



介護報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発信者：(株)ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29MR Rデルタビル3F TEL:082-243-7331

政府が社会保障制度の「分水嶺」と位置付ける平成30年度の診療報酬・介護報酬の同時改定。このうち、介護報酬改定について議論してきた社会保障審議会介護給付費分科会は11月までに、すべてのサービスについて議論した。今後、12月上旬から中旬にかけて取りまとめに向けた大詰めの議論が行われる。来年1月から2月には、介護報酬改定案の諮問・答申が行われる見通しだ。これまでの介護給付費分科会の議論を振り返ると、約4カ月後に迫った報酬改定の絵姿が、おぼろげながらも浮かび上がる。大詰めの議論を前に、改めて介護給付費分科会の議論を振り返る。

■「加算での評価拡大」と「外部連携の重視」がより鮮明に

これまでの介護給付費分科会の議論ではっきりしたことがある。ほとんどの報酬上の評価の充実が加算で行うという点と、外部との連携がより重要になるという点だ。その象徴といえるのが、「生活機能向上連携加算」の対象の大幅な拡大だ。外部のリハビリ職との連携が主な要件であるこの加算は、現在、訪問介護で算定が可能だが、今回の提案では、その対象が通所介護や小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、グループホームなどにまで拡大する見通しだ。

さらに、居宅介護支援の「ターミナルケアマネジメント加算」（仮称）など、新たな加算が次々と提案されている。

加算の拡充は、事業者にとって前向きな変化といえる。ただし、財源確保の難しさを思えば、喜んでばかりもいられない。十分な財源が確保できなければ「基本報酬を削減し、加算充実分を確保する」という施策がとられる可能性があるからだ。実際、平成27年度の介護報酬改定では、そうした手法で加算の拡充が図られた。

基本報酬を削り、加算を充実させるのか。それとも基本報酬は維持するか微増させたいかで、加算も充実させるのか。政策の行方の鍵を握るのは、やはり年末に決定する介護報酬全体の改定率だ。

今回の改定で新たに導入される仕組みやサービスの基準に関する議論を振り返る。具体的には、

▽介護療養型医療施設などの受け皿として整備される「介護医療院」

▽障がい福祉サービスと一体的なサービス提供を目指す「共生型サービス」

▽自立支援のため活動に力を注ぎ、成果を上げた事業所を報酬上で評価する仕組み（改善インセンティブ）の充実・拡大

—について、振り返る。その後、大きな変更が提案された「訪問介護」や「通所介護」などの変更点のポイントをまとめて紹介する。

■転換促進へ期限付きの加算創設—介護医療院

- ▽介護医療院のサービスは「病棟単位」が基本となるが、120床以下の小規模な医療機関については、療養室単位でのサービスの提供を認める。さらに、短期入所療養介護、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護については、介護医療院での提供を可能とする一方、居宅療養管理指導は対象外とする。
- ▽療養室の定員は4人以下、一人当たりの床面積は8.0平方メートル。ただし、大規模な改修を予定している場合に限り、6.4平方メートルの床面積に緩和する。
- ▽転換を促進するため、医療療養病床、介護療養病床、転換型老健については、療養室の床面積やろう下の幅などの基準を緩和する。さらに、利用者やその家族らに対して、転換後のサービスの変更内容を説明した場合の加算を新設する。新加算は、平成33年3月末までの期限付きで、最初に転換した日から1年間のみ算定できる。
- ▽介護医療院の「類型（Ⅰ）」については、医師の宿直を義務付ける。一方、「類型（Ⅱ）」に関しては、併設する医療機関の医師による宿直の兼任を認める。
- ▽エックス線装置や調剤所といった医療設備に加え、十分な広さのレクリエーションルームなどを設置することも義務付ける。

