

Research Report

2018年11月5日
 経営サポートセンター リサーチグループ
 主査 荒牧 登史治

平成30年度介護報酬改定の影響に関するアンケート調査の結果について

福祉医療機構では介護施設・事業所を対象に、平成30年度介護報酬改定に関するアンケート調査を実施した。

特別養護老人ホームでは、基本報酬が引き下げられた30人定員を除き、増収基調にあったが、損益ベースではほぼ横ばいの状況であった。居宅介護支援事業所も同様の傾向にあった。

通所介護や通所リハビリテーションでは、基本報酬の引下げの影響を受け大規模型を中心に「減収」したとの回答が多くを占めた。また、サービス提供時間区分の見直しへの対応の結果、通所介護では「7時間以上8時間未満」、通所リハビリテーションでは「6時間以上7時間未満」を主なサービス提供時間区分とする事業所が多かった。

認知症対応型通所介護や訪問介護は、基本報酬の改定幅は軽微であったが、利用率や利用回数の低下が一部みられたことにより、収益はやや「減収」寄りの結果となった。

新たな施設類型となった介護老人保健施設は、「超強化型」が10.1%、「在宅強化型」が7.7%を占め、多くは従来の類型と同等か上位の類型へ移行していた。一方、「その他型」の施設割合は8.3%であった。上位類型を目指すうえで取得が必要な在宅復帰・在宅療養支援等指標のなかでは、在宅復帰率、ベッド回転率の順に基準値の達成が困難とする回答が多かった。

医療ニーズへの対応、質の高い介護サービスの推進に向けて新設された各種加算の算定状況は、施設や事業所で多少の違いはあるが2割～4割程度の算定率が多かった。外部医療提供施設との連携が必要な「生活機能向上連携加算」や、通所介護のアウトカム評価である「ADL維持等加算」は、算定要件や単位数との兼ね合いにより算定率は一桁台であった。

はじめに

平成30年度介護報酬改定は、医療ニーズへの対応や医療・介護の連携、自立支援・重度化防止に資する加算等が充実し、全体では0.54%のプラス改定となった一方、報酬の適正化・重点化の観点から引下げとなったものや、新設された加算の取得要件等のハードルが高いものもあり、今次改定の影響は各サービスにおいて様々であることが推測される。

本レポートでは、福祉医療機構の貸付先を対象に実施した介護報酬改定に関するアンケート結果から、特別養護老人ホーム（以下「特養」と

いう。）、通所介護、介護老人保健施設（以下「老健」という。）を始めとした8つの介護サービスについて、今次改定による経営への影響や加算の算定状況等を取りまとめた。

1 アンケート調査について

1.1 概要

対象：介護サービス事業者（5,860法人）
 有効回答数：1,298法人 有効回答率：22.2%
 実施期間：平成30年7月19日（木）～
 平成30年8月7日（火）
 方法：Webアンケート



1.2 回答者属性

(1) 設置主体

法人格	回答法人数	割合
社会福祉法人	1,168	90.0%
医療法人	113	8.7%
その他（一般社団・財団法人、株式会社他）	17	1.3%

注1) 割合は全体に占める構成比率（以下、とくに断りない場合は同じ）

注2) 数値は四捨五入のため、内訳の合計が合わない場合がある（以下、記載がない場合は同じ）

(2) 事業所別回答数

事業所（介護サービス種類）	回答数
特別養護老人ホーム	1,070
通所介護	820
認知症対応型通所介護	127
介護老人保健施設	169
通所リハビリテーション	125
認知症高齢者グループホーム	232
訪問介護	309
訪問看護	55
居宅介護支援	676

注) 訪問看護は、「平成30年度診療報酬改定の影響に関するアンケート調査の結果について」においてとりまとめ

2 特別養護老人ホームの状況

【やや増収基調も損益ベースではほぼ均衡。各種加算は、2～4割程度に算定意向】

2.1 収支状況

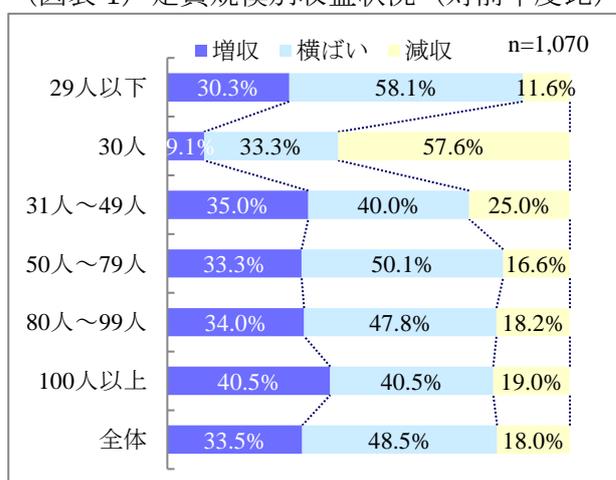
前回の改定で基本報酬が大きく引き下げられた特養は、今次改定で1.8～1.9%の引上げ（30人の小規模特養は引下げ）となったことから増収増益が期待されたが、本調査では特養全体で「増収」が33.5%にとどまった（図表1）。また、損益状況をみると「増益」よりも「減益」となった施設がわずかに上回っていた（図表2）。

「増収」が一定割合にとどまったのは、「減収」施設で利用率の変化（低下）を主な減収要因として挙げているように、稼働状況が悪化した施設ではわずかなプラス改定の効果が打ち消されてしまったことが大きい（図表3）。

これに、費用の増加、とくに人件費の増という側面も重なり（「減益」の施設の36.1%は人件費増を主因と回答）、増収が利益の増加に結び付かず、損益ベースでは「増益」「減益」がほぼ均衡した結果となったというのが全体の概況であった。

近年の介護職員処遇改善に加え、介護人材の確保難の環境のなか人件費率の上昇が続いており、特養の経営の厳しさは改定後もあまり変わらない状況がうかがえる。

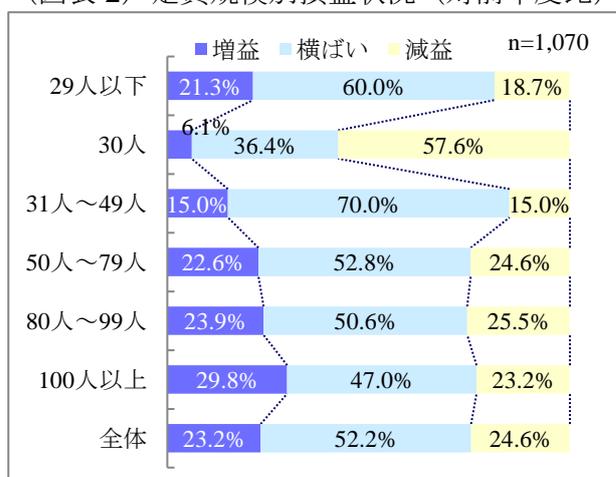
（図表1）定員規模別収益状況（対前年度比）



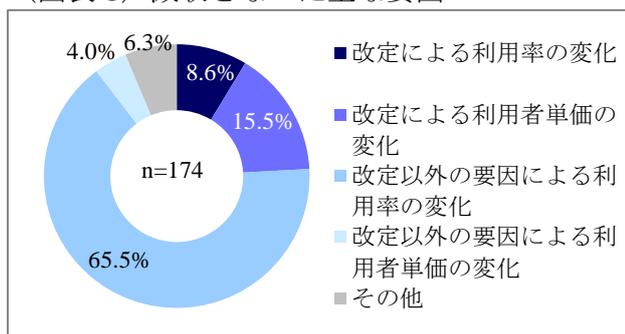
資料出所：福祉医療機構（以下、記載がない場合は同じ）

注) 30人定員の小規模特養のみ、基本報酬が引下げされたことにより減収と回答した割合が多い

（図表2）定員規模別損益状況（対前年度比）



(図表 3) 減収となった主な要因

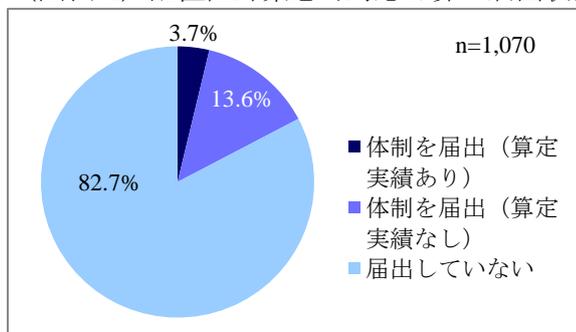


注) 基本報酬が引き下げられた影響が大きな小規模特養 (30 人) を除く

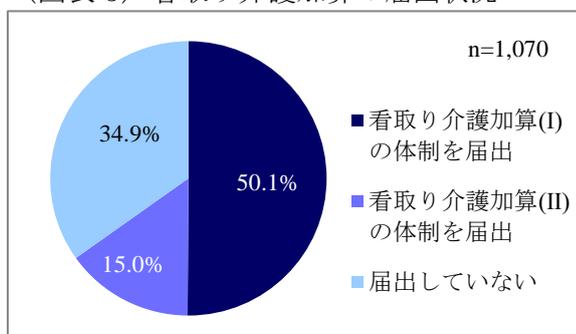
2.2 加算の算定状況

医療ニーズへの対応強化として、今次改定で創設された「配置医師緊急時対応加算」と「看取り介護加算(Ⅱ)」は、いずれも「看護体制加算(Ⅱ)」に加え、医師の複数名配置や協力医療機関との連携による 24 時間対応体制の整備などが要件であるが、本調査結果ではそれぞれ 17.3%、15.0%が届け出ていた (図表 4、図表 5)。

