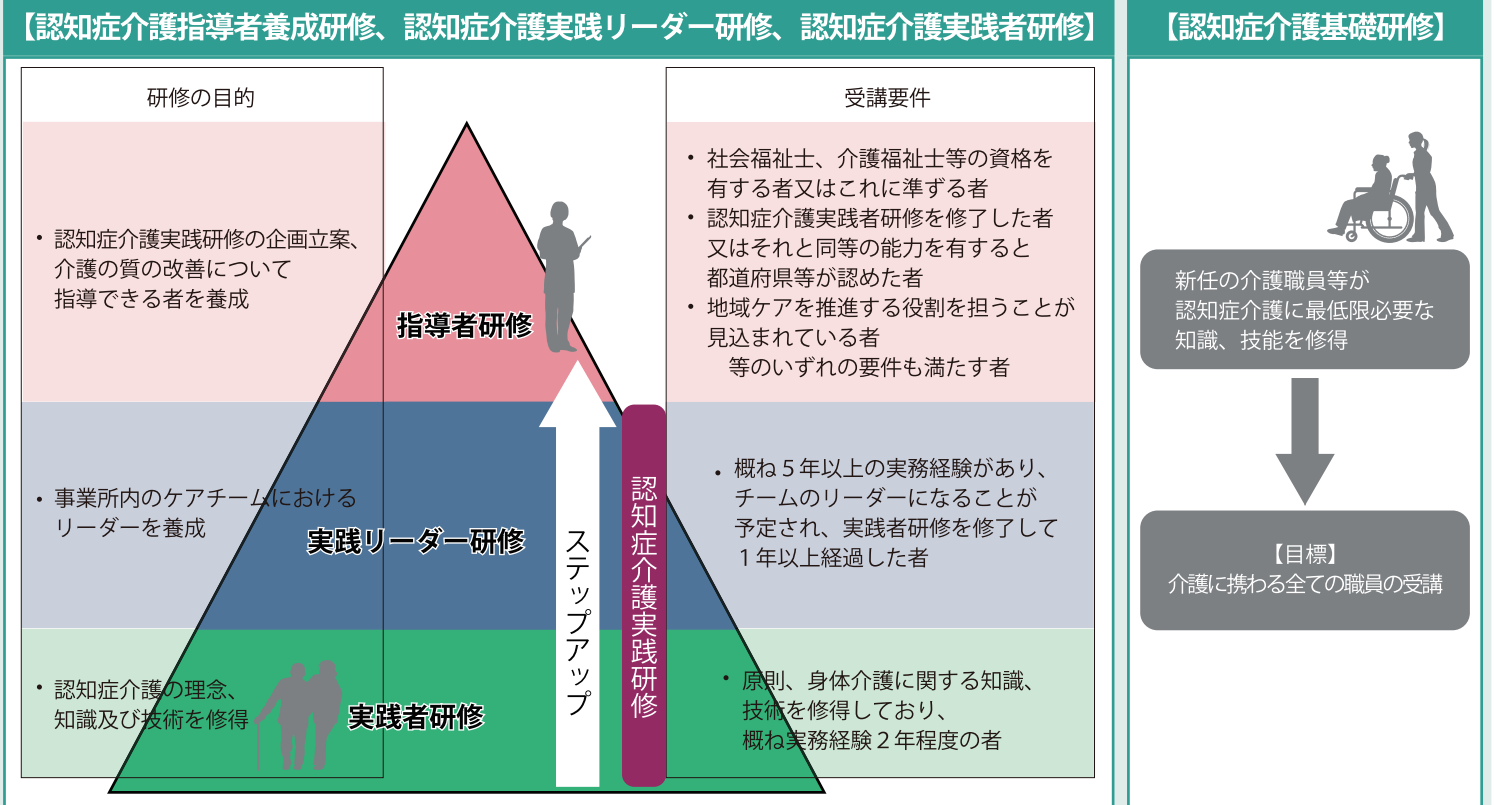
(裏面に続く)

