

平成30年4月 介護報酬改定の解説

【通所介護・地域密着型通所介護編】

経営実態調査結果を定点観測していくと、事業規模が大きい(=利用者数が多い)事業所ほど黒字になっている。分岐点は月利用回数 450 回。月 600 回でようやく業界全体の平均値に届く。

初の事業規模別報酬改定。小規模型は全体としては現状維持から微増、ただし小規模短時間型は大幅減。

報酬減の穴を埋めると期待される加算も、小規模短時間事業所は算定できないものが多い。

デイケア(通所リハビリテーション)との機能分化の観点から、「デイサービスは長時間提供せよ」という厚労省の意向が明確に示された改定となった。

【提供区分の細分化】

基本報酬の時間区分が従来の 2 時間区分から 1 時間区分に細分化。

《大規模型》

全時間区分で報酬ダウン

※定員を分けて小規模化するほうが、基本報酬収入は大きくなる。ただし、①規模がある程度ないと取りにくい加算(認知症、中重度など)もある、②生活相談員は倍の人数が必要になる、③自治体によっては小規模の新規申請を受け付けない場合がある、などのデメリットもあるので慎重に。

※最近増えてきている日帰り温泉風超大型デイに対しては、次回改定で規制が強化される可能性あり。

《通常規模型》

現行報酬が長時間区分にスライド(旧 7-9 時間→新 8-9 時間)

提供時間が短いほどマイナス幅が大きくなっている

《地域密着型》

前回下げすぎたため今回はプラス査定、現行報酬は短時間区分にスライド(旧 7-9 時間→新 7-8 時間)

ただし短時間型は 4.5%のマイナス、厚労省による作弄的な報酬操作。

【規模の算定】(地域密着型を除く)

翌年度1年間の規模算定は、当該年度の 4 月～2 月実績の平均値で決まる。月平均が 750 人、900 人の境界線上のデイ(通常規模→大規模Ⅰ、大規模Ⅰ→大規模Ⅱに規模区分が変更になる可能性のあるデイ)は注意が必要。11 月ごろにいったん平均値を計算し、12 月～3 月で利用調整することも考えるべき。

【報酬減への対応策】

新規利用者を増やす以外の対応策の例。

《利用回数を増やす》

地域密着型 3-5 時間、通常規模 3-5 時間、大規模はそれぞれ利用者 1 人当たり 1 か月に 1 回利用回数を増やしてもらうことで従来の収入を維持できる。

通常規模 7-9 時間は、総利用数で月に 10 回増やす(週に 1 回増やす人を 2~3 人確保する)ことで従来の収入を維持できる。

※報酬単価が下がるということは利用者負担額も下がるということなので、今までと同程度の負担額で 1 回増やすことができる。(利用者に回数を増やすことを提案、利用者からケアマネに希望を申し出てもらう。)

《時間を延ばす》

旧 3-5 時間のデイは、4-5 時間を 2 回転にする、または午前 4-5、午後 3-4 の 2 回転にすることで収入を確保。地域密着型以外の旧 7-9 デイは、8-9 にシフト。

ただし 4-5 を 2 回転または 8-9 の場合は 1 日 8 時間を超えるため、スタッフ増員が必要になるため注意。

《回転数を増やす》

旧 7-9 は時間を短縮し、4-5 と 3-4 で 2 回転に、旧 3-5 の 2 回転は 3-4 を 3 回転に。

ただしどちらの場合もスタッフの増員は必要。

※短時間型のほうが、下がったとは言え現状ではまだ報酬単価が高い。この対応策は、要介護度の低い人が多いほど効果がある。

《夜間デイの実施》

旧 7-9 のデイが、7-8(例:9:00-16:10)の終了後に 4-5 を 1 単位(例:16:30-20:40)追加。

旧 3-5 で 2 回転のデイが、2 単位目終了後に 3-4 または 4-5 を 1 単位追加。

夜間デイに対する利用者家族のニーズは高い。天体望遠鏡や花火など、夜ならではのレクの可能性。

※生活相談員は、トータルのサービス提供時間数分の配置でよいため、日中のサービス時間帯に複数名体制で夜間デイの時間分も配置しておいて夜間デイは介護職員 1 人で回すことも可能。

【生活機能向上連携加算】<新設>

訪問系・施設系でそれぞれ新設された加算。

ただし、定員 10 人以上の事業所、すでに個別機能訓練加算を算定している事業所はこの加算を取る意味はないと言ってもよい。

施設系の場合、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、またはリハビリテーションを提供している医療提供施設(リハビリテーション病院・診療所、老健、介護療養病床、介護医療院)に雇用されているリハ専門職に 3 か月に 1 度事業所に来てもらい、多職種協働でアセスメント・身体能力評価・個別計画作成を実施。リハ職に「作ってもらう」のではなく、「一緒に作る」ことがポイント。

個別機能訓練加算との違いは、多職種協働のメンバーの中に外部のリハ職が参加している点と、3 か月に 1 度の家庭訪問が求められていない点。

利用者ごとに目標、時間、実施方法を記載。目標は、利用者・家族の意向、担当ケアマネの意見を踏まえて策定。

※この加算を算定する場合は、個別機能訓練計画を別に作る必要はない。

※利用者・家族への説明は、機能訓練計画の作成に関わった人なら誰でも OK。

加算を算定するとデイの収入は増えるが、リハ職を派遣する医療関係機関には何のメリットもないため、通常はデイサービスが契約書を取り交わしたうえで派遣元の医療機関に手数料を支払う形になる。