(図表 4) 配置医師緊急時対応加算の届出状況



(図表 5) 看取り介護加算の届出状況



これらの加算は算定頻度が多いものではないが、特養の入所基準が原則要介護度 3 以上とな

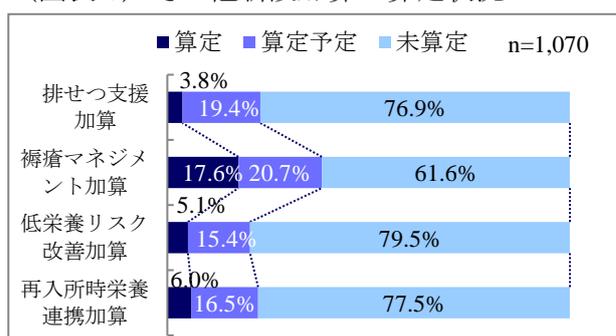
るなど、待機者が減りつつあるなかで、医療的ケアを要する利用者の受入れ体制を整えることは、利用率を維持する観点でも重要性の高い加算といえる。とはいえ、算定の要件には看護師の手厚い配置や、医師や看護職員との 24 時間の連携・連絡体制など小規模の施設には厳しいものもあり、例えば看取り介護加算の届出別に定員等の状況を見ると、同加算(Ⅱ)の施設の定員がもっとも多く、利用率も高かった (図表 6)。

(図表 6) 看取り介護加算届出状況別定員・利用率 (平均) (n=1,070)

施設	施設数	定員	利用率
加算(Ⅰ)届出	536	69.4 人	95.5%
加算(Ⅱ)届出	161	75.7 人	96.2%
未届出	373	60.1 人	93.8%

このほか、今次改定では施設系サービスにおいて、質の高い介護サービスの実現に向け、多職種連携による計画策定や支援実施への取組みを評価する加算が複数新設された。特養において新設された「排せつ支援加算」「褥瘡マネジメント加算」「低栄養リスク改善加算」「再入所時栄養連携加算」の算定状況はそれぞれ図表 7 のとおりである。近いうちに算定を予定している「算定予定」を含めると、「排せつ支援加算」、「低栄養リスク改善加算」および「再入所時栄養連携加算」は約 2 割、「褥瘡マネジメント加算」は 4 割近くの施設において算定することとなった。

(図表 7) その他新設加算の算定状況



算定施設では、従前から同様の取組みを実施していたところもあるが、算定理由として多かったのは「改善・支援のプロセスを構築したい」というものであった。加算取得に取り組むことにより施設・職員内で業務プロセスを確立し、介護サービスの質の向上を図る意向がうかがえた。

一方で、これらの加算を算定していない理由をみると、医療機関の管理栄養士との連携が必要な「再入所時栄養連携加算」を除く3つの加算では、「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わない」という回答がもっとも多くみられた。この3つの加算に限らず、追加の人員配置、多職種連携、多くの書類・データの作成など人件費や業務の負担がかかるものが少なくはなく、加算取得の意向はあっても職員不足や事務負担の増加を懸念して様子見しているところや取得を見送らざるをえなかったところも多いのではないかと推察される。

3 通所介護の状況

【通常規模型、大規模型で減収。旧・7-9時間の9割超が7-8時間へ】

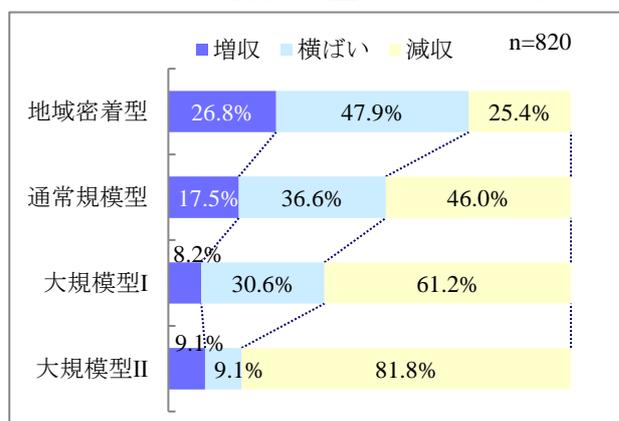
3.1 収支状況

前回改定では、旧・小規模型を中心に大幅なマイナス改定となった通所介護は、今次改定でも短時間・大規模を中心に多くの区分でマイナス改定となった。これを受け、本調査では通常規模型で46%、大規模型Iで61%、大規模型IIで82%の事業所が前年度に比べ減収となっており、基本報酬の引下げによる影響が顕著に表れていた(図表8)。

なお、減収となった事業所のなかでも、地域密着型や通常規模型では「利用率の変化(低下)」を減収の主因としてもっとも多く回答していた(図表9)。全体でみても、利用率が上昇したのが13.5%であったのに対し、低下した事業所は

19.1%と利用率はやや低下傾向にあり、こうした改定以外の要素も相まって、厳しさを増す結果となった。

(図表8) 事業規模別収益状況(対前年度比)



(図表9) 減収となった主な要因としてもっとも多い回答(事業規模別)

事業規模	要因	割合
地域密着型 (n=36)	改定以外の要因による利用率の変化	66.7%
通常規模型 (n=279)	改定以外の要因による利用率の変化	34.8%
大規模型I (n=30)	改定による利用者単価の変化	53.3%
大規模型II (n=18)	改定による利用者単価の変化	61.1%

注) 通常規模型では、次いで「改定による利用者単価の変化」が30.5%を占めた

今次改定ではサービス提供時間区分が2時間単位から1時間単位となり、改定幅も考慮したうえで、どの時間区分に移行する動きが多いのか注目されたが、大方の予想どおり、どの事業規模でも旧・5-7時間は6-7時間、旧・7-9時間は7-8時間への移行が多数を占めた(図表10)。旧・5-7時間から6-7時間への移行は、とくに通常規模型では基本報酬が据置きとなる区分であることから、移行割合は69.3%と高かった。



(図表 10) 主たるサービス提供時間区分の移行状況 (n=820)

区	分	現在						合計
		前年度	3-4 時間	4-5 時間	5-6 時間	6-7 時間	7-8 時間	
地域密着型	旧・3-5 時間	5 (83.3%)	1 (16.7%)	-	-	-	-	6
	旧・5-7 時間	-	-	26 (37.7%)	39 (56.5%)	4 (5.8%)	-	69
	旧・7-9 時間	-	-	-	-	61 (91.0%)	6 (9.0%)	67
	合計	5	1	26	39	65	6	142
通常規模型	旧・3-5 時間	-	1 (50.0%)	1 (50.0%)	-	-	-	2
	旧・5-7 時間	-	2 (0.9%)	49 (22.5%)	151 (69.3%)	15 (6.9%)	1 (0.5%)	218
	旧・7-9 時間	-	-	4 (1.0%)	12 (3.1%)	355 (91.7%)	16 (4.1%)	387
	合計	-	3	54	163	370	17	607
大規模型 I・II	旧・3-5 時間	-	-	1 (100%)	-	-	-	1
	旧・5-7 時間	-	-	5 (38.5%)	6 (46.2%)	2 (15.4%)	-	13
	旧・7-9 時間	-	-	-	2 (3.5%)	53 (93.0%)	2 (3.5%)	57
	合計	-	-	6	8	55	2	71

注 1) 3-5 時間は 3 時間以上 5 時間未満の略。他の区分も同様 (以下、記載がない場合は同じ)