(図表2) 無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけー

全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）

認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者は、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。（3年の経過措置期間を設ける。新入職員の受講について1年の猶予期間を設ける）

介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系



各種研修について、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

出典：厚生労働省 第199回社会保障審議会介護給付費分科会 資料1 令和3年度介護報酬改定の主な事項について（一部抜粋、改変）

(図表3) 老健施設の医療ニーズへの対応強化ー介護老人保健施設

かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

- 入所時及び退所時におけるかかりつけ医との連携を前提としつつ、当該連携に係る取組と、かかりつけ医と共同して減薬に至った場合を区分して評価する。また、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新たに評価する。

連携に係る取組については、入所に際し、薬剤の中止又は変更の可能性についてかかりつけ医に説明し理解を得るとともに、入所中に服薬している薬剤に変更があった場合には、退所時に、変更の経緯・理由や変更後の状態に関する情報をかかりつけ医に共有することを求める。

入所中に薬剤の変更が検討される場合に、より適切な薬物治療が提供されるよう、当該介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していることを求める。

単位数	現行	改定後
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（125単位） （退所時に1回に限り算定可能）	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）（100単位）（新設） （入所時・退所時におけるかかりつけ医との連携への評価） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）（240単位）（新設） （Ⅰに加えて、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進への上乗せの評価） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）（100単位）（新設） （Ⅱに加えて、減薬に至った場合の上乗せの評価）

算定要件等 それぞれ全ての要件を満たす必要。入所者1人につき1回を限度。退所時に所定単位数を加算

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

- 介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- 入所後1月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。
- 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

- （Ⅰ）を算定していること。
- 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法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。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

- （Ⅰ）と（Ⅱ）を算定していること。
- 6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。

出典：厚生労働省第199回社会保障審議会介護給付費分科会資料1 令和3年度介護報酬改定の主な事項について・参考資料1 令和3年度介護報酬改定における改定事項について（一部抜粋、改変）



ケアマネジメント、医療機関との情報連携強化で通院時情報連携加算が新設

(4) 在宅サービスの機能と連携の強化—の中で、訪問看護は、在宅での療養環境を早期に整える観点から、これまでは原則認められていなかった退院・退所当日の訪問看護の算定について、主治医が必要と認める場合は容認する見直しを行います。「看護体制強化加算」は、「特別管理加算」を算定した利用者の割合に関する要件を現行の30%以上から20%以上に緩和。これに伴い、報酬単位は引き下げます。

(5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化—では、個室ユニット型施設の定員数や勤務体制を見直し。短期入所系・施設系サービスでは、個室ユニット型の施設について、現行の「おおむね10人以下」とされている1ユニットの定員を「原則としておおむね10人以下とし、15人を超えない」と緩和します。見直しに際しては、ケアの質低下を招くことがないよう、夜間・深夜を含めた介護・看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めることを求め、ユニット型個室的多床室の新規設置は禁止。個室化を促します。

