

平成21年4月介護報酬改定について

平成20年10月3日

社会保障審議会介護給付費分科会

委員 三上 裕司

今般、日本医師会として平成21年4月実施予定の介護報酬改定に関する意見をとりまとめたので、以下報告する。

1. 介護サービス提供体制の充実と環境整備

今後ますます増加する要介護者への介護サービス提供に関して、将来推計人口からも介護従事者の確保をはじめとする様々な問題が指摘されている。その多くは、介護従事者の離職率の高さや賃金水準の低さなど、介護従事者の処遇改善や人員確保についての問題である。

利用者にとって最適なサービスの組み合わせを、多職種協働のケアカンファランスを通じ、総合的なアセスメントやケアプランに基づきサービスが提供される仕組みとしてケアマネジメントがある。

介護保険施設等でのサービス提供に関しては、指定基準により必要人員数が最低基準として明確化されているが、サービス現場においては、適切に機能させるため、実状は、人員数を手厚く配置していることが介護サービス施設・事業所調査などから明らかとなっている。介護保険施設等にとって適切なケアマネジメントを実施する上での障害因子とならぬよう、施設サービス費の引き上げを考えるべきであり、例えば、加配している人員加算の創設や夜間体制における加算を、実態に即して算定しやすくするなど対応を図るべきである。

一方、介護予防事業については、その対象者の機能低下の現状を踏まえて、特定高齢者施策等地域支援事業、新予防給付との整合、地域包括支援センターの役割や地域活動の積極的な活用等も含めた、地域全体での自立支援、重度化予防の実現に向けた多職種協働のプロセスを経たケアマネジメントの徹底やサービスメニューの充実が必要である。その上で、在宅サービスに関してはその質を確保する観点から、現場の強化と共にケアマネジメントの一連のプロセス、ケアプランの実践に伴うサービス提供を妨げない環境整備として報酬上の手当が必要と考える。

原資の確保を図る観点から、介護報酬引き上げを図るべきである。

2. 補足給付の見直し

制度の持続可能性、特に保険料の上昇を抑える目的で実施された食費、居住費の利用者負担は、低所得者のために設定された基準費用額に収斂され、介護保険施設等にとっては、一層の経営努力が課せられる結果となった。特に、低所得者対策としての補足給付に関しては、保険料から充当され、当初の目的（保険料の上昇を抑える）とは不整合が生じており、生活保護による対応を含めて、介護保険制度内での低所得者対策のあり方を速やかに再検討すべきである。

3. 適切な医療サービスの提供

利用者にとって、必要な医療へのアクセス並びに受給は阻害されてはならない。

そのため、介護老人福祉施設の配置医師の役割を明確化する必要がある。さらに、明確化することでの入所前のかかりつけの医師と十分に連携できる介護報酬または診療報酬上の適切な仕組みを構築すべきである。

また、介護老人保健施設で実施可能な診療行為についても再検討し、入所者にとって最良の医療サービスが提供できるよう、併設あるいは併設以外の保険医療機関にかかわらず、外部保険医療機関からの医療サービス提供が可能となる報酬上の評価をすべきである。

一方、在宅サービスにおける、医療の必要性のある在宅要介護者への対応は地域に存在する有床診療所や中小病院（以下有床診療所等と略す）を中心に検討すべきと考えられる。現行法では、緊急時の対応を除き、医療を提供する場は限られており、医療の必要性のある在宅要介護者に係わる多くのニーズである「医療の担保」と「家族の緊急時対応・レスパイト」に対して、地域に密着した有床診療所等が直接・間接的に介護サービスに関わり、“在宅での生活を継続するため”のサービス提供体制の中核的存在になることは、有床診療所等に求められる本来的な機能である。つまり、有床診療所等の病床だからこそ、「医療を確保」し、「緊急時に対応」し、「（預り・泊まりによって）レスパイトを果たす」ことができるのであり、そのための制度上の対応を含めた所要の見直しを図るべきである。

4. 施設の基盤整備に関して

療養病床再編に伴う介護保険施設等の基盤整備に関しては、地域の実情を十分斟酌し、介護療養型医療施設入院者が不利を被らないよう、さらには、介護保険施設の本来的機能分担を考慮し、地域格差や質の問題も含めて、十分な検討を要すると考える。つまり、保険料の上昇を抑える目的で、安易に居住系施設等への転換を図ることには、高齢者の心身の特性、今後の人口動態、在宅療養サービスの整備状況を踏まえ、再考

すべきである。

一方個室、ユニットケアについて検証を十分行うべきである。つまり、個室ユニットの推進については、現在の介護保険財源の状況や入所者の重度化(占有割合の拡大)、介護従事者の充足率などの課題を踏まえ、その費用対効果を精査し、整備方針の転換を含めて全体整備を検討することも必要である。

5. 認知症高齢者に関して

認知症高齢者に関しては、認知症は疾病であるという認識を、現行以上に広く国民に啓発する必要性がある。そのためには、①本人の気づきも含めた家族等への認知症症状の早期発見を促すツールの開発と早期受診の勧め、②かかりつけの医師のための認知症鑑別診断の標準化並びに相談機能の評価、③かかりつけの医師と認知症対応専門医(機関)との連携の評価が重要と考える。

さらに、認知症サポート医等を十分活用し、医療と介護のシームレスな連携で、本人の処遇改善を図ることが重要であり、現場での連携を裏付けるだけの診療面(診療報酬)とケア面(介護報酬)での評価を制度上構築する必要がある。

また、高度のBPSDや身体合併症を有する認知症患者に対応可能な受け皿を整備する必要がある。これには、厚労省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」で議論され、削減が予定される現存の精神病床が新たな施設を整備するより、資源の有効活用を図る上で得策と考える。

6. リハビリテーションの充実

リハビリテーション(以下リハビリと略す)は、必要な時期に十分なサービス提供を継続して行い、要介護(支援)者の現存能力の活用や機能向上を図り、その人にあった自立支援を目指すものである。そのためにも、在宅・施設において、生活機能の低下が予見される場合には、適切に介入する必要がある、現行のサービス内容の見直しも必要である。

中でも、訪問リハビリのサービス提供の仕組みは複雑であり、利用者も含めた関係者相互の理解が乏しい現状がある。そのため、必要な時期に即したサービス提供が出来ずにより高い効果が得られないケースが生じている。従って、指定基準やサービス提供におけるPT、OT、STの活用を含めた専門性の確保と連携等仕組みの在り方を見直すべきである。また、通所リハビリに関しては、サービス提供と預かり時間を併せて所要時間としているため、ケースによっては、サービス提供時間のみで評価可能な仕組みを講ずるべきである。