注 2) カッコ内は、行方向の構成比率 (前年度のそれぞれの旧・区分に対する現在の区分の構成比率) を示す

注 3) 網掛け部分は改定前後で単位数に変化がなかった (据置き) 部分

旧・7-9 時間では、各事業規模とも 9 割を超える事業所が 7-8 時間となっており、おそらく従前から 7 時間以上 8 時間未満の範囲でのサービス提供を実施しており、実質的に時間変更をしなかったのではないだろうか。やはり、職員の就労時間やシフトの管理上、追加負担なく無理のない対応が優先された模様であり、従来の職員・シフトの体制を維持したとの回答が 8 割を超えた。

3.2 加算の算定状況

通所介護では、今次改定で機能訓練による ADL 維持・改善を考慮したアウトカム評価や外部医療提供施設との連携をとおした自立支援・重度化防止など、いくつかの特徴的な加算が新設された。

これまで理学療法士等の配置要件がネックとなり、小規模の事業所を中心に個別機能訓練加算の算定率が低かった背景を踏まえ、外部の医療提供施設との連携による個別機能訓練を評価する加算として「生活機能向上連携加算」が新設された。同加算の算定状況を確認すると、全体で 5.6% の算定 (予定含む) にとどまり、地域密着型でも同じく 5.6% となっていた (図表 11)。

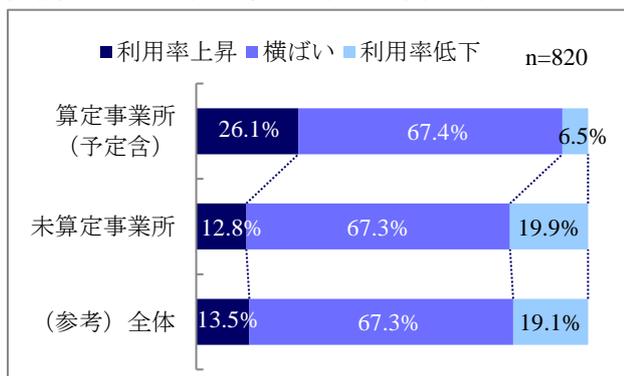
(図表 11) 生活機能向上連携加算の算定状況 (n=820)

施設	算定	算定予定	未算定
地域密着型	3.5%	2.1%	94.4%
通常規模型	3.1%	2.0%	94.9%
大規模型 I・II	7.0%	2.8%	90.1%
全体	3.5%	2.1%	94.4%

未算定の理由は、「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わない」が 43.4%、「連携先の事業所等が見つからない」が 34.1% の回答があり、採算面と連携先確保の面の双方に課題がある状況がうかがえた。

一方で、同加算を算定している事業所では、病院や老健との連携により理学療法士の訪問を受けるケースが多くみられた。これらの事業所では、利用率が前年度よりも上昇した施設の割合が、未算定の事業所や通所介護全体と比べて多かった (図表 12)。外部の医療提供施設との連携は、単なる加算 (月 200 単位) による収益確保のほかに、うまく連携のスキームを構築することによって、通所リハビリテーションで機能回復した方を新たな利用者として受け入れるなどの効果も期待できるのではないだろうか。

(図表 12) 生活機能向上連携加算の算定有無事業所別にみた利用状況 (対前年度比)

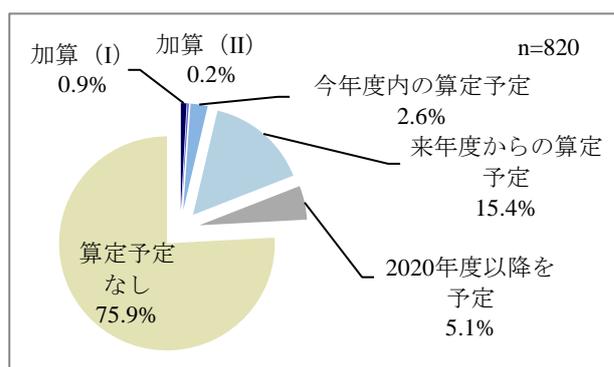


「ADL 維持等加算」は、報酬単位数も低く、要件が複雑で算定までに時間を要することもあり、実際に算定している事業所は全体の 1.1%に過ぎなかったが、来年度の算定を目指して評価に取り組んでいる事業所まで含めると約 2 割が対応、再来年以降の算定予定も含めると 4 分の 1 が算定の意向を示す結果となった (図表 13)。

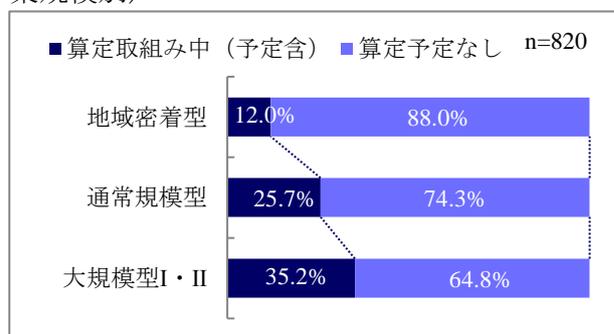
加算算定への取組みについて事業規模別にみると、小規模の事業所ほど取組み比率が低くなっており (図表 14)、対象者の人数要件 (20 人以上) や機能訓練指導員の確保、機能訓練の体制などで大規模型ほど取り組みやすい構造であると思料される。

診療報酬における回復期リハビリテーション病棟の入院基本料や、通所リハビリテーションの社会参加支援加算など、各サービスでアウトカム評価の導入・拡充が進むなか、ADL 維持等加算(Ⅱ)の算定要件として厚生労働省へのデータ提出が課せられていることも踏まえると、科学的介護を目指す政策の点からも、次回以降の改定で内容の拡充がなされていく可能性が高い。こうした背景を意識して徐々に算定が進むと思われるが、国でのデータ蓄積や効果検証が進み、各事業所がより一層取り組みやすい要件となることに期待したい。

(図表 13) ADL 維持等加算の算定状況



(図表 14) ADL 維持等加算への取組状況 (事業規模別)



4 認知症対応型通所介護の状況

【単独型、併設型では利用率が低下して減収。6-7 時間、7-8 時間への移行が多数】

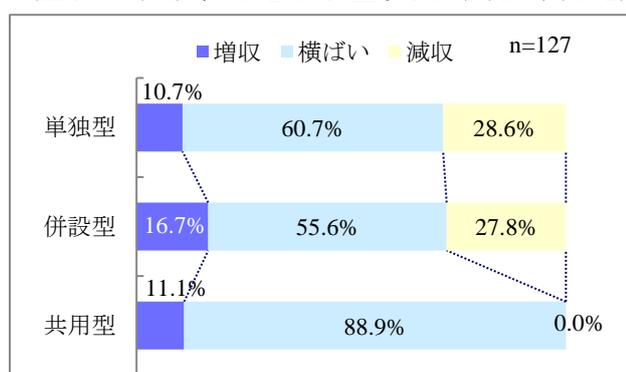
4.1 収支状況

認知症対応型通所介護は、通所介護と同様にサービス提供時間区分が 2 時間単位から 1 時間単位に見直された。基本報酬は、短時間のサービス提供時間区分は一部引き下げられたものの、長時間の区分を中心に引き上げられている。

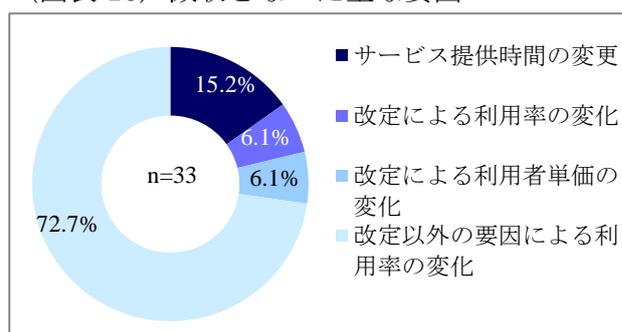
しかしながら、本調査では、ほとんどの区分でプラス改定となった「共用型」を除き、「単独型」と「併設型」では「増収」よりも「減収」の回答割合が高かった (図表 15)。その理由の多くは改定に起因しない「利用率の変化」を挙げており (図表 16)、基本報酬のプラス改定分では利用率の低下による減収を補いきれなかった事業所が多かったようである。

全体でも、前年度に比べて利用率が上昇したとする事業所は 10.2%であるのに対し、利用率が低下した事業所は 18.1%と、通所介護と同じく稼働状況がやや悪化する傾向がみられた。

(図表 15) 設置形態別収益状況 (対前年度比)



(図表 16) 減収となった主な要因



サービス提供時間区分の移行の動きは、旧・5-7 時間は 6-7 時間へ、旧・7-9 時間は、7-8 時間への移行が多数を占めた (図表 17)。とくに、単独型では、旧・5-7 時間は報酬が下がる 5-6 時間ではなく、若干のプラスになる 6-7 時間への移行が 8 割を超えた。

