

事業者が知るべき介護報酬改定の「傾向」と 今後生き残るために実施すべき「対策」

2015年度介護報酬改定の内容が固まった。地域包括ケアシステムの早期実現をめざし、「中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化」「介護人材確保対策の推進」「サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築」を基本方針とする一方で、基本報酬の減額など介護事業者にとっては厳しい内容となった。ここでは全体的な方向性とともに、サービスの重点化・適正化の要となる①中重度の要介護者への対応、②認知症高齢者への対応、③リハビリテーションの強化推進、④看取り介護の拡充の4項目について、株式会社ウエルビー代表・青木正人氏に解説してもらう。(取材:文/山辺健史 下境敏弘)

基本報酬は大幅なマイナス 特に通所介護と特養に厳しく

今回の介護報酬改定では「サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築」が柱の一つとされ、全体ではマイナス2・27%の改定率だが、処遇改善(プラス0・56%)やサービス充実(プラス0・56%)を除けば、実質マイナス4・48%といふかなり厳しい「適正化」となった。

ただし個別のサービスごとに見れば、かなりの濃淡がある。訪問系サービスは大きなダメージは避けられた。訪問介護について試算したところ、東京23区では地域区分単価が上がることもあり、処遇改善加算を入れればプラスになる。訪問看護も基本サービスこそ下げられたが、看護体制強化加算が3

00単位/日と大きい。

厳しいのが通所介護だ。特に「お泊まりデイ」は行つが、認知症も中

重度者も受け入れず、生活向上訓練も行わない定員10人以下のデイサービスは苦しいところだ。内部留

保の多さが報道で取り沙汰された特別養護老人ホームも、とりわけ多床室で大きく削られている。地域包括ケアシステムの構築を進めたい厚生労働省が在宅支援サービスの

拡充を爾々と進めた結果、メリハリの効いた改定となったかっこうだ。

また、改定の柱の一つ、「中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化」を目的とした加算が多く新設されていることから自分らしい生活を続けられるため地域包括ケアシステム構築の早期

実現をめざすとともに、中重度・認知症高齢者の在宅生活を支援するサービスの充実が図られた。

事業者が避けて通れない 人材確保と医療との連携促進

事業者には職員の処遇への配慮を求める改定でもある。「介護人材確保対策の推進」も柱の一つとされ、介護職員の賃金を平均1人当たり月1万2000円上げる、とアナウンズされている。あわせて質の高い介護サービスを確保する観点から、資質向上への取り組みも求められており、事業者は研修などの教育コストの負担が増すことになる。

おそらく今後、中重度者や認知症高齢者への対応、リハビリテーション、看取り、口腔ケアなど加算の対象とされたサービスを手がけ

なければ、事業の継続が困難になつていくだろう。

生き残っていくには、加算を得ることが必要だが、医療的なバックグラウンドがなく、医療機関との連携も十分に図れていなければとりにくい。介護の側から積極的なアプローチを図っていくべきだ。

政府は複数の医療法人や社会福祉法人などを束ねて一体的に経営できるようにする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」の検討を進めている。今後、地域の病院の介護事業への参入があるだろう。体力がないなら、この機会をとらえるのも手ではないか。

いずれにせよ、この先も基本報酬の大幅なアップは見込めない。事業者には思い切った体質改善の覚悟が迫られている。



青木正人
株式会社ウエルビー
代表取締役

あおき・まさと●1955年、富山県出身。1978年、神戸大学経営学部卒。現在、株式会社ウエルビー代表取締役として介護福祉ビジネスの経営・人事労務・教育分野などのコンサルティング、自治体の福祉施策などのコンサルティングを展開する。

1 中重度の要介護者への対応

傾向

- 短時間・1日複数回訪問を評価
- 「通い・訪問・泊まり」などの一体型サービスを評価
- 24時間365日の在宅生活支援対策が加速

対策

- 中重度者対応の人材の確保・育成に努めよ
- 近隣の訪問看護ステーションとの連携を急げ
- 夜間・重度者受け入れに向けたスタッフ増強を

中重度者の支援には医療的ケアは不可欠
不足する看護師を地域全体で活用するには

訪問系、通所系、短期入所系、介護保険施設それぞれのサービスで、中重度者の要介護者の受け入れが評価されることとなった。

訪問系サービスでは、訪問介護で特定事業所加算、訪問看護で看護体制強化加算が新設された。複合型サービスは「看護小規模多機能型居宅介護」と名称を変更し、訪問看護体制強化加算(2500単位/月)が追加された。また、定期巡回・随時対応サービスをはじめ「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化が図られている。

