社会保障審議会 介護給付費分科会(第226回)

令和5年10月2日

資料 5

令和6年度介護報酬改定向けた要望について

令和5年10月2日

四病院団体協議会

日本病院会 全日本病院協会 日本医療法人協会 日本精神科病院協会

一般社団法人 日本病院会

一般社団法人 日本病院会

理事 松本 隆利

(社会医療法人 財団新和会 八千代病院 名誉院長)

2024年度介護報酬改定に係る要望

1)基本報酬の適切な引き上げ ※高騰するエネルギー価格、食事療養費、人件費への対応

エネルギー価格や物価の上昇など、サービス提供コストの上昇に対応するとともに、 介護従事者に対する適切な処遇改善を実現するために、 基本報酬の引き上げを要望する。 また、食事療養費については2021年度の改定で基準費用額が見直された。しかし、 2022年以降の光熱費、食材費等の急騰により、ほとんどの介護施設で給食部門は赤字に 陥っている。食事療養費の適切な水準への引き上げを強く要望する。

2) 介護従事者確保・定着に向けた処遇改善

2040年には約280万人(2019年比+69万人)の介護人材が必要とされるが、人材確保が困難な状況が続いている。上記①に示したエネルギー価格や物価急騰等により、十分な賃上げが行えず、他産業との給与格差は拡大している。他産業との給与格差是正および人材の確保・定着のため、報酬による後押しをお願いしたい。

【課題】 ① 高年齢化、確保困難な状態が続くケアマネジャーの確保

- ② 外国人介護人材の継続的な受け入れ(技能実習廃止~新制度への移行)
- ③ 経営の負担となっているため採用コストの補助、 もしくは採用コストがかからない仕組みづくりが必要
- ④ 介護施設と医療機関の介護職員で給与差を生まない仕組みが必要 (同じ職種で同様の業務を行っていても、介護保険と医療保険制度とで処遇加算が異なる)

2024年度介護報酬改定に係る要望

3) 感染症・災害等非常時への備えに対する支援・評価

コロナ流行下で感染症対策が進んだ面もあるが、介護の安定的・継続的な提供のために、今後も非常時に対応できる体制の構築・強化を推進していく必要がある。感染症や災害に強い施設づくりや、非常時の事業継続に対する取り組み等へのさらなる補助や評価をお願いしたい。

4) 介護DX (データベース・ロボット・ICTの利活用、セキュリティ対策など) 推進の支援・評価

介護の質向上、効率的かつ効果的なサービス提供のため、医療分野と同様に介護分野のDX推進は不可欠である。また、高齢化の進展により医療・介護の複合的ニーズを抱える方が増加しており、今後ますます医療・介護の連携と情報共有が重要になってくる。一方でシステムや設備導入、セキュリティ対策、デジタル人材の確保などには多額の費用がかかり、DXを阻む大きな要因となっている。介護DX推進のための支援と適切な評価を要望する。

【課題】①現状では利用している介護系ソフトが事業所ごとに異なっている。

書類作成・情報共有と連携を円滑かつ効率的に進めるため、統一ソフトの配布・活用が必要

2024年度介護報酬改定に係る要望

5) その他

● 病院からの在宅復帰先の見直し

2018年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟からの在宅復帰先として介護老人保健施設(老健)が除外された。在宅復帰率を確保したい病院は患者の退院先を老健以外にシフトする動きが見られ、都市部に設置していたり病院に併設している老健はまだしも、地方に設置する単独型の老健では稼働が悪化、経営が非常に厳しくなっている。地域の医療・介護提供体制や設置母体などの違いがあり、一律に考えることは難しい。地方で質の高いサービスを提供する老健でも適切に運営できるよう、制度的な手当を考えていく必要がある(在宅復帰先に老健を含めるなど)。

● 地域の状況を踏まえた柔軟な支援・評価

医療・介護・福祉の提供体制には地域差がある。例えば、大都市では事業所の大規模化はメリットが多いが、過疎化が進む地域では大規模化ではなく、協働化を推進した方がよい。収支や効率化だけではない、地域の実情を踏まえた柔軟な施策と支援・評価が必要である。

