

日慢協第29-09号
平成29年8月10日

厚生労働省
医務技監
鈴木康裕 殿

日本慢性期医療協会
会長 武久洋
政策提言委員会委員長
安藤高朗



日本慢性期医療協会

平成30年度介護報酬改定に向けて

日本慢性期医療協会の会員病院は各々の地域において、入院患者に迅速に適切な治療を行い、速やかに日常に帰す努力を日々行っている。一方で、行き場のない重度長期療養患者にも、丁寧な医療を提供することにより、その生活を支えるという大切な役割も果たしている。慢性期医療の現場では、こうした業務に真摯に取り組む中で、生きたりハビリテーションと総合治療力を日々高めている。

超高齢社会において、良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たないことは明白であり、日本慢性期医療協会として平成30年度介護報酬改定に向け下記を提言したい。

1. 全体を通して

・重介護で重症な患者・利用者の評価

様々な合併症を持つ方や重度の認知症の方、ADL レベルが低い方など、重介護で重症な患者・利用者が増えている。これらの現状を踏まえた、重症者の定義づけとその枠組みに応じた適切な報酬体系が望まれる。また、この介護報酬体系においては、訪問、通所、施設サービスなど、サービス形態を越えた一元的な考え方が求められる。

2. 訪問サービス（訪問介護・訪問リハビリテーション・訪問看護）

・訪問に要した移動時間を考慮した「アクセス加算（仮称）」の仕組みの構築

訪問サービスは多岐にわたるが、総じて地域の状況によって、移動時間という大きな非効率性がある。この状況は地方では特に顕著となっており、移動時間や距離に応じた「アクセス加算（仮称）」のような評価の仕組みが求められる。

・訪問介護の自助・共助の考え方

介護保険は自立支援を目的とし、訪問介護においても要介護度が良くなることを目指す。利用できる範囲で身体介護と生活援助を組み合わせたサービスを必要提供していく必要があり、要介護度が改善されることで評価される仕組みが望まれる。一方で、生活支援においては、利用者自身の積極的な自助や周辺の方々による共助も重要であり、介護する側である介護職と介護される側である本人が一緒になって協力し、努力する仕組みづくりが求められる。

・訪問介護における生活援助中心型と身体介護に引き続き生活援助を行った場合との統一的な評価

生活援助中心型の場合は「20分以上45分未満」と「45分以上」の2つのパターンであるが、「身体介護中心型に引き続き生活援助を行った」場合、上記に加えて、「70分以上」の区分があり、統一されていない。生活援助中心型にも「70分以上」を設定し、統一化が求められる。

・訪問リハビリテーションへの医師の関与

訪問によるリハビリテーションにおいては、医師の関与が手薄になる可能性が高い。リハビリテーションの質の確保に向けては、医師の関与も重要であり、リハビリテーションマネジメント加算など、医師の関与に対する更なる評価が求められる。

・訪問看護の提供主体に応じた評価

訪問看護（介護保険）は、単独の訪問看護ステーションに加えて、病院を主体とするサービス提供も行われている。単独の訪問看護ステーションに比べて、病院からの訪問看護においては、情報連携や多職種協働、在宅等における急変時の後方ベッド機能など、利用者にとってより良い環境であり、今後は病院における訪問看護サービスは重要さを増すと考えられ、それに応じた評価が求められる。

3. 通所サービス（デイサービス、デイケア）

・デイケアの更なる評価

リハビリテーションは利用者のADL向上に寄与し、自宅での生活において非常に重要である。有効率としてデイサービスでは約10%、デイケアでは約30%となっており、デイケアの有効性が示されている。有効率というアウトカムから考えると、デイケアに対する更なる評価が求められる。

加えて、現在デイケアにおいては、短期集中リハビリテーションとその後の維持期リハビリテーションから構成され、出来高による評価が行われている。一方で3か月を越える場合の減算規定や標準的な算定日数後に機能が回復するケースもあることから、医師が必要と認めた場合には、減算規定の免除やリハビリテーション自体の完全包括性、アウトカム評価との組み合わせの検討が求められる。

・短期と早朝と夜間のデイサービス・デイケアの評価

デイサービスとデイケアは超高齢化の波を受けて、多様なニーズが生じている。昨今の介護人材不足においては、家族介護のため現職を退職または休職することとなった国民も少なくない。このような現状を受けて、家族が仕事を続けられるように、デイサービスやデイケアにおける短期・早朝・夜間の利用について、評価される仕組みが求められる。

4. 施設サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）

<介護老人福祉施設（特定養護老人ホーム）>

・介護施設利用者の医療ニーズと報酬体系の考え方

介護施設の利用者の中には比較的軽微な医療的処置が必要な場合から急性増悪などによる病院での入院治療や外来治療、高度な画像検査が必要となる場合も少なくない。一方で、介護保険と医療保険が混在することによる介護施設の経営的負担が生じるケースも散見される。

例えば、指定介護老人福祉施設では、基準省令第19条にて、病院等への入院後おおむね3か月以内に退院する見込みの場合は、円滑に当該施設へ入所できることとし、3か月間ベッドを確保しておく必要がある。このような現状を踏まえて、医療機関受診の際の3か月縛りの緩和や、またはそれに応じた適正な報酬上の評価・補填が求められる。

加えて、利用者の状態によっては、介護施設内での医療サービス提供が求められる、配置医に対する評価や訪問診療の利用が推奨される場合も少なくない。現在、介護老人福祉施設においては、訪問診療の利用が制限されており、利用者の状態および施設の判断により、訪問診療制限の緩和が望まれる。