(図表 17) 主たるサービス提供時間区分の移行状況 (n=127)

区分	前年度	現在						合計
		3-4 時間	4-5 時間	5-6 時間	6-7 時間	7-8 時間	8-9 時間	
単独型	旧・5-7 時間	-	-	1 (9.1%)	9 (81.8%)	1 (9.1%)	-	11
	旧・7-9 時間	-	-	-	-	15 (88.2%)	2 (11.8%)	17
	合計	-	-	1	9	16	2	28
併設型	旧・5-7 時間	-	-	12 (28.6%)	27 (64.3%)	3 (7.1%)	-	42
	旧・7-9 時間	-	-	-	2 (4.2%)	38 (79.2%)	8 (16.7%)	48
	合計	-	-	12	29	41	8	90
共用型	旧・3-5 時間	-	1 (100%)	-	-	-	-	1
	旧・5-7 時間	-	-	-	2 (66.7%)	1 (33.3%)	-	3
	旧・7-9 時間	-	-	-	-	4 (80.0%)	1 (20.0%)	5
	合計	-	1	-	2	5	1	9

注) カッコ内は、行方向の構成比率 (前年度のそれぞれの旧・区分に対する現在の区分の構成比率) を示す

4.2 加算の算定状況

認知症対応型通所介護で新設された加算は、通所介護と同じ「生活機能向上連携加算」であるが、実際に算定しているのは 1 か所、算定予定が 6 か所で、算定率 (予定含む) は 5.5%であった (図表 18)。唯一、算定していたのは単独型の事業所であったが、法人内に病院・老健があり、その理学療法士等が無償で事業所へ訪問するという連携内容で、法人の持つリソースを活用しての算定であった。同加算を算定し

ていない事業所では、「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わない」として算定を見送ったところが 47.5%と半数近くに達した。通常は月数万円の委託料負担や調整にかかる手間等を考慮すると、定員 12 人程度の認知症対応型通所介護 (とくに単独型) では、算定に二の足を踏んでいる実情がうかがえる。

(図表 18) 生活機能向上連携加算の算定状況

施設	算定	算定予定	未算定
単独型 (n=28)	3.6%	-	96.4%
併設型 (n=90)	-	4.4%	95.6%
共用型 (n=9)	-	22.2%	77.8%
全体 (n=127)	0.8%	4.7%	94.5%

5 介護老人保健施設の状況

【超強化型は 10.1%が算定。多くは同類型か上位の類型へ移行。超強化型・在宅強化型で増収、基本型は利用率低下による減収】

5.1 収支状況

平成 29 年介護保険法改正により在宅支援のための施設として明示された老健は、今次改定により施設類型が大きく見直された。

(図表 19) 施設類型の移行状況 (n=169)

前年度施設類型	現在						合計
	基本型	加算型	在宅強化型	超強化型	その他型	療養型	
旧・従来型	61 (61.6%)	23 (23.2%)	1 (1.0%)	-	14 (14.1%)	-	99 (100%)
旧・加算型	1 (2.4%)	29 (70.7%)	6 (14.6%)	5 (12.2%)	-	-	41 (100%)
旧・在宅強化型	1 (4.3%)	4 (17.4%)	6 (26.1%)	12 (52.2%)	-	-	23 (100%)
旧・療養型	-	-	-	-	-	6 (100%)	6 (100%)
合計	63 (37.3%)	56 (33.1%)	13 (7.7%)	17 (10.1%)	14 (8.3%)	6 (3.6%)	169 (100%)

注 1) カッコ内は、行方向の構成比率 (前年度のそれぞれの施設類型に対する現在の施設類型の構成比率) を示す

注 2) 旧・療養型には、療養強化型も含まれる

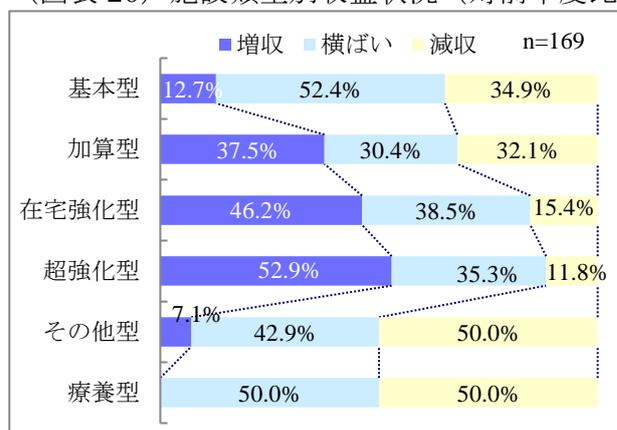
これら施設類型別に収益の変化をみると、今回拡充された在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱを算定できる超強化型で「増収」となった施設は半数を超え、全類型のなかでもっとも増収割合が多かった。在宅強化型では半数近く、加算型でも 4 割近くが「増収」となり、在宅支援の強化という今次改定の意図が収益に反映された形といえる (図表 20)。しかしながら、在宅強化型や超強化型でも 1 割強の施設は「減収」となっており、これらは利用率が 80%~90%未滿と前年度から低下していたことから、利用率とのバランスをとりながらの運営が引き続き求められる状況は変わらないといえる。

基本型はそのほとんどが旧・従来型からの移行となり、基本報酬上では若干のプラス改定で

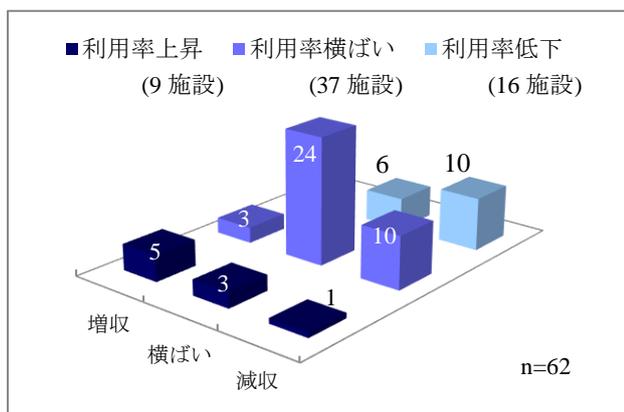
本調査で把握した改定前後での施設類型の移行状況をみると、旧・在宅強化型から超強化型へは半数を超える施設が移行、旧・加算型の 3 割弱も在宅強化型や超強化型となるなど、上位の類型への移行の動きが目立った (図表 19)。旧・従来型の多くは基本型となったが、加算型への移行が 23.2%にのぼった一方で、その他型へと移行したのは 14.1%であった。全体では、もっとも多かったのは基本型で 37.3%、次いで加算型 33.1%、超強化型 10.1%、在宅強化型 7.7%、その他型 8.3%と続き、療養型は 6 施設で変わらず 3.6%であった。

あったが、「増収」12.7%に対して、「減収」34.9%と、減収が目立つ結果となった。図表 21 で示したように、改定後は利用率が「横ばい」・「低下」の施設が多かったためである。

(図表 20) 施設類型別収益状況 (対前年度比)



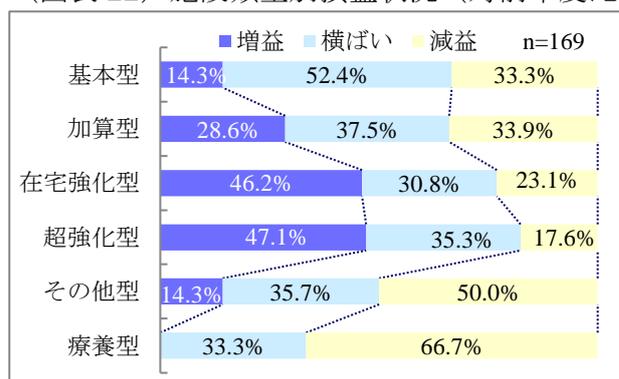
(図表 21) 基本型老健における利用率と収益の関係 (対前年度比)



注) 基本型のうち1施設は、平成29年度開設のため除外

なお、損益状況については、収益の状況と概ね同じ分布であった (図 22)。

(図表 22) 施設類型別損益状況 (対前年度比)



5.2 在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況

各施設類型の要件として導入された「在宅復帰・在宅療養支援等指標」は、超強化型で78点、在宅強化型で69点、加算型で55点、基本型で36点、その他型で16点がおよその平均であった (図表 23)。

(図表 23) 在宅復帰・在宅療養支援等指標の点数 (平均) (n=163)