6)提案

●医療・介護・生活支援の一体的な提供体制の構築

共通言語化、データの共有化、全国統一フォーマットの利用など、 文書作成・管理の効率化および利便性向上に資するしくみの構築

●フレイル予備軍等への介護職の積極的関与

総合事業・予防事業の拡充、遠隔リハの導入など

公益社団法人 全日本病院協会

公益社団法人全日本病院協会

東京都支部長

高齡者医療介護委員会 副委員長 進藤 晃

(医療法人財団利定会 大久野病院 理事長)

処遇改善の更なる充実

介護職の確保が難しくなっている現状を打破するために、以下の2点を要望する。

- ① 未経験者の介護職就業における事前研修が義務化されることに対応して、雇い入れ時の研修費用(終了して本来業務に就くまでの人件費確保を含め)とするための増額。
- ② 介護の現場でも「インフレ率を超える賃上げの実現」のための処遇改善を、すべて の介護事業所に行き届くようにするため、また、事務手続きによる負担増を避ける ため、基本報酬による増額。

栄養ケアに関わる加算の増額

近年、栄養ケア・マネジメントの強化の方向性が示されている。「栄養改善」については管理栄養士の専門性に期待したいところではあるが、人件費との逆ザヤとなる恐れがある。医療保険でのNSTなども同様に低い傾向があり、同時改定の折に、栄養ケア関連への点数の引き上げを要望する。

介護報酬における人員欠如に関する緩和措置の創設について

介護現場で働く労働力不足が在宅系、施設系を問わず介護保険サービスにおける深刻な問題となっている。今後益々進む少子高齢化によって、介護を必要とする高齢者が増える中、介護を担う者の数は減っていくことが懸念される。更に介護業界に対しては、待遇がよくない・体力的にも精神的にも割に合わないなどといったネガティブなイメージを持たれることが多く、介護の仕事に就くことを躊躇してしまう若者も多いのが実情。

今後も介護業界の人手不足は大きな問題となることが予想される。国や都道府県による労働力不足の解消に向けた取り組みは進められてはいるものの、十分な人材を確保できていないのが現状。このような背景にもかかわらず、介護報酬の人員欠如に対するペナルティ(人員基準欠如減算)は介護報酬の3割減となっている。

医療における診療報酬では歴月内で病床規模に応じた3カ月を超えない期間の1割以内、又は1カ月を超えない期間の1割以内の変動といった要件変動の特例が設けられているが、介護報酬において特例はない。前述の背景があることから要件を緩和して入所規模・利用者規模等に応じた人員欠如に関して緩和措置を要望する。

一般社団法人日本医療法人協会

一般社団法人日本医療法人協会

副会長 鈴木 邦彦

(医療法人博仁会 志村大宮病院理事長・院長)

①小規模多機能型居宅介護における医療・介護連携 〇小規模多機能型居宅介護

要と考えられる。

● リハビリ・栄養・口腔が重要視される中、口腔に関する加算(口腔機能向上加算)が「通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護」は算定可能だが、「小規模多機能型居宅介護」に関しては、「口腔・栄養スクリーニング加算」のみとなっている。小規模多機能型居宅介護においても中重度者を受け入れる事業所であることから、同様の口腔機能向上に関する加算が必

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携 社会第一分 (第20) 対象 リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化 予防につながることが期待される。 医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の 多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理 ·筋力・持久力の向上 ・口腔・嚥下機能の維持・ リハビリテーション・ 活動量に応じた適切な 機能訓練 ・口腔衛生や全身管理に 栄養摂取量の調整 低栄養の予防・改善 よる誤嚥性肺炎の予防 ・食欲の増進 適切な食事形態・摂取方法の提供・食事摂取量の維持・改善・経口摂取の維持

②(看護)小規模多機能型居宅介護における医療・介護連携〇小規模多機能型居宅介護 〇看護小規模多機能型居宅介護

携が進むと考えられる。

● (看護) 小規模多機能型居宅介護おいても「医療・介護連携」が必須であるにも関わらず、居宅介護支援事業所では算定可能な「入院時情報連携加算」が対象外である。利用者のスムーズな入院を及び退院支援を考える際にも必要なのではないか。特に看護小規模多機能型居宅介護に登録している利用者については状態変化も多く入退院を繰り返すことが多いので、入院時から病院と事業所が定期的に連絡を取り合い、早期退院に結び付けた連携を促進すべきである。また、退院時加算及び日頃からの「通院時情報連携加算」も同様に早期退院支援及び早期治療のために居宅介護支援事業所と同じ取り扱いを行うことでより一層医療・介護連