■障害福祉事業所、新たな対応なしでも共生型に

- ▽「生活介護」や「自立訓練」「児童発達支援」「放課後等デイサービス」の障害福祉事業所が通所介護に取り組む「共生型デイサービス」（共生型通所介護）と、「居宅介護」や「重度訪問介護」の障害福祉事業所が訪問介護を行う「共生型ホームヘルプサービス」（共生型訪問介護）、「短期入所」の障害福祉事業所が短期入所生活介護を実施する「共生型ショートステイ」（共生型短期入所生活介護）が創設される。
- ▽いずれの場合でも、障害福祉の事業所は、介護保険サービスの事業所の基準を満たしていなくても共生型としての指定は受けられる。ただし、介護サービスの充実に向け人員を加配した場合など、一定の条件を満たせば加算の対象となる場合もある。

■デイはADL改善、施設は排泄の自立支援等を評価へ—改善インセンティブ

- ▽通所介護では、新たに事業者の取り組みによって利用者が日常生活を送る上で必要な動作（日常生活動作、ADL）を回復したり、維持したりした場合を報酬で評価する。評価の指標としては「Barthel Index」を用いることを想定。
 - ▽特別養護老人ホーム（特養）などの介護保険施設では、利用者の排泄の自立につながる取り組みを計画的に実施した場合、評価の対象とする。さらに特養や介護老人保健施設（老健）については、利用者の褥瘡の発生を予防するため計画を立案・実施する事業所を評価する。
- なお、こうした改善インセンティブは、加算として評価される見通しだ。

■生活援助、簡易な専門研修導入へー訪問介護

- ▽生活援助を中心としたサービスについて、新たに簡易な専門研修を導入し、担い手の確保を目指す。新研修は、「サービス提供の際に観察すべき視点の習得」や「認知症高齢者に関する知識の習得」に重点を置く。平成30年度の介護報酬改定に合わせて来年4月には開始される見通し。
- ▽訪問介護のサービス担当責任者の要件から「初任者研修課程修了者」と「旧2級課程修了者」を外す（経過措置あり）。
- ▽訪問介護や訪問入浴、訪問看護などの事業所が集合住宅の住人にサービスを提供した場合、報酬が減らされる仕組み（同一建物等減算）の対象を拡大する。有料老人ホームだけでなく、マンションなど一般的な集合住宅も対象とする。

■時間区分を1時間ごとに細分化へー通所介護

- ▽現在は2時間ごとに3つの枠が設けられているサービス提供時間区分（区分）を、1時間ごとの6枠に細分化する。つまり、現在の3つの区分（「3時間以上5時間未満」と「5時間以上7時間未満」「7時間以上9時間未満」）が、2つずつに細分化される。
- ▽基本報酬については、介護事業経営実態調査の結果を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直す。特に収支差率が高かった「大規模Ⅰ」「大規模Ⅱ」などでは報酬が削減される可能性がある。

■「3時間以上」、基本報酬見直しへー通所リハ

- ▽通所リハで3時間以上の長いサービス提供を行った場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮して見直す。通所リハビリと通所介護については、同じ条件であれば、通所リハビリの方が報酬は高い。そのため、この見直しによって3時間以上の通所リハの基本報酬は削減される可能性がある。
- ▽一方、人員基準より手厚くりハビリ専門職を配置している場合は、長時間サービスでも報酬上で評価する。
- ▽リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（リハマネ加算Ⅱ）の要件であるリハマネ会議について、医師の参加が難しい場合は、テレビ電話などの活用を認める。また、同じ加算の要件「医師によるリハ計画の説明」については、医師の指示を受けた理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が代行できることとする。
- ▽リハマネ加算Ⅱを算定している事業所が、「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」に参加し、リハビリ計画書などのデータを提出した上で、フィードバックを受けた場合、報酬上で評価する。
- ▽リハマネ加算全体の要件に「医師は毎回のリハビリの実施にあたり詳細な指示を行う」などを加える。

- ▽介護予防通所リハビリにリハマネ加算や生活行為向上リハビリ実施加算を新設する。
- ▽社会参加支援加算の算定要件である「社会参加に資する取り組み」に「通所リハビリの利用者が要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防認知症対応型通所介護や介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合」と「就労に至った場合」を加える。

■常勤医師の配置必須化へー訪問リハ

- ▽専任の常勤医師の配置を必須とする。また、他の訪問系サービスと同様に、「特別地域加算」と「中山間地域等における小規模事業所加算」を新設する。
- ▽リハマネ加算などについては通所リハビリと同様とする。

