

第138回月例セミナー 【ダイジェスト】

「診療・介護報酬同時改定の影響」

静岡県立大学 経営情報学部教授 小山 秀夫

●診療報酬改定

保険給付範囲見直しスケジュール

医療費適正化で一番大きなものは、2006年10月から現役並みの収入がある70歳以上の窓口負担2割から3割、療養病床に入院している70歳以上の食費・居住費の負担見直し、高額療養費の自己負担額引き上げ、所得の高い人工透析患者の自己負担額の引き上げである。2008年4月には70～74歳の窓口負担をさらに1割から2割へ上げ、療養病床に入院している65～69歳の食費・居住費も昨年10月の介護保険から連続で順番に引き上げる。少子高齢化でもあり、窓口負担2割の軽減措置を3歳未満から義務教育就学前まで拡大する。

新高齢者医療制度の創設

2008年度に75歳以上の全員を対象にした高齢者医療制度の創設の法案が国会に上がっており、高齢者医療にふさわしい診療報酬体系である。

療養病床のこれから①

今回の診療・介護報酬の中で、財源的に一番影響が大きいのは「療養病床の変換」である。2012年度までに療養病床を15万床に削減する。現在、療養病床38万床（医療療養25万床、介護療養13万床）があるが、7年かけて23万床を老人保健施設、有料老人ホーム、在宅にもっていくということで、これほど明確な数字と時期区分をした医療制度改革はこれまでではなかった。国際水準から見れば、急性期病院と慢性期病院を一緒にしたような病院であるにもかかわらず、期待していた機能を果たすことなく、医療行為を行ってない療養病床の整理をせざるを得ない。今後の病院経営問題はかなり深刻ではあるが、今回の厚生労働省の療養病床の政策転換は大変大きな英断であったと思う。1990年から2000年ごろ、競争が激しくなり、安く目的を達成しなければいけなくなりました。人が流動化し、人を囲うことによって守っていた組織知が喪失してきたのです。

療養病床で医師が直接医療を提供する頻度

療養病床については様々な議論があり、「療養病床で医師が直接医療を提供する頻度はどうか」という問いには、介護療養型も医療療養型も「ほとんど必要ない」という回答が5割を占める。これでは病院である必要がない。週1回程度の受診が33.9%で、8割までが週1回みればよいということになる。そうすると、週1回だけ患者を診ている医師の人件費をなぜ支払わなければいけないのか。医師には週1回来てもらい、あるいは老人保健施設でもいいのではないかとということである。療養病床については様々な議論があり、「療養病床で医師が直接医療を提供する頻度はどうか」という問いには、介護療養型も医療療養型も「ほとんど必要ない」という回答が5割を占める。これでは病院である必要がない。週1回程度の受診が33.9%で、8割までが週1回みればよいということになる。そうすると、週1回だけ患者を診ている医師の人件費をなぜ支払わなければいけないのか。医師には週1回来てもらい、あるいは老人保健施設でもいいのではないかとということである。

療養病床のこれから②

療養病床の対応をこれからどうしていくかであるが、実際には医療必要度が高く、診療の必要がある場合は、医療保険適用で医療療養が25万床、介護療養が13万床である。医療必要度が高いものはそのまま医療保険適用で15万床残し、最終的には長期治療病棟という形にしたいということである。

一方、医療必要度が低い場合には、入院患者の半分を毎日診なくていいのであれば、介護保険移行準備病棟や経過型介護療養型医療施設という名前で順次移行してもらい。最終的には移行準備で少し職員の構成を変え、医師の人数を減少して老人保健施設になってもらう組と、ケアハウスやケア付有料老人ホームや在宅療養支援拠点とする組にする。介護療養型医療施設は平成24年度3月末で廃止する。

療養病床のこれから③

療養病床(6.4㎡)を老人保健施設に転換するには8㎡にしなければならず、平成24年3月末まで6.4㎡の老人保健施設を認めても、平成24年4月以降は8㎡にする必要がある。6.4㎡以下のところについては医療保険財源による転換支援措置により長期入院病床を老健や居住系サービス施設に転換するための費用の助成をつくる。まだ助成の制度はないので、医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)のメニューから病床転換費用を支払う。あるいは介護保険病床は市町村の財源になるので、介護療養型医療施設等の機能転換促進については市町村が交付金を実施する。

今回の改定率

今回の改定率は、医療報酬改定率 3.16%、本体部分 1.36%、薬価部分 1.80%で、慢性期入院医療、入院時食事、コンタクトレンズ、検査など 5990 億円の財源を出している。小児診療報酬・産科・麻酔・救急・急性期医療で 0.44%、1475 億円を積み戻している。