項目	基本型 (n=63)	加算型 (n=56)	在宅強化型 (n=13)	超強化型 (n=17)	その他型 (n=14)
① 在宅復帰率	2.5	10.5	17.7	18.8	0.7
② ベッド回転率	8.7	15.2	18.5	20.0	2.9
③ 入所前後訪問指導割合	4.5	6.2	7.3	7.4	1.1
④ 退所前後訪問指導割合	5.0	7.9	8.1	9.4	1.8
⑤ 居宅サービス(短期入所、通所リハ、訪問リハ)の実施数	3.4	3.6	3.8	4.4	3.3
⑥ リハ専門職の(入所者数に対する)配置割合	2.8	2.9	3.9	4.1	1.1
⑦ 支援相談員の(入所者数に対する)配置割合	3.0	3.1	2.8	4.8	1.9
⑧ 要介護4または5の割合	2.6	2.9	3.4	3.8	1.9
⑨ 喀痰吸引の実施割合	1.9	1.4	1.6	2.4	0.4
⑩ 経管栄養の実施割合	1.5	1.1	1.8	2.9	1.2
合計	36.0	54.7	68.9	78.0	16.1
算定要件	20以上	40以上	60以上	70以上	-

注1) 各項目は3段階または4段階で評価され、それぞれの上限は①②が20点、③④が10点、⑤～⑩が5点(合計90点)

注2) 各項目の達成状況は本レポート詳細版を参照

この指標の10項目のうち、やはり配点の大きな①在宅復帰率や②ベッド回転率において、取得している点数に差がみられる。在宅強化型以上を目指していくためには必要な項目であり、基本型や加算型ではこの2項目のクリアが厳しいとする回答が多かった(図表24)

(図表24) 基本型および加算型において、達成が難しいと感じる項目(回答割合)

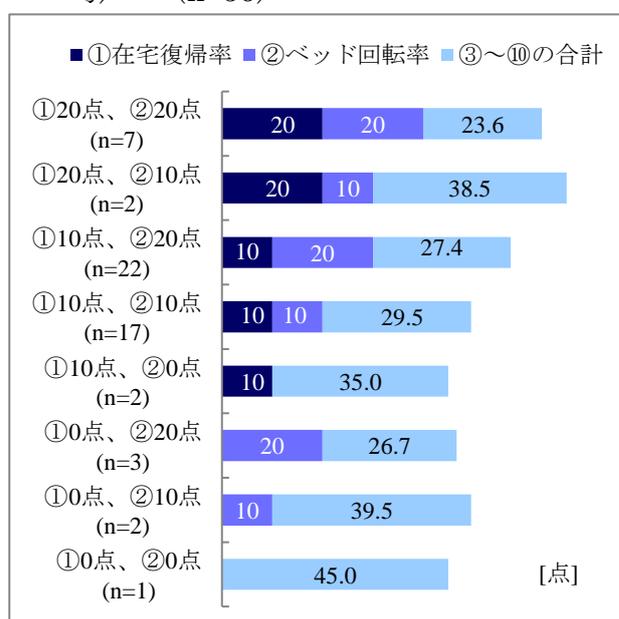
	基本型 (n=63)	加算型 (n=56)
① 在宅復帰率	73.0%	64.3%
② ベッド回転率	58.7%	44.6%
③ 入所前後訪問指導割合	15.9%	17.9%
④ 退所前後訪問指導割合	12.7%	12.5%
⑤ 居宅サービス(短期入所、通所リハ、訪問リハ)の実施数	6.3%	5.4%
⑥ リハ専門職の(入所者数に対する)配置割合	20.6%	30.4%
⑦ 支援相談員の(入所者数に対する)配置割合	9.5%	16.1%
⑧ 要介護4または5の割合	12.7%	19.6%
⑨ 喀痰吸引の実施割合	20.6%	19.6%
⑩ 経管栄養の実施割合	11.1%	25.0%

注) 複数回答

一方、加算型は40点以上が要件であることから、①在宅復帰率や②ベッド回転率での取得が難しくても、③～⑩の項目で点数を確保することも可能である。本調査で回答のあった加算型老健の取得点数を分析すると、①および②の合計で20点以下の場合であっても加算型として算定できていたのが計25か所(加算型のうち44.6%)あった(図表25)。

在宅復帰率やベッド回転率は、在宅復帰支援を進めるうえで当然重要な指標であるが、地域の医療機関・介護施設との関係や競合施設の有無などの環境によっては、この基準値を達成することが地域にとっての最適解でない場合もある。今次改定により、地域の状況や自施設の特徴を踏まえ、③～⑩の指標を組み合わせる加算型を目指すなど、柔軟な戦略をとることができるようになった点は大きい。

(図表25) 加算型老健における点数の内訳(平均) (n=56)

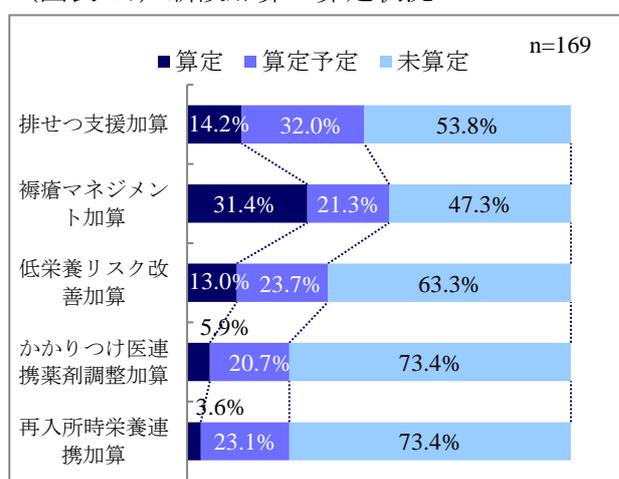


注) 直近の点数と、算定している施設類型にはタイムラグがある関係で60点以上となっているものがある

5.3 加算の算定状況

老健における加算は、特養と同様に、質の高い介護サービスの取組みを評価する加算として「排せつ支援加算」「褥瘡マネジメント加算」「低栄養リスク改善加算」が新設された。老健では従来から類似の取組みを実施しているところも多く、算定率は特養を上回り4～5割(予定含む)にのぼった(図表26)。

(図表26) 新設加算の算定状況





かかりつけ医と老健の医師が連携・調整することにより多剤投薬されている入所者に処方する内服薬を減少させたことを評価する「かかりつけ医連携薬剤調整加算」、医療機関の管理栄養士と連携した栄養ケア計画の作成が必要な「再入所時栄養連携加算」の算定率は、それぞれ一桁台、算定予定を含めると25%を超える程度であった。この2つは外部の医師や管理栄養士との調整が必要となるため、他の加算と比べるとやや低めの算定率となった。

6 通所リハビリテーションの状況

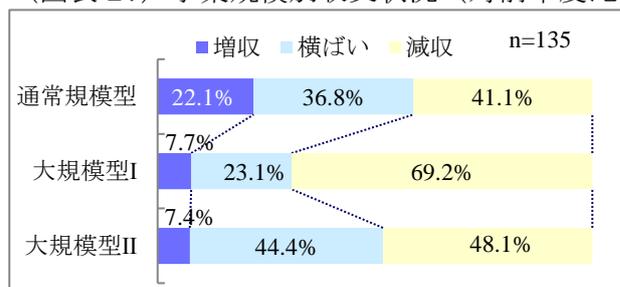
【全面的に減収傾向。旧 6-8 時間の 8 割超が 6-7 時間へ】

6.1 収支状況

通所リハビリテーション（以下「通所リハ」という。）は、今次改定で、長時間の時間区分を中心に基本報酬が大きく引き下げられ、短時間サービスの評価が相対的に高まった。通所介護は長時間サービスが評価されたため、通所介護と通所リハの役割がより明確になったところである。本調査結果では、大規模型を中心に「減収」となった事業所が目立った（図表 27）。

利用率が「低下」したとする事業所は全体の9.6%に過ぎず、稼働状況が悪化した傾向はみられなかったため、報酬の引き下げによって利用者単価が減少したことが減収の主因であったといえる。

（図表 27）事業規模別収支状況（対前年度比）



注) 大規模型Iの減収割合が多いのは、利用率が「低下」した事業所の割合が他に比べて多かったためと思われる

通所介護と同じく1時間単位に見直された通所リハのサービス提供時間区分の移行状況をみると、本調査対象の大多数を占める旧・6-8時間からは6-7時間へ8割超が移行し、報酬の引下げ幅が小さい7-8時間への意向はわずか15%であった（図表 28）。