■「医療」に関する各種加算を拡充・創設—特養

- ▽特養において、利用者の病状の急変などに備えるための対応方針を定めることを義務化する。
- ▽特養の配置医が早朝や夜間、深夜に施設を訪問し、診療した場合を新たな加算で評価する。以下の(1)から(5)が要件案。
 - (1)入所者に対する緊急時の注意事項や病状などについての情報共有の方法や、曜日や時間帯ごとの連絡方法などについて、配置医と施設の間で具体的に決める。
 - (2)複数の配置医を置くか、配置医と協力病院などの医師が連携することで、施設の求めに応じて24時間対応が可能な体制を取っている。
 - (3)(1)および(2)について、届け出を行っている。
 - (4)看護体制加算（Ⅱ）を算定している。
 - (5)早朝・夜間または深夜に施設を訪問し、診察する必要がある理由を記録する。
- ▽「夜勤職員配置加算」は拡充する。具体的には、現在ある要件に加えて「看護職員を配置している」か「認定特定行為業務従事者を配置している」の、いずれかを満たした場合、より評価する。
- ▽「看取り介護加算」も拡充する。以下の(1)から(5)の要件を満たしたうえで、実際に施設で利用者を看取った場合、現在の加算より手厚く評価する。
 - (1)入所者に対する緊急時の注意事項や病状などについての情報共有の方法や、曜日や時間帯ごとの連絡方法などについて、配置医と施設の間で具体的な取り決めがある。
 - (2)複数の配置医を置くか、配置医と協力病院などの医師が連携することで、施設の求めに応じて24時間対応が可能な体制を取っている。
 - (3)(1)および(2)について、届け出を行っている。
 - (4)看護体制加算（Ⅱ）を算定している。
 - (5)早朝・夜間または深夜に施設を訪問し、診察する必要がある理由を記録する。
- ▽「常勤医師配置加算」は、要件を緩和する。具体的には、同じ建物内でユニット型と従来型が併設され、一体的に運営されており、双方の施設で適切な健康管理と療養上

の指導が実施されている場合、1人の医師を配置すればよいとしている。

▽外泊している利用者に特養や老健からサービス提供を行った場合、介護報酬で評価する。この場合、訪問介護などの居宅サービスなどについても、施設側が業務を委託すれば利用することができる。以下の(1)から(3)が、主な要件案。

(1) 報酬で評価できるのは1カ月で6日が限度

(2) 外泊初日と最終日は評価の対象にしない

(3) 外泊する利用者に新たな評価を算定する間は、特養や老健の基本報酬は算定できない。

▽「障害者生活支援体制加算」を拡充する。具体的な要件案は、以下の(1)と(2)。

(1) 「障がい者を15人以上」としてきた加算の要件に「又は入所者総数の30%以上」を加える。

(2) 「入所障がい者数が入所総数の50%以上」「もっぱら障がい者生活支援員としての職務に従事する常勤職員を2人以上配置する」などの要件を満たす場合、より手厚く報酬上で評価する。

このうち(1)は、15人の受け入れは難しい小規模の施設を特に意識した要件だ。

▽「個別機能訓練加算」に新たな要件を設ける。新たな要件は以下の(1)と(2)。

(1) 訪問・通所リハビリやリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士らや医師が特養を訪問し、その職員と共同でアセスメントを行った上で、個別機能訓練計画を作成する。

(2) 機能訓練指導員や看護職員、介護職員、生活相談員らが共同で個別機能訓練計画に基づき、計画的に訓練を実施する。

▽既存の小規模介護福祉施設と経過的地域密着型介護福祉施設（平成17年以前に開設した定員26～29人の施設）は、一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合する。

▽旧措置入所者介護福祉施設は平成30年度から特養か小規模特養の基本報酬に統合する

▽平成30年度以降に新設される小規模特養の報酬は他の特養と同様とする。

■「従来型」の基本報酬も在宅復帰重視で見直しへー老健

▽老健の「従来型」の基本報酬について、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を持つものを基本とし、評価にメリハリをつける