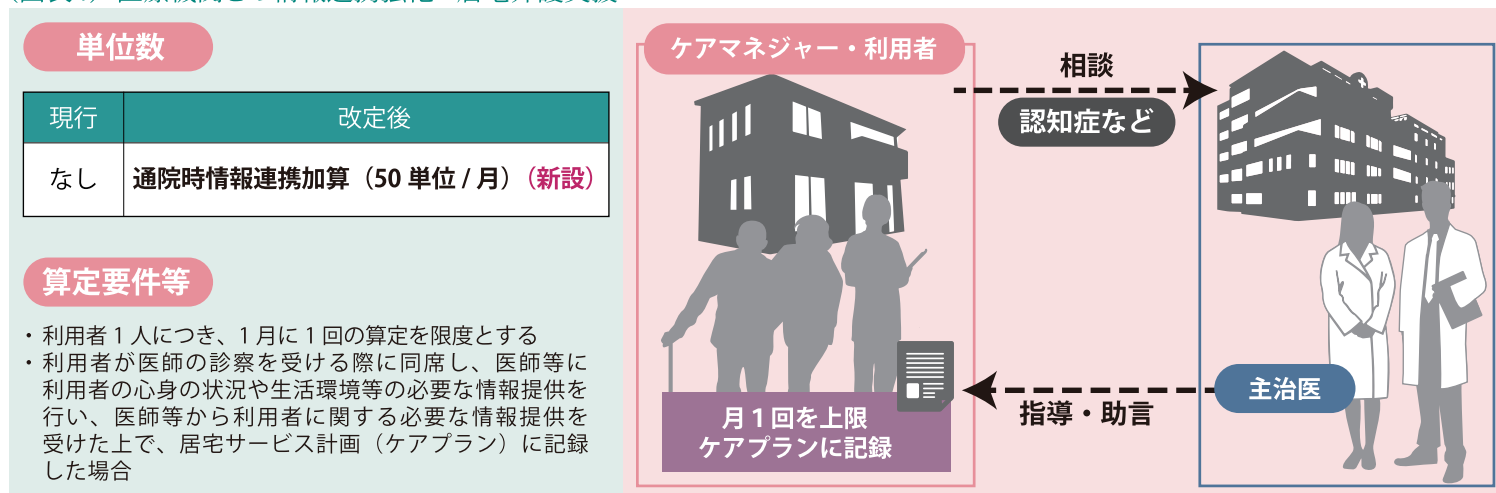
(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保—は、医療機関との情報連携強化として、利用者が医療機関で診察を受ける際にケアマネジャーが同席。医師等と情報連携を行い、ケアマネジメントを行うことが「通院時情報連携加算」(50単位/月)として新設されました(図表4)。

(7) 地域の特性に応じたサービスの確保—では、離島や中山間地域等の要介護者に対する介護サービスの提供を促進する観点から、夜間、認知症デイサービス、多機能系サービスについて、中山間地域等での加算が対象となり、認知症グループホームの確保では、ユニット数を弾力化、サテライト型事業所の創設が可能となりました。

コロナ禍にあって「感染症対応」が主となった今改定ではありましたが、LIFEの活用に向け、データ提出の促進が図られたことも大きな特徴となりました。今後は、科学的介護の取組と状態改善のアウトカム評価への対応は更に推進されるでしょう。今から先を見据えた対策が必要となってきます。

(編集：株式会社日本経営)

(図表4) 医療機関との情報連携強化—居宅介護支援



出典：厚生労働省 第199回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料1 令和3年度介護報酬改定における改定事項について（一部抜粋、改変）

沢井製薬の
医療関係者向け総合情報サイト

sawai medical siteが さらに便利になりました。

ニュース・Q&Aが加わって医療系コンテンツがさらに充実！

■ 医療関係者向け総合情報サイト
<https://med.sawai.co.jp/>

■ お問い合わせ窓口
医薬品情報センター 0120-381-999

365
DAY

沢井製薬株式会社
大阪市淀川区宮原5丁目2-30

医療・介護ニュース

医療・介護に特化した時事情報を掲載しています。

医療経営Q&A メールアドレス登録

医療経営に特化したQ&Aを掲載しています。

本資料の内容に関する一切の責任は株式会社日本経営に帰属します。また、この資料のいかなる部分も一切の権利は株式会社日本経営に所属しており、電子的又は機械的な方法を問わず、いかなる目的であれ無断で複製又は転送等はできません。使用するデータ及び表現等の欠落、誤謬等につきましてはその責めを負いかねます。なお、内容につきましては、一般的な法律・税務上の取扱いを記載しており、具体的な対策の立案・実行は税理士・弁護士等の方々と十分ご相談の上、ご自身の責任においてご判断ください。

沢井製薬 医療関係者向け総合情報サイト「sawai medical site」でもご覧いただけます。 [沢井製薬 トピックス](#) [検索](#)

※記載内容は、2021年3月15日告示時点での見解です。今後の疑義解釈やQ&A等により変更となる場合がございます。発行：沢井製薬株式会社 制作・編集：株式会社日本経営 2021年4月作成