訪問介護では時間区分の一つとして「20分未満」を位置づけ、すべての訪問介護事業所で算定可能とした。24時間365日の在宅生活

支援を加速させたかたちだ。

基準緩和も行われる。不足している看護職員については通所介護の配置基準が緩和され、病院、診療所、訪問看護ステーションと連携し、健康状態の確認を行った場合、「人員配置基準を満たしたものと」される。施設系では、2015年度より介護老人福祉施設の入所者が原則として要介護3以上となることを踏まえ、入所者にかかる算定要件の見直しとともに、ユニット型施設の入所者は、単位数を従来型施設の入所者より引き上げられることになった。

小規模多機能型居宅介護は訪問体制強化加算(1000単位/月)が新設され、登録定員が29人以下と増員されたことから期待の大きさがうかがえる。

中重度者対応の加算要件として、

人員基準以上のサービス提供責任者、介護職員、看護職員などの配置、研修の実施などが求められている。事業者は人材の確保に加えて、育成が喫緊の課題だ。デイサービスを例にあげれば、入浴・食事の介助、送迎というように分業化しているところが多く、資格のない低スキルの職員でもこなしているが、

今後は、「予後予測ができる」ように、要介護状態の重度化を防止するにはどういうケア・機能訓練が必要なのか分かる人材が求められていくはずだ。

中重度者を対象とする以上、人員配置では夜間対応という視点も欠かせない。当然、医療連携も重要だ。短期入所生活介護は、看護職員の定期的な巡回などの要件を

満たし、重度利用者を受け入れた場合、医療連携強化加算で評価することになったが、それ以前に、必要が生じれば、即座に医療につなげられる用意は必須だ。

一つには看護ステーションとの連携がある。通所介護で契約になった看護師がいるなら、訪問看護ステーションを併設する方法もあるだろう。国は、限られた専門職を地域全体で活躍してもらったため、規制緩和を進めている。

看護師に協力を求め、訪問看護を行う方向に持っていかなければならない。ただしハードルは高い。他組織の看護師を介護事業者が使うのは容易ではない。まずは看護師と連携し、これを糸口に医師と協力関係をつくっていくという手順になるだろう。

2 認知症高齢者への対応

傾向

- 医療・地域との連携を後押し
- 認知症利用者の積極受け入れを評価
- 在宅生活支援サービスを強化

対策

- グループホームはさらなる地域貢献を
- 医療機関・地域資源との連携を急げ
- 認知症ケアのスキル向上は不可欠

政府一丸の認知症対策が始まるなか
介護事業者に迫られる専門的対応

すでに高齢者の約4人に1人が認知症の人か、その予備群とされるが、今後、高齢化の進展に伴いさらに増えていくことになる。いまや認知症対策は国家的目標と位置づけられている。1月27日、政府をあげて取り組む「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」が発表された。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現をめざすものだ。

今改定も認知症対策を重視しており、多くのサービスで加算制度を新設したり、厚くしている。通所介護では60単位/日の認知症加算が新設され、居宅介護支援では、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化で評価されることに

なった。特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)でも、他のサービスで加算が設けられていることに鑑み、認知症専門ケア加算が新設された。

グループホームは、宿直職員による夜間の加配が評価されることになったが、さほど手をつけられていないのは、小規模多機能や定期巡回・随時対応サービスなど新サービスでも力を入れていくという厚生労働省のメッセージとも受け取れる。また、グループホームの実態は玉石混交で、「ユマニチュード」*

に代表されるような先進ケアに取り組んでいる事業所がある一方、工夫のない事業所も少なくない。きちんとしたケアを行わない事業所を増やしたくないという国の思惑も感じられる。

グループホームの少人数の環境が有効なことは確かだが、厚生労働省としては「それだけでは高い報酬は払えない」ということであり、理論に裏打ちされたスキルによって症状の進行を遅らせたり、自宅復帰を課すなどの実を求めているという点だ。また、高い専門性を持つグループホームであれば、せっかくの知見やスキルを地域に広げていくため、啓蒙活動であるとか、地域の人に集まってもらう地域の拠点としてさらに機能させていくことが望まれる。

当然、非居住系など他のサービスの事業者にも、職員の専門性を高めるための努力が求められる。通所介護で新設された認知症加算(60単位/日)で要件とされている認知症介護指導者研修や認知症介

護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修などを受けさせるなどの取り組みが必要だ。また、専門的な研修を終了させた職員を配置して、事業所全体の認知症ケアの指導を徹底させることにより、チームとして専門的な認知症ケアを実施することも大切だろう。そのためには、事業所で看護・介護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に沿って研修を実施していかなければならない。

加えて、中重度者対応と同様医療との連携も重要だ。加算を求める以上、医療的ケアを含め、認知症の対応力が本当にあるかが厳しく問われる。介護事業者が生き残ろうとすれば、今後こうした対応できなければかなり運営が難しくなると言わざるを得ない。