あわせて、介護老人福祉施設内には医務室の設置が規定されており、診療所としての運用が望まれている。一方で、実態は医師が他施設と兼務のため、医務室のあり方が問われている。施設内医務室について、更なる機能性の向上を行い、旧来の施設内医務室に代わるべく、更なる検討が求められる。

・介護施設からの在宅復帰に向けた取組の検討

住まいについては、その機能性だけに限らず報酬制度という仕組みから、かなり複雑化している。介護施設によっては、終のすみかとして看取りまで対応していく必要性が問われている一方で、在宅復帰を行い自宅での生活を促していく事も重要である。回転数を増やし、新しい入居者を受け入れて地域へ貢献するためにも、現在、在宅復帰をあまり想定していない介護施設においても、在宅復帰に向けた適切な評価を考えるべきではないだろうか。

・介護施設内におけるリハビリテーションの実施体制

各介護施設については、それぞれの施設に応じた目的と機能が存在するが、利用者の生活支援を考えるとリハビリテーションの実施は総じて重要となってくる。施設内にリハビリテーションの実施が可能な体制を構築することが求められる。一方で、施設単体での体制確立および維持が困難な場合は、施設への訪問サービスが可能となるような制度設計が求められる。

<介護老人保健施設>

・介護施設における医療ニーズと画像検査の取扱い

高齢者には誤嚥性肺炎や大腿骨骨折などのリスクを考えると、介護施設内における迅速な検査および医療的処置について、更なる検討が求められる。現在、介護老人保健施設においては、X線検査機器の設置は認められていないが、今後はその設置の可否およびそれに対する評価について、議論が求められる時期だと考えられる。加えて、施設内における肺炎や尿路感染症等に対する治療に対して、所定疾患施設療養費1日300単位、7日以内が設定されているが、薬剤・資材費および人件費を考えると2倍以上の評価が求められる。

<その他>

・摂食嚥下のリハビリテーションと誤嚥性肺炎の予防と治療

高齢者は誤嚥性肺炎のリスクが高く、その予防には摂食嚥下のリハビリテーションが重要である。加えて、栄養ケアによるフレイル予防も重要である。これを踏まえ、介護施設内における摂食嚥下リハビリテーションや口腔清拭に対する評価が求められる。

5. 地域密着型サービス

・グループホームをはじめとした地域密着型サービスにおける多職種協働への評価

グループホームをはじめとした地域密着型サービスにおいても、利用者の重症化が認められ、慢性期医療に対する建物内でのニーズが増加している。そのような現状を踏まえて、併設医療機関からのサポート体制に対する評価について更なる検討が求められる。

6. 地域格差の介護報酬並みの是正

・居宅介護支援事業所における医療系職種専従の評価

居宅介護支援事業所では、介護福祉士や社会福祉士はとても重要である。一方で、医療系資格（医師、看護師、リハビリ職など）を持つケアマネジャーも配置され、ケアプランの作成に従事している実態がある。医療との連携を更に充実させる意味では、専従の医療系職種に対する評価の検討が求められる。

・ケアマネジャーの早期介入と入退院支援の評価

医療施設から介護施設、医療機関から在宅への移行は、ケアマネジャーの介入時期と方法によって大きく異なってくる。ケアマネジャーが医療機関での入院中より積極的な介入を行うことで、在宅移行が促進し、介護サービス利用者の安心にも繋がる。このような取組に対しての評価が求められる。

・要介護度の改善における初回加算の見直しと更なる評価

現行では、要介護度の状態が2区分以上変化した場合、初回加算が算定できることとなっている。一方で、状態が悪化しても改善しても同じ単位数である。これを踏まえ、改善した場合においてはより評価される仕組みが望まれる。

・特定事業所集中減算の見直し

訪問看護や訪問リハビリは、医療の一環として主治医の指示により開始されるため、本人の意向やケアマネジャーの働きかけにより事業所を選定するサービスとは導入時の流れに違いがある。そのため、主治医が連携しやすい同一法人のサービス事業所へ指示されるケースが散見される。一方で、本人や家族の意向としても、同一法人のサービス事業者に対する希望が多いという実態があり、制度と実態のミスマッチが生じている。これについて更なる検討が望まれる。

7. その他

・介護職員への処遇改善と負担軽減策への評価

介護医療院においては、その類型にかかわらず多くの介護職員が従事することとなる。25：1 医療療養病床からの介護医療院への転換も含め、きちっとした介護報酬上の処遇改善加算による評価が求められる。加えて、介護に伴う負担軽減を目的とした介護支援用ロボット等、福祉用具の充実と整備補助の仕組みが求められる。

・介護保険サービスの開始時期の検討と要介護度認定の簡素化

要介護度認定の取得のタイミングにより、効率的な介護保険サービスが受けられないケースがある。特に、病院退院後にリハビリテーションを継続利用する場合や訪問看護の利用の際など、大きな課題となっている。これを踏まえ、要介護度認定の取得に関して、1次判定時よりサービス算定が開始できるよう検討が求められる。なお、問題が生じる可能性が高いケースにおいては、2次判定を実施する体制が望まれる。また、認定の更新に際しては、前回認定時と変化がない場合等の一定条件を置き、1次判定のみで可能とするなどの簡素化が望まれる。

・施設間連携の目指した ICT システムの充実

医療施設と介護施設、医療施設と在宅、介護施設と在宅などでの連携は、今後ますます重要となってくる。看護職や介護職をはじめとした医療・介護従事者の慢性的な人員不足という視点から、ICT システムを活用した効率化が求められ、その整備に対する事業所への評価が求められる。