

## ＝3回目の診療報酬・介護報酬同時改定を概観して＝

2000年4月に介護保険制度が施行されて以降、3回目の診療報酬・介護報酬の同時改定の内容が決まりました。以前に比べて改定事項数が多く、担当者の皆さんの苦労は偲ばれますが、一方では、業界関係者でも全容を正確に理解するのも難しくなったことは間違いありません。

詳細な内容は、今後各地で行われるであろう改定説明会に譲るとして、今回の改定で気になる点をまとめてみます。

### <地域包括ケアシステム整備と居住系介護施設等との関係>

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するのが現在の政府目標です。

この地域包括ケアシステム整備という目標の下、数多くの報酬上の措置が講じられ、介護保険制度を施行した当時から見れば、地域・在宅のサービスは厚みを増し、常勤医師の配置が義務付けられていない介護老人福祉施設でも、地域の医療資源等との連携・協力体制が強くなっています。介護老人福祉施設の看護職の力量次第ではありますが、医療ニーズの高い高齢者も、医師のいない当該福祉施設で十分に生活できるようになっています。

その意味で、廃止される介護療養病床の受け皿となる介護療養院の人員配置等に関心を持っていましたが、右記のように、現行の「療養機能強化型(医師48:1)」と「転換老健(医師100:1)」に相当する2つの類型を設けるという従前制度との継続性を重視する結果について、残念に思うところです。

真に医療ニーズの高い介護高齢者は、医療療養病床に入院するのですから、新設される介護医療院や介護老人保健施設における医師の必置義務は、地域包括ケアシステムの整備が進む現在、そろそろ役割を終えたのではないかと考えられます。

実際に、介護老人保健施設では、1名の医師確保が難しく、基準を守るために、やむを得ず相当高齢の医師免許を持つ人を置く例が多くなっているのが現実です。当然、1名の医師では、専門も限られ、夜間など十分な診療ができるわけではありませんので、外部の医師の診療が基本となるのですが・・・

2025年までの早い段階で、ある程度、地域包括ケアシステムが整った地域にある介護施設は、医師・薬剤師等による医療サービスは、地域資源の活用～地域連携を原則とできれば、利用者へのサービス向上が実質図られるとともに、介護施設の費用・報酬を抑えることができると考えられます。

介護医療院の人員配置

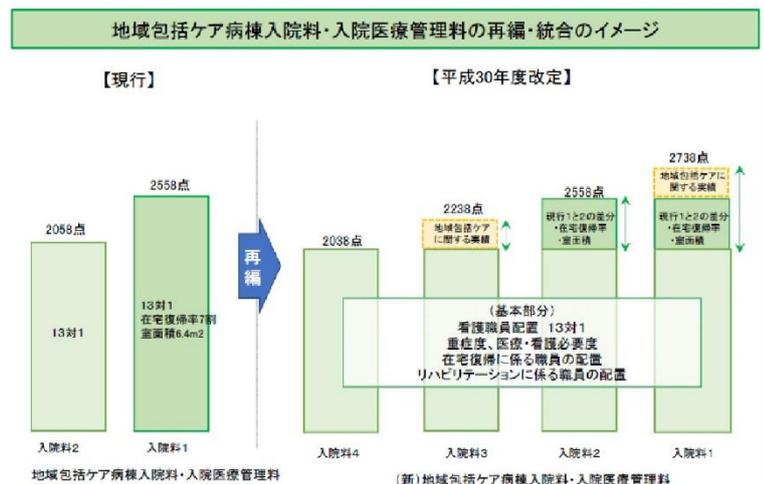
	指定基準		報酬上の基準	
	類型(I)	類型(II)	類型(I)	類型(II)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-
薬剤師	150:1	300:1	-	-
看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数		-	-
栄養士	定員100以上で1以上		-	-
介護支援専門員	100:1(1名以上)		-	-
放射線技師	適当数		-	-
他の従業者	適当数		-	-

### <入院・入所に関する基本収入の見直し 医療と介護で大きな差異が>

今回、入院料について、大きな見直しがありました。入院料は病院収入の約半分を占めていますが、この評価について、「基本的な評価部分(看護職配置数等を基準)」と「診療実績に応じた段階的な評価部分(医療・看護必要度や地域包括ケアの実績等)」との2つを組み合わせた体系に再編するというものです。