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ) 100単位 ※提供方法は不開 医療機関の離員に対して利用者に係る必要な情報を 利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合 利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合 ●患者の退疫後の在毛療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在毛 での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点) ▶入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅原置を担う保険医療機関の保険医若しくは看 護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援 専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算) 退院・退所加算 (カンファ参加有:600単位~900単位 (カンファ参加額:450単位~600単位 入院時に基本報酬の一部を算定 (246単位/日) 退院後の再入居の受け入れ体制 を整えている場合 特徴・老健・介護医療院 初期加算(30単位/日) 入所生活に慣れるた 初期加算の見直し 30日を超える病院又は診療所/ に関する調整を行った場合 の入院の後の再入居も算定可能 めの支援に係る費用 30単位/日) 病院等を遺院した者を受け 特定施設 Aれる場合の医療提供施設 との連携等を評価 施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養ケア計画を策定

③口腔機能向上に向けたさらなる評価

〇通所介護 〇地域密着型通所介護 〇(介護予防)通所リハビリテーション等

● 口腔機能向上加算の算定率は、通所介護で「口腔機能向上加算 I 」で7. 9%。「口腔機能向上加算 II 」で6. 0%。地域密着型通所介護では「口腔機能向上加算 I 」5. 3%「口腔機能向上加算 II 」4. 5%。口腔・栄養スクリーニング加算と複合加算になるとさらに算定率が低い状況である。