*フランスで考案された認知症ケアの方法。見る、話しかける、触れる、立つという4つを柱とする。

3 リハビリテーションの強化推進

傾向

- リハビリの基本理念を明確化
- 社会参加・維持を支援するサービスを評価
- リハビリマネジメント体制強化を促進

リハビリテーションの目的・基本理念が明確に打ち出されたことが今改定の特徴だ。

従来のように座る・立つ・歩くなどの「機能回復訓練」だけでなく、ADL・IADLの向上を通して日常生活の「活動」を高め、家庭での役割づくりや地域活動などへの「参加」を促すための機能とはつきりと定義した。

家庭では「主婦」「孫のおもり」などの役割を担ったり、地域ではボランティア活動などへの参加を目的に、利用者の生きがいや居場所づくりを、リハビリを通して支援していく。自立に向けたサービスの適正化を図ったもので、これに資するサービスに対し新たな加算を設けた。

為の向上の成果を評価する「生活行為向上リハビリテーション加算」(通所リハ/訪問リハとの組み合わせも可)や、通所リハ/通所介護、訪問リハ/通所リハ・通所介護など「社会参加が維持できるサービス」への移行時に算定できる「社会参加支援加算」(訪問リハ・通所リハ)など。同様の主旨で認知症短期集中リハビリテーション実施加算(通所リハ)も見直された。

もうひとつ、リハビリのマネジメント体制強化に重点が置かれている点も重要だ。通所リハ・訪問リハにおいても、情報収集・計画・実行・モニタリング・修正という「SPDCA」を踏まえたマネジメント体制の強化が求められている。医師やPT、OTなど多職種で連携して行うことが望まれる。

マネジメント体制の強化には、なによりリハビリ計画書の見直しが必要だ。「活動」「参加」の促進が基本理念として示されたことで、ここでは活用プロセスをきちんと考え合目的性の高いリハビリメニューが求められる。そのため、「トイレに一人で入れるようになる」といった短期目標だけでなく、「排泄の自立をめざして自信を取り戻したい」「外出に踏み出せる勇気を持ちたい」など、その先の社会参加へつながる目的と結びつけたリハビリ計画書の策定は不可欠。利用者家族の希望を取り入れることが強調されていることも留意したい。通所介護での個別機能訓練加算でも同様だ。

対策

- 合目的性の高いリハビリメニューづくりを
- 多職種連携の仕組みづくりを早期に構築せよ
- 多職種連携にはケアマネの質が問われる

機能回復訓練に加え、社会参加を促すリハビリが評価のポイントに

4 看取り介護の拡充

傾向

- 施設での看取り介護についてはプロセスを重視
- 小規模多機能型居宅介護で「看取り連携体制加算」を新設
- 介護療養型医療施設の要件に「一定割合以上のターミナルケア」

「入居者が死亡時にそこにいた」というのが、かなりの施設での看取りの偽らざる現状だろう。今改定では「死亡日以前4日以上30日以下」の看取り期のケアに重点置き、「その人らしさを尊重した手厚い看取りケアの実現」を目的に、従来の「看取り介護加算」の算定額を大幅に増やした(80単位/日→144単位/日)。つまり、亡くなるまでのプロセス強化が図られたわけだ。そのため、入居者・家族に方針を説明し、要望をよく聞き、彼らの意向に基づき看取り介護の実施のほか、サービス体制の構築・強化のためにPDCAの推進が算定要件に加えられた。

同加算の見直しは、介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護の3

サービス共通だが、今改定より看護師への24時間連絡可能な体制確保などを条件に、小規模多機能型居宅介護でも「看取り連携体制加算」(64単位/日)が新設された。在宅での看取り強化が厚生労働省の方針であり、看取りでの同サービスの役割はより重要になっていく。

介護老人保健施設は、施設と在宅の中間地点で双方に切れ目ない支援をするという役割が明確化され、終末期を含め施設と在宅両方への支援計画の策定や多職種参加のカンファレンスの実施を算定要件に「入所前後訪問指導加算(Ⅱ)」(480単位/回)が加わった。

介護療養型医療施設は、一定割合以上のターミナルケア患者がいることなどを要件に、機能に応じた評価の見直し・充実が図られる。

対策

- 本人および家族との意思疎通を密にせよ
- 地域の医療資源、とりわけ看護師との連携は不可欠
- 介護職への意識変革・教育が急務

在宅および施設サービスごとに
看取り介護の機能区分を明確化

施設等での「看取り介護加算」の算定要件として、入居者・利用者及びその家族等の意向を尊重することが第一とされている。介護事業者はまず、入居者・利用者やその家族とコミュニケーションを密にし、看取り介護の方針をしっかりと共有することが先決だ。

また、地域の医療機関との連携は不可欠であり、とりわけ介護職と看護師との上手な連携がケアの肝となる。ここでは、看護師に入居者・利用者の情報(バイタルや呼吸等)を短時間で適切に伝えることなどが求められる。入居者・利用者ともっとも緊密に接しているのが介護職だからだ。併せて、喀痰吸引など介護職に許された医療的なケアも、より積極的に行っていくかなくてはならない。医療的処置への対応も積極的に展開していくべきだ。