診療報酬改定プロセス

改定率の 3.16%は即決議された。中医協の委員も変わり、権限も大幅に少なくなり、多くのパブリックコメントもいただいていたので診療報酬改定なので、改定ルールの明確化および民主化は行われたという思いがある。

医療報酬改定のポイント

医療報酬改定のポイントは、患者から見てわかりやすく、患者の生活の質を高める医療を実現する視点。質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点。今後重点的に対応していくべきだと思われる領域の評価の在り方を検討する視点。効率化余地があると思われる領域の評価の在り方を検討する視点である。

患者の生活の質を高める医療

一番の問題は、患者の生活の質を高める医療である。医療報酬体系の簡素化、内容のわかる領収書の発行、情報提供・わかりやすい看護基準表記、生活習慣病重症化予防評価、手術加算の見直しなどがある。

診療報酬体系の簡素化

診療報酬体系の簡素化については、老人診療報酬と診療報酬を、原則として一本化する。これは平成 20 年度高齢者医療制度見直しの布石であろうと考えている。

看護職員等の表記（もっとわかりやすく）

看護職員配置 2:1 が見直されて看護職員実質配置 10:1 になる。日勤・準夜・深夜帯の看護職員の受け持ち数を病棟に明示することが入院基本料算定の要件となった。

看護職員実質配置計算法

看護職員実質配置計算法は資料⑦のとおりである。

診療情報提供料の整理

現行では、診療情報提供料は 220 点から、特定機能病院等から診療所への最高 520 点である。いろいろな情報提供をわかりやすく一括 250 点の情報提供にする予定である。

生活習慣病指導管理料の見直し

生活習慣病管理料をもらっている方はたくさんいると思うが、高血圧、高脂血症、糖尿病の方が薬だけもらっても生活習慣病指導管理料が算定されたりするので、目標や改善項目できちんとやっていただく必要がある。公衆衛生的にすべて医療費対応できるとは思わないが、今回の目標改善項目の見直しとプライマリーケアでの生活習慣病の管理は大事なことで、このような形で整理されたことはいいことだと思う。

ニコチン依存症管理

ニコチン依存症管理について、依存症に対しては自己負担なのでやらないが、この点数配置についてはよかったと思う。

がん診療連携拠点病院の評価

がん診療連携拠点病院についても診療機能等の体制の評価が入院初日に限り加算される。

臨床研修病院入院診療加算

臨床研修病院入院診療加算は 2 年目を迎えた。入院初日のみ 30 点が 40 点になり、協力型臨床研修病院にも点数がつくことになり、25 万 6,800 円増収になった。診療報酬から臨床研修に支払っているのだから、臨床研修を受けた先生方にも「自分たちの研修費は医療保険の貴重な財源から出ている」とご理解いただけるので大変いいことだと思う。

医療機能の分化・連携の推進

在宅医療評価、初診・再診料の見直しなどいろいろあるが、影響率はそれほど大きくな

い。

在宅療養支援診療所の新設

在宅医療における中心的役割、病院・診療所・薬局・訪問看護ステーションと患者の窓口、24時間往診・訪問看護の提供、在宅医療について高い診療報酬評価となった。

在宅療養支援診療所のイメージ

在宅療養支援診療所のイメージは図のとおりである。私は在宅療養について3つのことを述べてきた。「もしもし、はいはい、こちらはドクター」。ドクターと24時間電話がつながることはすごく安心できる。「呼べばすぐ来る看護と介護」「いつでもどうぞの入院・入所サービス」。そして在宅療養が必要である。

在宅療養支援診療所の要件

在宅療養支援診療所の要件は、24時間連絡を受ける医師・看護職員の配置。他の医療機関との連携し、24時間往診対応体制。訪問看護ステーションとの連携。緊急入院時の受け入れ体制。介護支援相談員の通報。在宅看取り数の報告などがある。在宅看取り数は毎年報告してもらい、24時間体制で往診しているが、全員病院で亡くなっているところについては「在宅療養診療所という看板を下ろしていただけますか」という話になる。

DPC 支払対象病院拡大

DPCの点数も下げられたが、通知をたくさん読むと、急性期病院のDPCについては手厚く感じられた。DPCの準備病院や対象病院など、診療1件当たりの原価計算などが出るので、新しいマネージドケアとしてはよい方法だと思う。ただ、DPCにも参加しない病院は非常に今後苦しくなるという気がする。

DPC 支払対象病院となるための基準

看護基準が2:1（現在の10:1）を満たしていないところも平成20年までには満たす計画で、診療録管理体制加算算定をきちんとする、退院患者調査に参加するなどの必要条件がある。望ましいとされる項目には、特定集中治療管理料、救命救急入院料、病理診断料、麻酔管理料、画像診断管理加算を算定という形があり、診療報酬だけでなく望ましい機能を明示している。現在、医療法の準備改正をしているが、診療報酬が変わるたびに機能が変