リハビリ・栄養・口腔のさらなる向上を目指して、新たに研修制度を設け、受講を修了した介護福祉士を算定要件に含めたらどうか。

※現状は、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置していることとなっている

	週 川	介護の算	正仅沉	,		_	地均	以密着驾	型通所介	隻の算に	E状况			ı	通所リ	ハビリテーション	ノの算定状況			
	単位数	算定事業所数	算定率	算定回数·日数	算定率	算定単位数		単位数	算定事業所数		算定回数·日数 (単位:千回·千日) (回	算定率 数・日数ベース)	算定単位数 (単位:千里位)	通所リハビリテーション	単位数(令和3年4月以降)	単位数(単位:千単位) 割合(単位数ペース) 件数(単位:	F件) 算定率(件数	(一ス) 請求事業所数	算定率(事業
	単位数	算足爭業所致 (事業所ベース)	(単位:千回·千日) (回数・日数ベース)	(単位:千単位)	3%加算	3/100	99	0.5%	(2)	0.1%	(学位: 丁学位)	総数 修染症災害3%加算	基本報酬の+3%	2654777	100.00% 2	15.2	0.00%	991
3 %加算	3/100	215	0.9%	11.2	0.1%	2,436	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	5/100	126	0.3%	0.6	0.1%	197	理学療法士等体制強化加算 *	+30単位/日	4240	0.16%	188.3	4.95% 145	494
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 *	5/100	294	1.2%	2.9	0.0%	869	入浴介助加算(I) *	40	13,990	74.3%	2,003.4		101	延長加算(8時間以上9時間未満の場合)	+50単位/日	74	0.00%	1.6	0.05% 12	.28
入浴介助加質(Ⅰ)*	40	22,369	91.7%	7,997.9	64.7%	319,947	入治7F助加算 (I) * 入浴介助加算 (I) *	40	13,990	74.3%	2,003.4	51.0% 4.3%	80,144 9,242	延長加算(9時間以上10時間未満の場合)	+100単位/日	42	0.00%	0.6	0.01% 2	27
入浴介助加算(I)*	55	2.897	11.9%	599.1	4.8%	32,952	中重度者ケア体制加算 *	45	413	2.2%	111.1	2.8%	4,999	延長加算(10時間以上11時間未満の場合) 延長加算(11時間以上12時間未満の場合)	+150単位/日 +200単位/日	11	0.00%	0.1	0.00%	1
ヤ重度者ケア体制加算 *	45		17.7%	2,575,4					413	0.0%	111.1		4,999	延長加算(12時間以上13時間未満の場合)	+250単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	1
		4,321		2,5/5.4	20.8%	115,892	生活機能向上連携加算(I)	100			0	0.0%		延長加算(13時間以上14時間未満の場合)	+300単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	0
生活機能向上連携加算 (I)	100		0.0%	0.1	0.0%	11	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	339	1.8%	8	0.2%	953	リハビリテーション提供体制加算	+12~28単位/日	46142	1.74% 2	480.3	71.13%	
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200	1,159	4.8%	54.6	0.4%	6,169	個別機能訓練加算 (I) イ*	56	6,555	34.8%	1,022.1	26.0%	57,238	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 * 入浴介助加算(I)*	+5単位/日 +40単位/日	514 45705	0.02%	947.7	0.07N 20	.01
周別機能訓練加算(Ⅰ)イ*	56	10,426	42.7%	2,957.5	23.9%	165,594	個別機能訓練加算 (I) □ *	85	2,335	12.4%	514.5	13.1%	43,734	入治介助加算(I)* 入浴介助加算(I)*	+60単位/日	12961	2.48% 1 0.49%	280.7	7.57% 136	303
B別機能訓練加算(Ⅰ)□*	85	6,427	26.3%	2,939.7	23.8%	249,878	個別機能訓練加算 (I)	20	2,738	14.5%	81.9	2.1%	1,657	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ (DB月83内(20)		9456	0.36%	31.5	1.10% (1)968 (2)122	220 (1)12.
因別機能訓練加算 (Ⅱ)	20	5,605	23.0%	298.3	2.4%	6,001	ADL維持等加算 (I)	30	128	0.7%	3.3	0.1%	99	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ (198月以内(29)		10911	0.41%	32.3	1.13% (1)913 (2)115	
ADL維持等加算(I)	30	298	1.2%	16.8	0.1%	505	ADL維持等加算 (II)	60	184	1.0%	6	0.2%	363	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ (108月以内(208		19168	0.72%	33.6	1.18% (1)884 (2)106	
ADL維持等加算(II)	60	618	2.5%	39.1	0.3%	2,346	ADL維持等加算(Ⅲ)	3	37	0.2%	1.1	0.0%	3	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ ()8月以内(28 短期集中個別リハビリテーション実施加算 *	超 (1)+863 (2)+543単位/月 +110単位/日	39988 11474	0.435	124.7	2.31% (1)1424 (2)165 3.66% 411	656 (1)17
ADL維持等加算(III)	3	637	2.6%	41.5	0.3%	124	認知症加算 *	60	465	2.5%	43.9	1.1%	2,634	認知症集中リハビリテーション実施加算(I)*	+240単位/日	608	0.025	3.3	0.09% 21	214
忍知症加算 *	60	1.811	7.4%	323.3	2.6%	19,398	若年性認知症利用者受入加算 *	60	107	0.6%	1.6	0.0%	98	認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	+1920単位/月	104	0.00%	0.0	0.00% 3	31
若年性認知症利用者受入加算 *		144		323.3	0.0%	120	栄養改善加算	200	39	0.2%	0.4	0.0%	75	生活行為向上リハビリテーション実施加算 発生性認知症利用者受入加算 *	+1250単位/月	618	0.02%	0.7	0.02% 14	.40