（図表 28）主たるサービス提供時間区分の移行状況（n=135）

前年度	現在							合計
	1-2 時間	2-3 時間	3-4 時間	4-5 時間	5-6 時間	6-7 時間	7-8 時間	
旧・1-2 時間	1 (100%)	-	-	-	-	-	-	1
旧・2-3 時間	-	1 (100%)	-	-	-	-	-	1
旧・3-4 時間	-	-	1 (100%)	-	-	-	-	1
旧・4-6 時間	-	-	-	-	4 (80.0%)	1 (20.0%)	-	5
旧・6-8 時間	-	-	-	-	3 (2.4%)	105 (82.7%)	19 (15.0%)	127
合計	1	1	1	-	7	106	19	135

注) カッコ内は、行方向の構成比率（前年度のそれぞれの旧・区分に対する現在の区分の構成比率）を示す

6-7時間となった事業所では、今次改定における職員配置・シフトの対応を「従来のものを維持」とした回答が9割近くを占めていることから、従前から7時間以内のサービス提供を行っていた事業所がそのまま移行したと考えられ

る（図表 29）。一方、7-8時間へ移行した事業所では、職員増や就業時間延長など何らかの対応をした割合が高かった（図表 30）。

この2グループ（体制はそのまま大幅な減収となった6-7時間と、職員増などにより費用



が増加しても大幅な減収を避けようとした7-8時間)について、本調査結果の利益状況をみると、7-8時間の方が良好な結果であった(図表31)。

これは、あくまで今次改定に伴う結果であって、長期的にみれば、通所リハにおける報酬体系はさらに短時間重視となる可能性が高い。本調査結果のなかでも、将来的に検討しているサービス提供時間として、3-4時間を挙げる事業所がいくつかみられた。

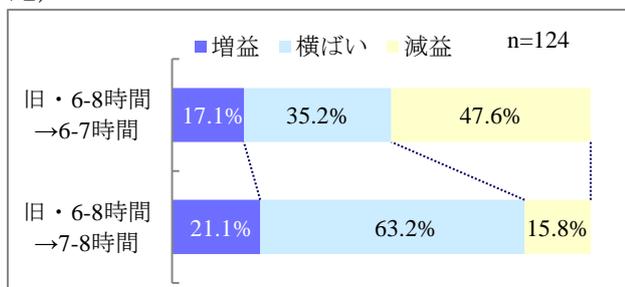
(図表29) 旧・6-8時間→6-7時間の際の対応 (n=105)

対応	事業所数	割合
従来の職員・シフトを維持	93	88.6%
従来の職員数のまま残業等で対応	5	4.8%
職員を増やした(非常勤含む)	6	5.7%
職員を減らした(非常勤含む)	1	1.0%

(図表30) 旧・6-8時間→7-8時間の際の対応 (n=19)

対応	事業所数	割合
従来の職員・シフトを維持	11	57.9%
従来の職員数のまま残業等で対応	4	21.1%
職員を増やした(非常勤含む)	2	10.5%
休憩時間を延長して利用時間を延ばした	1	5.3%
早番を新設	1	5.3%

(図表31) 主な時間区分別損益状況(対前年度比)



6.2 加算の算定状況

今次改定にて拡充された「リハビリテーションマネジメント加算は、加算(I)~(IV)のいずれ

かについてほぼすべての施設(99.3%)で算定されていた。そのうち、加算(I)のみを算定する事業所は52.2%で、リハビリ計画を利用者または家族に説明し、同意を得ることが必要な加算加算(II)・(III)のいずれかもしくは両方を算定している事業所は半数近くにのぼった(図表32)。

なお、今回、リハビリテーション会議への医師の参加方法として、テレビ電話等を活用可能とされたが、本調査でテレビ電話等を実際に活用して開催したところは約1割であった。

(図表32) リハビリテーションマネジメント加算の算定内訳 (n=134)

算定パターン	事業所数	割合
(I)のみを算定	70	52.2%
(I)および(II)を算定	16	11.9%
(I)および(III)を算定	13	9.7%
(I)、(II)および(III)を算定	27	20.1%
(I)は算定せず、(II)または(III)もしくは両方を算定	8	6.0%

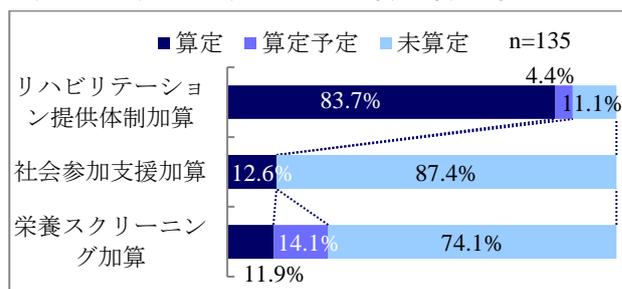
注1) 複数の加算を算定しているのは、利用者ごとに異なる加算を算定していることを示す

注2) 加算(III)を算定したうえで、厚生労働省にデータ提出を行った場合に算定できる加算(IV)は5事業所が算定していた

その他の加算では、今回新設された「リハビリテーション提供体制加算」は、基本報酬の引下げ分をカバーするうえで重要な加算であり、多くの事業所で算定済となっていたほか、「社会参加支援加算」や「栄養スクリーニング加算」といったリハビリや介護の質に関する評価への取組みに対応していたのは1割程度であった

(図表33)

(図表33) その他の主な加算の算定状況



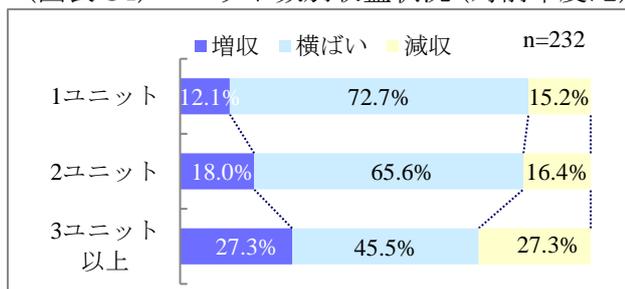
7 認知症高齢者グループホームの状況

【収益は横ばい基調も、費用増の影響もあって損益状況はやや厳しめ】

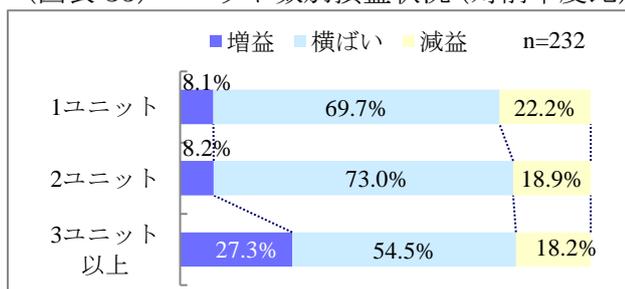
7.1 収支状況

基本報酬が据え置かれた認知症高齢者グループホーム（以下「GH」という。）では、収益が「横ばい」と回答した施設がもっとも多く、増収と減収の割合はほぼ均衡していた（図表 34）。ただし、損益の状況に目を向けると、1ユニットおよび2ユニットでは「増益」よりも「減益」割合が多くなっており、「減益」となった主因として約4割の施設が人件費増を挙げたことからわかるように、収益は横ばいでも費用増によって「減益」となった施設も少なくなかったようだ（図表 35、図表 36）。

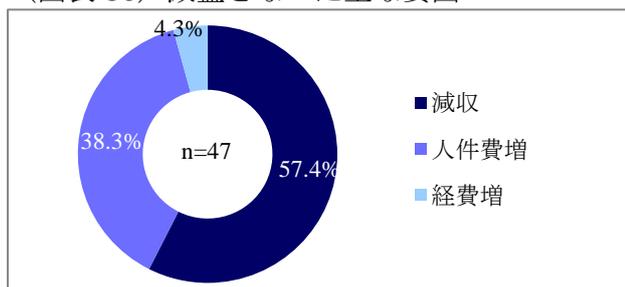
（図表 34）ユニット数別収益状況（対前年度比）



（図表 35）ユニット数別損益状況（対前年度比）



（図表 36）減益となった主な要因

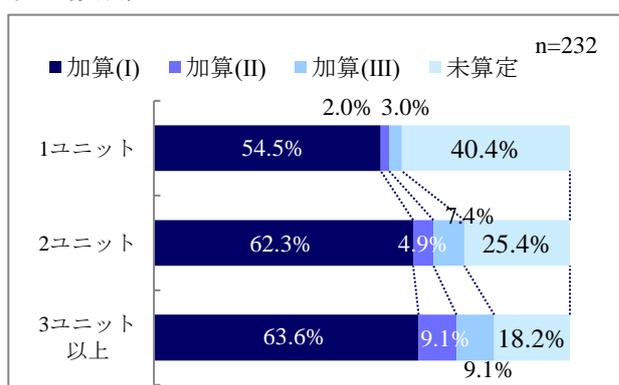


7.2 加算の算定状況

今次改定では、医療ニーズへの対応強化の観点から、「医療連携体制加算」が拡充された。算定率は、全体で加算(I)が 59.1%、加算(II)が 3.9%、加算(III)が 5.6%となり、看護職員や看護師の常勤換算で1人以上の配置が求められる加算(II)および(III)の算定率を合わせても 10%を若干下回った。