加算算定による増収分と手数料支払いにかかる原価を比較すると、外部人件費分をペイできないケースあり。

定員 10 人以上のデイには看護職員が配置されているので、午前看護職員、午後機能訓練指導員として配置したうえで機能訓練加算Ⅱを算定したほうが現実的。

外部リハ職の拘束時間を短縮するために、①アセス・訓練のポイントをあらかじめ絞っておく、②あらかじめ対象者をビデオ撮影しておく、③パターン化された計画内容をあらかじめ作成しておく、その内容をもとに個別化する、④指示は直接リハ職に記入してもらおうと時間がかかるため、リハ職の指示を録音・録画しておいてのちほど文書化する、などの工夫が必要。

【ADL 維持等加算】<新設>

報酬の低さと算定要件の細かさのアンバランスが突出している加算。

5 時間以上のサービスを受けている比率の高い利用者が 20 人以上いること、要介護 3 以上が 15 パーセント以上いることが前提条件のため、**短時間デイは対象外**。

機能訓練指導員が 6 か月ごとにバーサルインデックスを使って評価することで要介護利用者全員に算定できる。結果を厚労省に提出すれば加算Ⅱが算定できる。

単位数は非常に少ないが、3 年後に本格導入される評価型成果報酬に対応する準備として、機能訓練指導員に訓練の結果を評価する習慣づけをするためには意味のある加算と言える。

【栄養改善加算】

算定率 1.8%、算定要件(管理栄養士を雇用)が厳しいためにほとんど算定事業所がない加算。

国としては算定率を上げたいので、条件を緩和し、外部連携 OK とした。ただしどこにも所属しないフリーの管理栄養士は NG。

生活機能向上連携加算同様、外部への手数料支払いは必要になるが、直接雇用するよりは低コスト。

栄養改善は 3 年後には事業所評価項目に含まれていく可能性があるため、外部連携の可能性は探っておくとよい。

【栄養スクリーニング加算】

半年に 1 回栄養状態を確認し、情報を担当ケアマネに報告することで算定できる加算。

まずは BMI 測定のために利用者の身体測定を済ませておき、体重・食事摂取量の変化を 6 か月後に評価、担当ケアマネに文書で情報共有。

【有資格者(サビ管、児発管など)配置等加算】

デイサービスが共生型で障害デイの指定を取る場合に、有資格者を配置し、地域貢献活動を実施している場合に算定できる加算。

一定の実務経験を有する者が研修を受講することで資格を取得できる。ただし、現在、障害福祉サービス事業所でも受講希望者に対して各自自治体の研修定員枠が十分でなく、研修終了要件の経過措置が1年延長されている状態。実務経験要件を満たしている者がいる場合、早めの受講計画を。

【機能訓練指導員の資格要件緩和】

一定の条件(機能訓練加算を取っているデイサービスで半年以上勤務し、機能訓練指導を手伝った経験がある)を満たした鍼師・灸師も機能訓練指導員になることができる。

この要件に該当する人は現時点では少ないので、まずは介護職員として採用し、半年の実務経験を経て職種転換するのが現実的。

【総量規制】

4月以降、地域密着型デイの新規指定拒否権が自治体に付与される。早い自治体ではすでに4月から新規指定を受け付けていない場合あり。現在各自自治体が作成中の第7期介護保険事業計画の動向に注目を。

現在は地域密着型のみが対象だが、平成33年以降は通常規模以上のデイについても全自治体で開設抑制が認められる見込み。

【短時間デイの今後】

今回の報酬改定で、デイサービスとデイケアの機能分化が促進された。診療報酬の維持期リハビリテーション(外来リハ)が来年4月に廃止される予定のため、その受け皿として短時間デイケアは優遇される改定となった。

ただし、維持期リハ廃止によるリハビリ難民は4万人に上ると見られ、デイケアの短時間化が今後の1年で促進されても足りるかどうかは不明。デイケアより単価の低いデイサービスにもセールスの余地はあり。

6月ごろまでにリハビリの新プログラムを策定し、半年間の試行を経て半年後の効果を集計、年末から年明けに向けて医療機関のリハビリ部門向けのパンフレットを作成して営業活動を開始、来年2月ごろからはケアマネへのPRを開始できれば理想的。

【デイ+他サービスの可能性】

デイ単体からサービスを広げる場合の組み合わせ例。

《デイ+訪問介護》

訪問リハ+デイケアの組み合わせの介護版。

職員の兼任により効果的・効率的運営が可能になる。午前デイサービス、午後訪問介護など。

《デイ+訪問看護》

病院は早期退院に誘導されている→医療ニーズを持った在宅者が増える可能性。

定員10人以上のデイには看護職員の配置が必要だが、看護職員が退職する場合に後任者を見つけることがで

きず休止に追い込まれるデイも少なくない。訪問看護を運営することで、自前で看護師を抱えておくことはデイのリスクヘッジとしても有効。

《関連事業展開》

いわゆる保険外サービス。

夕食サービス・配食サービス・一緒に食べるサービス、

クリーニング・庭の掃除・部屋の片づけ・家族向け生活支援サービスなど。

ペットのデイサービス、遺品整理、ご遺体ホテル(都市部)などの実例もあり。