	60		0.6%	. 4		120	栄養アセスメント加算	50	133	0.7%	4.1	0.1%	203	者年性認知証利用者受人加算 * ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	+60単位/日 +50単位/日	29	0.00%	49.0	0.02% 5: 1.30% 68	02
栄養改善加算	200	131	0.5%	1./	0.0%	334	口腔・栄養スクリーニング加算(I)	20	269	1.4%	1.2	0.0%	23	栄養改善加算	+200単位/国	412	0.025	2.1	0.07% 15	186
栄養アセスメント加算	30	413	1.7%	19	0.2%	949	□腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	86	0.5%	0.3	0.0%	1	口腔・栄養スクリーニング加算(I)	+20単位/回	96	0.00%	11.9	0.17% 72	/20
コ腔・栄養スクリーニング加算(I)	20	961	3.9%	10.7	0.1%	214	口腔機能向上加算 (I)	150	1,005	5.3%	30.2	0.8%	4,523	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	+5単位/回	10	0.00%	6.7	0.07%	-
□腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	270	1.1%	1.3	0.0%	ь	□腔機能向上加算(Ⅱ)	160	852	4.5%	36.3	0.9%	5,810	口腔機能向上加算(I) 口腔機能向上加算(I)	+150単位/回 +160単位/回	2216	0.08%	14.5	0.52% 77	71
□腔機能向上加算 (I)	150	1,917	7.9%	74.7	0.6%	11,210	科学的介護推進体制加算	40	4,358	23.2%	126.7	3.2%	5,070	□ 配模総円工加井(Ⅱ) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	+160単位/図	2850	0.11%	17.4	U.02N 07	73
□腔機能向上加算(II)	160	1,459	6.0%	79.6	0.6%	12,740	同一建物減算 *	-94	-	-	404.1	10.3%	-37,981	中重度者ケア体制加算*	+20単位/日	19701	0.74%	190.2	34.53% 184	340
4学的介護推進体制加算	40	9,006	36.9%	511.8	4.1%	20,474	送迎減算	-47	_	-	420.5	10.7%	-19,814	科学的介護推進体制加算	+40単位/月	8730	0.33%	259.6	7.65% 363	,34
司一建物減算 *	-94	_	-	1.949.5	15.8%	-183,251	サービス提供体制強化加算(I)	22	2,716	14.4%	597.1	15.2%	13,137	同一建物減算 * 送過減算	Δ94単位/日 Δ47単位/日	∆4638 ∆13493	-0.175	55.1 345.8	1.735	-
关迎滅篔	-47		_	598	4.8%	-28,139	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	4,626	24.6%	597.2	15.2%	10,750	返迎減昇 移行支援加算 *	△4/単位/日 +12単位/日	∆13493	-0.51% 0.19%		14.869 81	-
ナービス提供体制強化加算(1)	22	5.817	23.8%	2,883.3	23.3%	63,433	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		7,020			10.6%		サービス提供体制強化加算(I)	+22単位/回	36046	1,36% 2	073.0	57,44% 381	811
ナービス提供体制強化加算(I)	18	5,137	21.1%	2,691.4	21.8%	48,446		6	12.574	0.2%	415.4		2,492	サービス提供体制強化加算(II)	+18単位/回	11156	0.42%	703.3	21.73% 119	99
ナービス提供体制強化加算(III)	- 6	4.000	16.4%	2.034.9	16.5%	12,209	介護職員処遇改善加算(I)	59/1000	13,571	72.1%	327.3	8.3%	145,622	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	+6単位/回 ×4.7%	2062 95824		384.8	12.05% 146	
) 一 こくない (本の) 独立 (加)	59/1000	20,846	85.4%	1,047.4	8.5%	513,239	介護職員処遇改善加算(II)	43/1000	1,725	9.2%	36	0.9%	11,883	介護職員処遇改善加算(I) 介護職員処遇改善加算(II)	×4.75 ×3.45	95824	3.61%	330.6	10.87N 515	31
「護職員処遇改善加算(Ⅰ)							介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	23/1000	1,437	7.6%	26.3	0.7%	4,799	介護職員知過以各加昇(II)	×1.95	2347	0.09%	22.1	0.70% 47	475
	43/1000	1,518	6.2%	62.3	0.5%	23,091	介護職員等特定処遇改善加算(I)	12/1000	2,900	15.4%	76.7	2.0%	6,944	介護職員等特定処遇改善加算(1)	× 2.0%	30504	1.15%	245.1	7.84% 349	196
个護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	23/1000	1,148	4.7%	42.7	0.3%	8,541	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	10/1000	5,568	29.6%	135.2	3.4%	10,151	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	×1.7%	6209	0.23%	62.1	1.98% 112	20
介護職員等特定処遇改善加算(I)	12/1000	7785	31.9%	424.1	3.4%	40,717	生活相談員配置等加算 *	13	6	0.0%	0.2	0.0%	2	(注1)「単位数(単位:千単位)」及び「件数(単位:千十						
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	10/1000	9130	37.4%	458	3.7%	38,453	※ *は日数を算定						6	(注3)「算定率(件数ペース)」は、各加算の件数÷長 (注5)「算定率(事業所ペース)」は、各加算の請求率			「請求事業所数」には、短期和 介護予防サービスは含まない		選求がを除く。	
生活相談員配置等加算 * ※ *は日数を算定	13	46	0.2%	2.6	0.0%	34	※ 算定事業所数:介護保険総合データベースについて任意集計 ※ 算定回数・日数:介護給付費実態統計(月報・第9表/ぞ				S加算算定事業所数/地域密			【出典】厚生労働省「介護給付費等実施統計」令和4年						