▽在宅復帰・在宅療養支援機能の指標として「在宅復帰率」「ベッド回転率」「利用者の退所後の状況確認」などのアウトカム指標が用意されているが、今後は「入所後の取り組み」「リハビリ専門職の配置」など、プロセスを評価する指標も加える

▽「在宅強化型」より積極的に在宅復帰・在宅療養支援のための活動を進める事業所を、さらに報酬上で評価する。

▽「退所前訪問指導加算」「退所後訪問指導加算」「退所時指導加算」は、基本報酬に包括化する。

▽老健の医師と入所者のかかりつけ医が、一定の方針で減薬を目指した取り組みを進めた場合、報酬で評価する。さらに、「所定疾患施設療養費」で認められた肺炎などの

治療を行うため、専門的な検査のためなどに医療機関と連携した場合も、報酬で評価する。

■管理者を主任CMに限定—居宅介護支援

- ▽居宅介護支援事業所の管理者を主任ケアマネジャーに限定する。ただし平成33年3月31日までは、主任ケアマネ以外のケアマネが管理者を務めることができる「経過措置期間」を設ける。
- ▽特定事業所集中減算の対象となるサービスを通所介護と訪問介護、福祉用具貸与の3サービスに限定する。
- ▽居宅介護支援事業所が利用者と契約する際、以下の(1)と(2)を口頭などで説明する。この方針に従わない事業所は運営基準減算の対象となる。
 - (1)利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることができる。
 - (2)サービスをケアプランに位置付けた理由を求めることができる。
- ▽国が定めた基準より多くの訪問介護が位置付けられたケアプランについては、ケアマネジャーが市区町村に届けたうえで、地域ケア会議などで検証。必要と判断されれば、サービス内容の変更を促す。
- ▽担当する利用者が入院する場合、ケアマネは、自分の氏名や連絡先を入院先に連絡するよう、利用者とその家族に依頼する。この利用者らへの協力依頼をケアマネの運営基準上で明確にする。
- ▽より迅速な情報提供の実現を目指し、現行の入院時情報連携加算に新たな枠組みを設ける。具体的には、利用者が入院してから3日以内に情報提供をした場合、現行の加算より報酬上での評価を高くする。また、情報提供の方法については「訪問」と「訪問以外」の間の差は設けない。
- ▽現行の退院・退所加算の報酬上の評価を充実させる方針で見直す。具体的には退院や退所時の初回のケアプランの作成に手間がかかる点を明確に評価する。また、医療機関などとの連携回数に応じた評価とする仕組みも導入する。さらに、医療機関からの退院時のカンファレンスに参加した場合は、報酬上の評価をより高くする。
- ▽ケアマネが医療機関などから情報収集するための様式例を見直す
- ▽利用者について主治医らに意見を求めた場合、主治医らにケアプランを交付することを運営基準で明確化する。
- ▽口腔内の課題や薬剤の状況など、ケアマネがモニタリングなどで把握した利用者の情報を主治医らに伝えることを運営基準で明確化する。
- ▽末期のがん患者への対応については、新たに「ターミナルケアマネジメント加算」(仮称)を設定する。さらに、末期のがん患者のケアプランの変更については、主治医の助言を得るなど、一定の要件を満たす場合、サービス担当者会議の招集を不要とする。

■「月平均100件以上」で上限額など設定へー福祉用具貸与

▽福祉用具貸与の商品のうち、月平均の貸与実績が100件を超えるものについて、上限額の設定などの対象とする。また、上限額などは年に1回程度の見直しを行う。各商品の上限額は「貸与価格の全国平均額+1標準偏差」とする。

▽以下の(1)から(3)の取り組みを義務化する。

- (1) 商品の特徴や価格、全国平均貸与価格を利用者に説明する
- (2) 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示する
- (3) 利用者に交付する福祉用具貸与計画をケアマネジャーにも交付する

■介護ロボット、介護報酬で初評価へ

▽特養や短期入所生活介護などでベッド上の入所者の動きを検知できる「見守り機器」を一定数設置していれば、現行の夜勤職員の最低基準を下回っても、「夜勤職員配置加算」を算定できるようにする。介護報酬で介護ロボットが評価されるのは初。