

平成30年4月 介護報酬改定の解説【訪問介護・訪問看護編】

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。分岐点は月訪問回数 400 回。月の訪問回数が 400 回以下の事業所は赤字。スケールメリットを追求することが重要。

◆訪問介護◆

【生活援助】

報酬については、特に生活援助が大きく下がると予想されたが、軽微な下げ幅に収まった。

平成 30 年3月まで:身体介護も生活援助も有資格者でないとサービス提供できない

平成 30 年4月以降:生活援助に限り無資格者でも担当できる

従来 of 生活援助を担ってきた有資格者と今後参入してくる無資格者では人件費が違うため、当初は報酬ダウンの予定であった。

→関係団体の意見収集「生活援助は家政婦ではない」「なぜデイサービス等では資格が不要なのに訪問介護員のみ資格が必要なのかを考えてほしい」

1 人 1 人の経験値が低くても複数従業者の目が届く通所系・施設系サービスに対し、訪問介護サービスの基本は 1 人で訪問。要介護認定者や認知症の利用者宅に無資格者が 1 人で行っても対応できない。

【生活援助従事者研修】

生活援助に限定した新研修を創設するも、カリキュラム・委託先等は 3 月下旬時点でまだ審議中。

研修修了者が出てくるのは早くても半年後のため、それまでの間、有資格者に低い報酬単価でサービス提供させることができないことから、今回は報酬が下がらなかった。

補助金の予定は現時点ではないため、59 時間(最低でも 10 日程度)の研修を(おそらく)有料で受講しようとする人がどれくらいいるかは疑問。

場合によっては訪問介護事業所が無資格者を雇用し、研修費用と研修期間の給与を負担しつつ研修を受けさせる必要あり。事業所としては、同じ費用負担するなら生活援助限定の新研修よりも初任者研修を受けさせたい。

【3 年後に向けて】

新研修がいずれ軌道に乗ることを想定すると生活援助の報酬が下がる可能性は非常に高い。

生活援助が市町村事業に移管される可能性も消滅していない。

今回下がらなかったことで安心するのではなく、今後 3 年間で身体介護中心に段階的に切り替えを。

また、今回厚労省が「**見守りの援助**」の内容を再定義したことを受け、身体介護で報酬算定できる部分を知らずに生活援助で算定することがないように再確認を。

【生活機能向上連携加算の拡充】

従来に加算ⅠがⅡにスライドして報酬単位が倍増。

《加算Ⅱ》200 単位／月

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が訪問介護のサ責に同行して 3 か月に 1 回利用者宅を訪問、サ責がリハ専門職から助言を受けて訪問介護計画を作成。

※訪問、デイサービスのリハ職は対象外、フリーの有資格者も対象外。

《加算Ⅰ》100 単位／3 か月ごと

家庭訪問はせず、サ責がリハ専門職の助言を受けて訪問介護計画を作成（計画書に助言の内容を記載）。リハ職は家庭訪問しないため、動画やテレビ電話などで状況把握することが必要、リハ職との事前調整必要。3 か月ごとに助言に基づく計画見直しをすることを条件に、3 か月に 1 回ずつ繰り返し算定可能。

【サ責の責務】

サ責の責務として、以下の項目が追加された。未実施の場合運営基準違反に問われるリスクがあるため注意。

《ケアマネへの情報提供》

現場のヘルパーから利用者の服薬状況、口腔内の状態、食事量の変化などについて情報を収集し、担当ケアマネに対して情報を提供することが義務化された。

早急に対応すべき点は以下の通り。

「必要な情報の提供については、あらかじめ、サ担会議等でケアマネ事業者と調整しておくことが望ましい」とされているため、早急にケアマネと調整を。

サービス提供記録にチェックリストを作るなど、収集した情報を記録しやすいひな形を作成。

報告義務があることを現場ヘルパーに周知。

《生活援助ヘルパー関係》

新研修を修了した生活援助ヘルパーが初回サービスを提供する際には、サ責が同行訪問して OJT 支援をすることが義務化。

生活援助ヘルパーへの緊急時対応の事前指導（必ず指導の記録を残しておくこと）。

生活援助のみを提供している利用者宅への訪問にのみ従事させるように配慮（利用者にとっては区別がつかないため、身体介護・生活援助両方を使っている利用者の場合、生活援助のために行っていてもトイレ介助なども頼まれてしまう可能性がある）。