4ターミナルケアマネジメント加算

〇居宅介護支援事業所

●現在、居宅介護支援事業所では、ターミナルケアマネジメント加算があるが、算定要件に「末期の悪性腫瘍」の利用者という要件が入っており、「末期の悪性腫瘍」のみに限られている。

訪問看護等と同じように「在宅で看取りをしたすべて」の利用者に対して算定できるように、ターミナルケアマネジメント加算の算定要件から、「末期の悪性腫瘍の患者に限る」を削除し、他の疾患等も算定できるようにできないか。

- ※訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護のターミナルケア加算の算定要件
- •24時間連絡できる体制を確保し、必要に応じて訪問できる体制を整備していること
- •体制の届出を行っていること
- •主治医との連携の下に、ターミナルケアに係る計画、支援体制について利用者とその家族に説明し、同意を得てターミナルケアを 行っていること
- •死亡日、死亡日前14日以内に2日(末期の悪性腫瘍等の特定の利用者については1日)以上ターミナルケアを行っていること
- •ターミナルケアの提供について必要な事項が適切に記録されていること

⑤介護支援専門員の各介護事業への配置について

● 現在の介護保険事業では居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護等、様々な事業で配置が必須となっている。

居宅介護支援事業所の人員不足により、介護サービスを円滑に受けられない状況も見られるようになってきているため、各介護保険事業の介護支援専門員の配置について見直して、本当に必要な事業に集約していくことを検討してはどうか。

⑥看護小規模多機能型居宅介護における通いの人員配置の見直し

● 下記の表は、現在の看護小規模多機能型居宅介護の基準配置である。 日中において、通いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ1人以上は保健師、看護師又は准看護師となっている。通いの利用者の状態に合わせて、訪問看護職員と連絡を取れ、対応できる体制であれば、通いに1名以上の配置は不要にして、看護職員の有効活用を進めてはどうか。

看護小規模多機能型居宅介護の基準等 - 1

基準項目	要件等
従業者の負数	①日中 ・通いサービス提供:利用者3人に対し1以上(常勤換算) ・訪問サービス提供:2以上(常勤換算) ・人員配置は各サービスに固定にせず、柔軟な業務遂行が可能 ・適いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ、以上は保健師、看護師又は准看護師 ②夜間・深夜 ・泊まりサービス及び訪問サービス提供:2人以上(うち1人は宿直勤務可) (泊まりサービスの利用者がいない場合、訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業員を置かないことができる) ③従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師 (④従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師 (④従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師 (④従業者のうち保健師、看護師又は准看護師は常勤換算法で2 5以上 (⑤防間書護事業者の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしていれば、訪問看護ステーションの人員基準(看護職員 2 5人以上)を満たすことにより④の基準を満たすものとみなす (⑥「認知症対応型共同生活介護事業所」が域密着型特定施設」「地域密着型个護老を満たすものとり、おは一般でで、大きなので、大きなので、大きなので、大きないので、大きない場合で、大きない場合は、大きな、大きない場合は、大きな、大きない場合は、大きな、大きな、大きな、大きな、大きな、大きな、大きな、大きな、大きな、大きな

16

⑦訪問リハビリテーション計画立案、指示の標準化について

● これまで、訪問リハビリテーション計画及び指示について必要項目が示されてきた。リハビリテーション計画書については標準例が提示されており、加算算定のために使用している事業所も多く、計画書の標準化は図れたと思われる。指示に関しては提示された項目を基に、各事業所が書式等作成していると思われるが、内容にバラつきがあることも予想される。