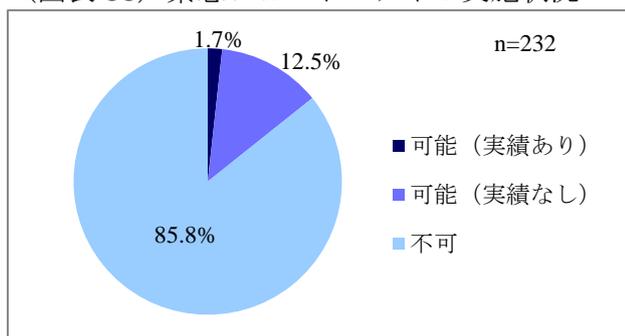
ユニット数別にみると、1ユニットの施設では、加算(II)および(III)の算定率は合計 5.0%と低く、規模が大きくなると全体的に算定率は高まった（図表 37）。要件である看護職員の配置等が小規模の GH ほど負担となって、算定が見送られている状況がうかがえる。

（図表 37）医療連携体制加算の算定状況（ユニット数別）

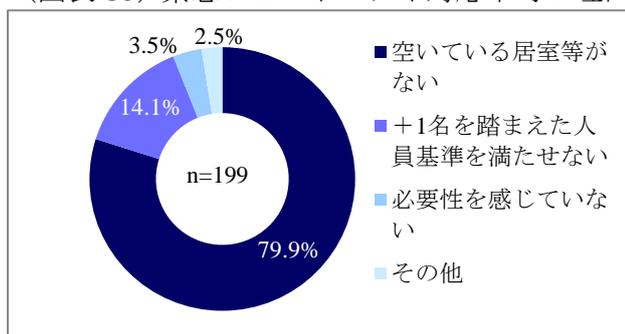


今回の見直しで、緊急ショートステイは GH の入所定員を1名超えて受け入れることができるようになったが、対応可能な施設は 14.2%、調査時点で受入実績があったのは 1.7%であった（図表 38）。受入可能な居室スペースがないというのが、対応できない理由の多くを占めていた（図表 39）。

(図表 38) 緊急ショートステイの実施状況

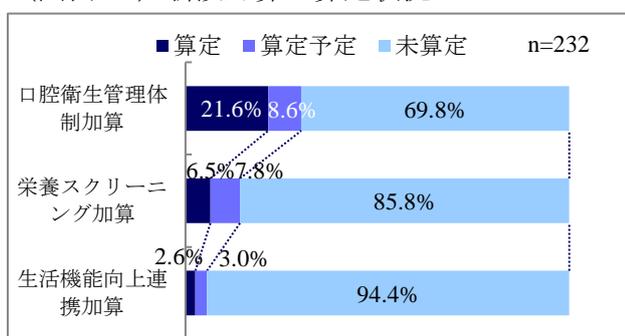


(図表 39) 緊急ショートステイ対応不可の理由



その他、GH において新設された加算の算定率は、施設系サービスではすでに導入されている「口腔衛生管理体制加算」の算定率は予定を含めて3割を超えたものの、「栄養スクリーニング加算」「生活機能向上連携加算」は他の介護サービスと同様の1割前後の水準であった(図表40)。

(図表 40) 新設加算の算定状況



8 訪問介護の状況

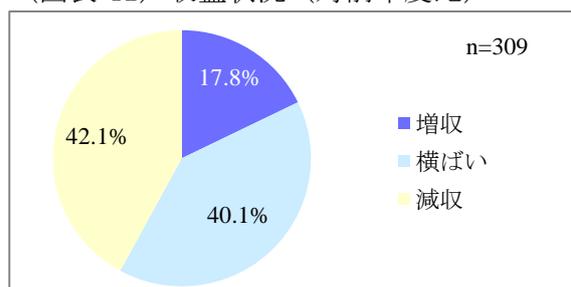
【利用回数が減少し、生活援助の割合が高いほど減収傾向】

8.1 収支状況

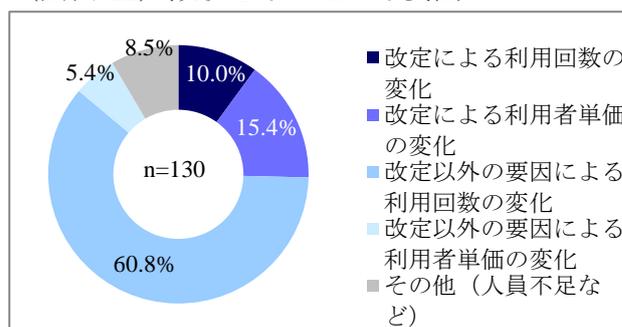
訪問介護の基本報酬の改定は、生活援助で若干のマイナス、身体介護がプラスとなり、改定幅は約1%程度で収益への影響はさほど大きくないと思われたが、本調査では、収益が「減収」と回答した事業所の割合が42.1%に達し、「横ばい」の事業所も40.1%と、「減収」寄りの結果となった(図表41)。減収の主な要因は「改定による単価減少」よりも改定とは直接的には関係のない「利用回数の減少」を挙げる事業所が多数であった(図表42)。

この背景には、地域における競争の激化もあるだろうが、今次改定により生活援助の訪問回数が「全国平均+2標準偏差」の基準以上となった場合は、ケアプランを市町村に提出し、地域ケア会議で検討する制度の運用を控えていた(10月から開始)影響も考えられる。生活援助のサービス提供割合の高い事業所(生活援助がサービス回数の70%以上)では、「増収」の割合10.2%に対して、「減収」が47.5%ともっとも大きな差がみられた(図表43)。

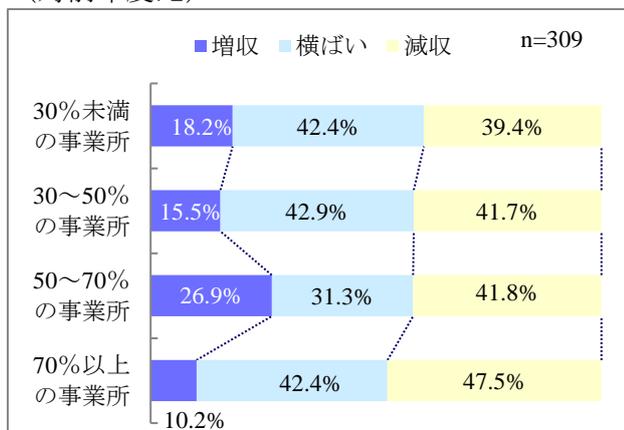
(図表 41) 収益状況 (対前年度比)



(図表 42) 減収となった主な要因



(図表 43) 生活援助構成割合別収益状況
(対前年度比)



生活援助に関しては、財務省の財政制度審議会において訪問介護に関する給付の重点化（とくに軽度者への生活援助サービス）が引き続き取り上げられており、次期改定議論でも再度焦点となる可能性が高い。「生活援助従事者研修（59時間）」の運用状況や、前述のケアプランの届出制度の運用状況も含めて、注視しておきたい。

8.2 加算の算定状況

訪問介護では従来からあった生活機能向上連携加算に下位ランクの加算(I)が新設され、連携先の理学療法士等による利用者宅への訪問要件が緩和され、テレビ会議等のICTを活用した状態把握や通所リハ等の施設での状態把握でも可能とされた。本調査では、算定した事業所はわずかであったが、加算(II)の算定率2.6%に対して、加算(I)が2.9%と上回っており、要件見直しの一定の意義がみられた。

また、訪問系サービスで共通的に見直された集合住宅減算は、従来、有料老人ホームや軽費老人ホーム等に限定されていた減算対象の建物が、一般マンションなどの集合住宅を含め種別関係なく拡充されたが、本調査では適用される事業所の割合はさほど変わらなかった。調査対象が社会福祉法人中心であったことから、一般