右図は、地域包括ケア病棟等に関する見直しですが、

- ① 現行2区分だったものを実績評価と組み合わせる4区分に(200床未満のみ)



② 最低の単価は 2058 点→2038 点へ引下げ・最高の単価は 2558 点→2738 点へ引き上げといった手法で、各病院がより良いサービスを行おうとする誘因～図で言えば右のほうの入院料を算定するようにと行動変容を促そうとしています。

単に人数を多く配置することで高単価を確保できたために過大に増加した7:1看護病棟の削減対策として、この 10 年間、様々な措置が試みられましたが、今回は、「失敗のカバー」という消極的な枠組みを超えて、新たに診療実績に基づく次世代の入院料を構築していくという積極的な意思表示と受け止められます。段階的に実績部分の要件が増え、形式的な人員配置等の要件が簡素化されていくのですが、どのように発展・成長していくか楽しみです。また、今回対象とならなかった、障害病棟・精神病棟でも、いずれ導入されるでしょうが、どのようなインパクトを与えるか、興味深いところです。

しかし、介護報酬では、入所施設に対して、こういう工夫はなく、例えば介護福祉施設サービス費では、要介護1～要介護5まで、一律に2%弱の引き上げになっています。

要介護度＝手間のかかり具合で、基本報酬は決まっているのですから、特に、手間のかかり具合が変わらないのに一律に引き上げる意味がわかりませんし、そもそも介護福祉施設は要介護 3 以上の人の利用が原則ですので、要介護1・2の単価は据え置くべきと思われます。

経営状況から、基本報酬の引上げが必要と判断したとしても、今回のように一律に配分するのは、余りにも工夫がなさすぎます。医療のように、当該財源を使って、より施設の安全性・信頼性が上がるように促すトライアルがあつてしかるべきでしょう。

例えば、安全性という意味では、転倒・転落による骨折率など、信頼性という意味では、看取りの件数などの実績を公表させて用いれば、施設側の取り組みの姿勢も変わるでしょうし、安全性・信頼性の高い施設では、同じ介護度でも手間のかけかたが違ふ＝報酬を上げる理由も説明可能になるでしょう。

介護保険施行後、20 年近く経つのに、こうした取り組みが始まらないのは残念なことです。加算による誘導ばかりでなく、医療のように、実績によって基本報酬に差異を設けることを始める時期と思うのは、私だけではないでしょう。

### <医療・介護を通じた 地域での共通言語(パス)が必要に>

医療施設と介護事業の間で、情報交換をはじめとする連携行為があると、医療施設では診療報酬で、介護事業では介護報酬で評価するという事項が、数多く並んでいます。最初は、ごく少数だったものが、同時改定の度に数が増え、今では、私も全容を理解できなくなりました。

しかし、これだけ評価される事項数が増えてくると、本当に、それぞれの行為が効果的に行われているのか、疑いたくなってきます。個々の行為を評価するだけで、総体としてのパフォーマンスが高まるとは限らないからです。

例えば、今回もリハビリテーションに関しては、医療・介護双方で役割分担と連携の見直しが行われましたが、要は、ある高齢者が疾病・事故に起因して入院し、それを契機にリハビリテーションが始まり、その後病院・施設・自宅等と対象者の居場所が変わることで、サービス提供者が変わっていく～その一連のサービスをどのように、計画的かつ無駄なく対応していくか、また、それを医療・介護の各制度で財政面で担保するかという問題と捉えれば、現在のような、医療・介護の各々の接点で、双方に報酬評価すればよいというわけではないと理解できます。

リハビリテーションに関わる職種は、専門医・PT・OT・ST と限られており、地域での横のつながりも強い傾向がありますので、地域での共通言語となるような「リハビリテーション地域連携パス(仮称)」を作成し、それを利用者の状況変化に応じて適時適切に見直す(ICT等を利用した打合せなどで)という、地域での一連の取り組みを構築できるのではないかと思います。

これを前提にすれば、今とは違う、医療・介護双方の評価方法ができるのではないかと考えていますが、こうした取り組みが進められている地域はきっとあるでしょうから、一度、現場を見てみたいものです。