提案

リハビリテーション計画書の標準例は提示されているが、同様に別の医療機関からの情報提供および事業所医師による指示の漏れや不備を解消するため、「訪問リハビリテーション診療情報提供及び指示書」として標準例を提示してはどうか。

また、今後別の医療機関の医師が訪問リハ事業所医師に情報提供を行う場合、「適切な研修の修了」を確認する必要があるため、項目として加えてはどうか。

⑧給付適正化主要5事業(ケアプラン点検)について

● 全国介護保険担当課長会議資料(令和5年7月31日介護保険計画課)では給付適正化 主要5事業の見直しが行われる予定となっている。

このうちケアプラン点検については、厚生労働省による「ケアプラン点検支援マニュアル」が作成されているにも関わらず、市町村による差が大きく、いわゆるローカルルールも多い。 指定権者である市町村が行う点検であるため、さらに標準化に向けた取り組みをしてほしい。 また令和6年度より、介護支援専門員の法定研修に取り入れられる「適切なケアマネジメント 手法」に対応した「ケアプラン点検支援マニュアル」への変更が必要であると考える。

給付適正化主要5事業の見直し。

現行。	見直し。
要介護認定の適正化。	要介護認定の適正化。
ケアプランの点検。	ケアプランの点検・住宅改修等の点検。
主宅改修等の点検。	福祉用具購入・貸与調査。
冨祉用具購入・貸与調査 。	佃侃用景牌八・貝子調旦↓
医療情報との突合・縦覧点検。	医療情報との突合・縦覧点検。
介護給付費通知。	→主要事業から任意事業へ。
	•

⑨介護支援専門員の法定研修の受講費用の負担について

● 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課で行った「令和2年度介護支援専門員の法定研修受講者負担」をみると、都道府県により受講料に大きな違いがある。すべての都道府県を一律にすることは難しいと考えるが、介護保険の地域区分(等級)のように、地域ごとに一定の受講料とすることはできないか。

※全国介護保険·高齢者保健福祉担当課長会議資料(令和4年3月)P3O

実務研修 最高79,950円 最低20,800円

専門研修 I 最高43,600円 最低15,280円

専門研修 Ⅱ 最高32, 200円 最低15, 000円

主任研修 最高70,900円 最低21,400円

主任更新研修 最高56,400円 最低16,500円



公益社団法人 日本精神科病院協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

常務理事 渕野 勝弘

(医療法人社団淵野会緑ヶ丘保養園 理事長)

① 認知症の人への医療・介護連携加算について

●認知症の激しいBPSDに対して、居宅介護支援事業所や介護保険施設(居住系)から専門医療機関(精神科病院)への入院依頼が多い。情報提供書の作成や家族調整等に係る時間が多いため、施設に対し「情報提供加算」を付けることを要望する。

さらに、精神科病院において、BPSD等が軽減した認知症の人を受け入れた事業所等に対し、施設への「受入れ加算」を付けることは医療・介護連携を促進することになる。

②介護医療院について

- 身体合併症は多く、配置医師の対応、看取りへの対応を行っている。基本報酬の引き上げ、薬剤の別途対応等への加算を要望する。
- 入所後も不安・抑うつ等があり、継続的に精神科医師の治療を受けている入所者は多い。集団の精神療法だけでなく、精神科医師による個別の精神療法はBPSDの発生を予防することができ、重要である。 週2回、1回150単位の加算を要望する。
- 重度認知症疾患療養体制加算のアップを要望する。

介護施設において、精神保健福祉士や作業療法士等、多職種協同でサービスを提供し、精神科医師の診療体制が整っていることは、認知症の本人、家族にとっても安心できる環境となる。

③ 要介護高齢精神障害者の介護施設への入所について

●令和2年の厚生労働省「患者調査」によると、精神疾患を有する75歳以上の入院患者数は11.6万人(認知症患者7.6万人を含む)である。介護施設への入所を考えた場合、病院での支払額に比べ介護施設での支払額が高額であり、入所することが出来ない。さらに持続性抗精神病注射薬や非定型抗精神病薬等の処方は認められていない。

高齢精神障害者が他の高齢者と同様に、公平に介護サービス等が受けられる ことを強く要望する。