の集合住宅等での運営や訪問は少ないことが要因と考えられ、他の法人立の事業所における動向については別途留意が必要と思われる。

9 居宅介護支援の状況

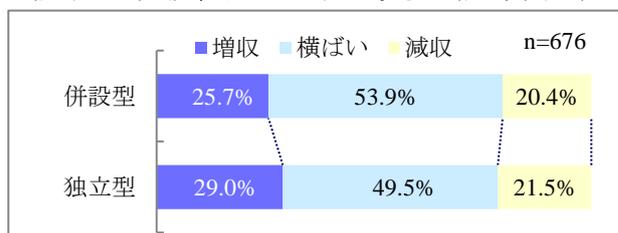
【併設型・独立型ともにやや増収。規模の大きな事業所ほど医療・介護連携にかかる加算取得が進む】

9.1 収支状況

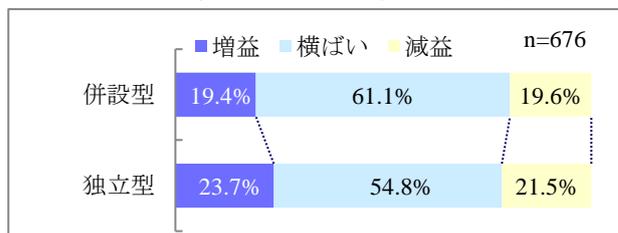
基本報酬が一律ほぼ1%程度の引上げとなった居宅介護支援事業所では、収益は「横ばい」と回答した割合が多かったものの、「増収」と「減収」の比較では、併設型、独立型いずれも「増収」と回答した割合が上回った（図表 44）。

また、損益状況も同じく「横ばい」と回答した割合がもっとも多く、「増益」と「減益」の割合はほぼ均衡していた（図表 45）。

(図表 44) 設置形態別収益状況（前年度比）



(図表 45) 設置形態別損益状況（前年度比）



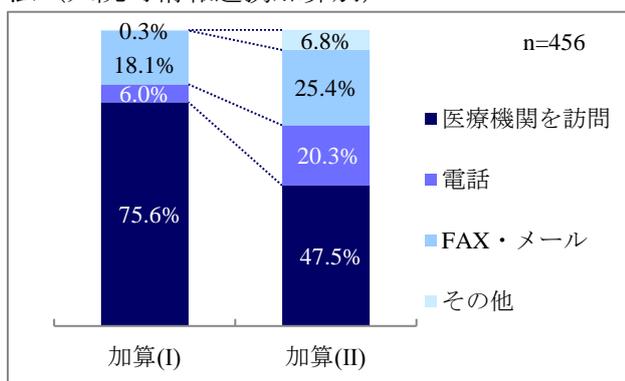
9.2 加算の算定状況

今次改定によって、医療・介護連携を推進するため拡充された「入院時情報連携加算」は利用者が入院時に医療機関に情報提供することで算定でき、今改定により、提供方法を問わず入院後3日以内に情報提供を行えば、加算(I)が算定できるようになった。本調査では、加算(I)

を主に算定している事業所が 58.7%、入院後 4 日以上 7 日以内での情報提供で算定できる加算(Ⅱ)が 8.7%を占めた。

さらに、それぞれの情報提供方法を確認すると、加算(Ⅰ)では 4 分の 3 が医療機関を直接訪問して情報提供を行っていたのに対し、加算(Ⅱ)では電話・FAX・メールでの実施割合が 45.7%となり、訪問と拮抗していた(図表 46)。期間的に余裕のある加算(Ⅱ)の方が、訪問以外の方法が多くなっているが、改定前の加算(Ⅱ)の要件が「7 日以内に訪問以外での情報提供」であったことから、引き続きそのままの運用を続けている可能性が考えられる。この部分は、情報提供までのプロセスを見直すことにより加算(Ⅰ)へのランクアップも十分視野に入ってくる。

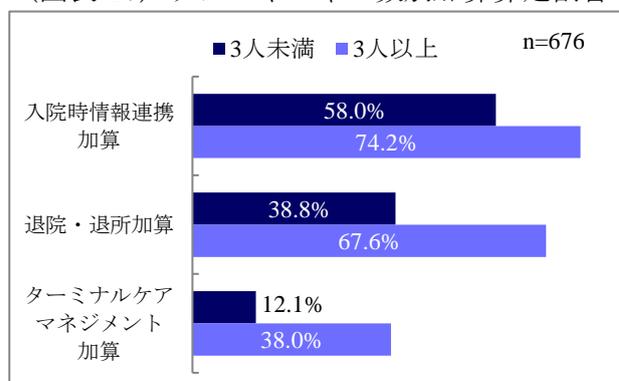
(図表 46) 入院時情報連携における情報提供方法(入院時情報連携加算別)



末期の悪性腫瘍により在宅で亡くなった利用者への頻回訪問を評価する新設の「ターミナルケアマネジメント加算」は、27.2%の事業所がその体制を届け出ている。算定の実績があった事業所は 24 か所、回答事業所全体に占める割合は 3.6%であり、ほとんどは算定 1 回であった。同加算は、来年度から適用される「特定事業所加算Ⅳ(月 125 単位)」の要件(年 5 回以上算定)にもなっているが、現時点の状況を踏まえるとこれをクリアするのは一部の事業所に限られるだろう。

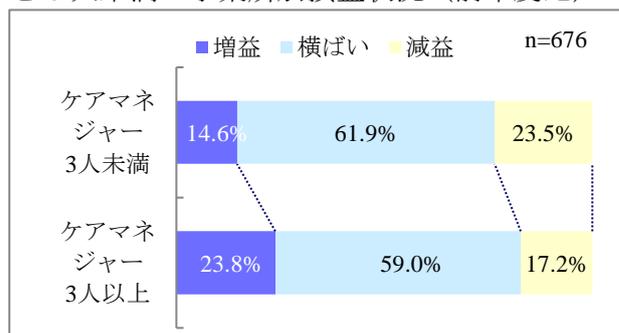
これらの加算の算定状況に共通するのは、ケアマネジャーの数が多くほど算定割合が高いという点であった。ケアマネジャーが 3 人以上の事業所と 3 人未満の事業所とで比較すると、加算の算定割合に差がみられ、規模の大きな事業所ほど複数の加算取得に取り組みやすく、医療・介護連携における役割の発揮をとおして収益面でも評価される構造となりつつある(図表 47)。損益ベースでも、3 人以上の事業所の方が増益傾向にあった(図表 48)。

(図表 47) ケアマネジャー数別加算算定割合



注) ターミナルケアマネジメント加算は、体制の届出割合

(図表 48) 常勤換算ケアマネジャー数 3 人以上と 3 人未満の事業所別損益状況(前年度比)





おわりに

本レポートでは、平成30年度介護報酬改定による経営への影響や、加算の算定状況について、主な介護サービスを対象に実施したアンケート結果を取りまとめた。各設問の回答状況については、別添の詳細版を参照されたい。

本調査結果から、基本報酬がプラス改定となった特養や居宅介護支援など「増収」の傾向がみられた介護サービスはあったものの、全体では、稼働状況の悪化や人件費の増加による影響もあり、損益ベースで見ると「横ばい」・「減益」が多く、シビアな経営状況が続いているものとみられる。

近年の改定の流れを汲み、今次改定でも医療ニーズへの対応の強化、医療介護連携、自立支援・重度化防止に関する多くの加算が新設された。従来から行っている取組みの延長線上で算定できたケースや、将来を見据えて前向きに加算算定の取組みを進めているケースもみられたが、調査時点の算定率は必ずしも高いものではなかった。算定しない（できない）理由として「単位数がコスト・手間に比べて割に合わない」を挙げる回答も多くみられた。いわゆる“採算の合わない”加算が多く、国の示す方向性への

対応は重要だが、近年の厳しい経営状況のなかで、これらの加算に一律に取り組むことは難しい状況にあることがわかった。

しかしながら、単位数の損得だけをみて加算算定の是非は判断できない。地域によっては高齢者人口も減少に転じ、介護サービス間の競合がさらに激化するとともに、介護人材の確保もままならないなか、地域・利用者・家族から求められる役割を担えない事業所には、稼働状況の悪化というもっとも避けたい事態が待っているからだ。それぞれの地域で確立していく地域包括ケアシステムにおける役割を担っていくために、法人・施設の理念・経営状態・リソース、地域の医療介護の状況や関係機関とのつながりを踏まえ、立ち位置や役割を明確にし、取得すべき加算・整備すべき体制を見極めて対応していくことが求められる。

通常であれば来年度は改定の谷間の年であるが、10月に消費税増税と、それに伴う介護報酬改定、処遇改善を控えている。加えて、今次改定に伴う運用や影響が本格的に表れてくることから、引き続き状況について注視していきたい。

- ※ 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません
- ※ 本資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません
- ※ 本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません

《本件に関するお問合せ》

独立行政法人福祉医療機構

経営サポートセンター リサーチグループ

TEL : 03-3438-9932 FAX : 03-3438-0371