《不当な働きかけの禁止と提供時間調整》

利用者が必要としている以上のサービスをケアプランに位置付けるようにケアマネに働きかけることの禁止。
標準時間に比べて著しく短時間になる状況が常態化(1 か月以上継続するなど)している場合はケアマネと調整
のうえ、計画の見直しをすることが義務化

【同一建物減算の対象拡大】

減算対象となる建物が、従来の各種高齢者住宅から、一般のアパート、マンション、団地、社宅、戸建て等にも拡大。一般のアパートの 1 室に訪問介護事業所がある場合、そのアパートの居住者に対するサービス提供は 1 人から減算。

事業所が離れた場所にある場合も、同一建物に 20 人以上利用者がいる場合は減算。

建物に事業所が併設していて、同一敷地内に利用者が 50 人以上いる場合は 1 人から 15%減算に減算率が拡大。

※総合事業の現行相当サービス利用者も含んでカウントする。

※利用者数は 1 か月の平均契約者数でカウント、ただし入院等で 1 か月まるまるサービスを利用しなかった人についてはカウントしなくてよい。

※併設の判断は登録所在地ではなく実態で判断する。

【区分支給限度額】

同一建物減算を受けている場合、区分支給限度額は減算前の単位数で管理。

◆訪問看護◆

訪問看護のサービス単価はほとんど現状維持。療法士によるサービスが報酬ダウン。

前回の改定時に訪リハと訪看の単位数は統一されたが、今回再び 6 単位の差がついた。

一部フランチャイズで、看護職員を最低人数に抑えて療法士を多数抱える訪看ステーションが全国的に増えている(人材確保と利用者の獲得しやすさの両面から、軽度者中心の療法士サービスをメインにしている)状況に対し、療法士サービスを集中的に提供している事業所を狙い撃ちする改定となった一方、本来の訪問看護を提供している事業所には手厚い加算が複数新設された。

【療法士サービス】

報酬ダウン

予防報酬の新設(5.3%マイナス)

療法士サービスを提供する対象は大多数が軽度者であるため、予防報酬を新設。

算定要件の追加

療法士サービスの提供にあたっては、看護職員と療法士が連携して計画書と報告書を作成することと、看護職員による定期的な家庭訪問が義務化(准看護師は NG)。

※家庭訪問はサービス提供ではないため、報酬算定は不可(このために訪リハに比べて基本報酬が6単位上乗せされている)。

定期的とは？

①新規利用者への初回訪問(アセスメント)

②主治医からの指示書が変化する場合、利用者の心身状態・家族環境が変わる場合(モニタリング)
(何か月ごと、という規定ではない)

ただし主治医からの指示書は半年ごとに見直すことになっている→最低でも半年に1回

【重度者へのサービス】

《複数名訪問加算》

同行者が看護師か看護補助者かで区分が変わる。

ただし、利用者の身体的理由(体重の大きい利用者への移乗介助など)、暴力行為や迷惑行為(認知症利用者など)に該当する場合に算定可能(2人で行けばいつでも算定できるわけではない)。

看護補助者とは？

看護師の指導のもとに看護業務の補助を行う者(資格は問わないが事業所に雇用されている者)

訪問時に看護師の指揮下にあれば経理担当者でもかまわない(常勤者である必要もない)

《看護体制強化加算》

ターミナルケア加算の年間算定回数により区分が変わる。

利用者ごとに選択的に算定することはできず、事業所単位でⅠまたはⅡを届出。

【各種取り扱い規定】

《精神科訪問看護・指導料》

医療保険利用者に同一日に介護保険を算定することはできない(医療保険優先)

《訪問する職種》

事業所都合により、ケアプランとは異なる職種の者が訪問した場合の取り扱い。

准看護師↔看護師・保健師：双方向ともに10%減算

准看護師↔療法士：双方向ともに療法士単位で算定

【主治医への計画書・報告書】

書面でなく電子的な方法も認められるようになった。ただし厚労省ガイドラインを満たす電子署名が必要。