わるのは大変なので、医療法でどのような病院が急性期であるのかを規定していただきたい。

DPC について

また、調整係数の変換や副傷病の検証、短期入院症例について 25 パーセント値までの 15%加算が 5 パーセント値に変わったこと、包括評価範囲に手術前・後医学管理料が入ったことなどがある。

初診・再診料の見直し

今回の診療報酬改定で、超急性期病院は平均的に±0 である。病院・診療所の初診・再診料の一本化について議論したが、初診料だけを一本化することになった。

リハビリテーションに関して

今回の診療報酬改定で 2 番目に大きな影響は「リハビリテーション」である。まず、総合リハビリテーション、言語聴覚療法 (ST I) が廃止され、疾患別によるリハビリテーション体系が新設される。

高齢者リハビリテーションの流れ

高齢者リハビリテーションは、疾病予防、介護予防、急性期、回復期、維持期といろいろな通り方をして総合的に行うことが厚生労働省老健局老人保健課の考え方であった。これが厚生労働省の考え方を代弁するとは思えないが、高齢者リハビリテーションについては整理ができた。

疾患別の算定日数制限と点数

発症、手術または急性増悪から起算して脳血管疾患 180 日、運動器疾患 150 日、呼吸器疾患 90 日、心大血管疾患 150 日しか算定できない。リハビリテーション料 (II) は 800 円にしかならない。リハビリテーション料については、運動器疾患 180 点、呼吸器疾患 180 点に引き下げられる。除外規定がたくさんあるが、効果がないリハビリテーションならやめてほしい」、医療保険では「早く仕上げてください」ということである。

患者 1 人当たり算定単位数の上限

患者 1 人 1 日当たりの合計 6 単位を、厚生労働大臣の定める患者は合計 9 単位でよい。理学療法、作業療法、言語療法を 1 時間ずつ 3 時間リハビリテーションをやってもよい。ただし、早期リハビリテーション加算や集団リハビリテーションは廃止され、集団ではなくマンツーマンで早くやるということである。

ADL 加算について

ADL 加算については、疾病別リハビリテーション (I) を算定する入院患者に算定。訓練室以外の病棟等 (屋外を含む) において、実用歩行訓練、日常生活動作訓練が行われた場合に算定。訓練により向上させた能力は看護師等によって日常生活動作に活かされるよう働きかけが必要。平行棒内歩行、基本動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練などは加算の対象外。ADL 加算を算定するには、リハビリテーション開始月、その後 1 カ月毎に 1 回以上リハビリテーション実施計画書の作成が義務付けられる。

ADL 訓練は訓練室ではなくすべての生活場面の中でリハビリテーションをするということである。

Rehabilitate (リハビリテート) は失った機能を回復するというよりも、失った名誉を回復するという意味である。そのような意味でも ADL 加算はすごく大きいと思う。

回復リハビリテーション病棟

骨折で 3 カ月入って 180 日ならば放っておいても歩けるようになるので回復リハビリテーションに入れない。また、高次脳機能障害を伴ったり外傷がある場合は 180 日までに仕上げるということである。日数制限を加えなければ、次の患者が来ない限りは出さない。これを「ところてん病床管理」といい、点数が高いので次が来るまで出さないほうが得であるが、そのようなことをされると困るので実態調査をしてこのようにしたのであろう。

回復期リハ病棟の要件

リハビリテーションの常時配置が現行の 3:1 以上で、夜勤も増やし、看護職もやるという形で、病院、診療所とも取得可能になった。在宅療養支援診療所と回復リハビリテーションを重ねた 19 床の診療所はこれからの新しい流れだと思う。だから、病院を閉じて、早く 19 床の診療所にして回復リハビリテーションを組み、在宅医療をやればよい。長くお年

寄りを預かってお金になるという時代は過ぎたのである。

リハビリテーションに関する変更点

月 11 単位以降の通減制の廃止、集団療法の廃止、1 療法士当たりの実施単位数緩和、現行 1 日 18 単位を 24 単位にするなどがある。

在宅訪問リハビリテーション指導管理料

週 3 日間だけ OT、PT が 20 分以上いた場合、1 日に 5,300 円を払うという点数だった。今回この点数を在宅訪問リハビリテーション指導管理料 1 単位 3,000 円にした。OT、PT、ST が 20 分以上、診療によりリハビリテーションを行なった場合、週 6 単位まで算定可能。また、退院後 3 カ月以内、180 日入院し、無理やり退院してから 3 カ月以内は週 12 単位まで算定可能である。

訪問リハについて

訪問リハビリテーションに算定日数制限はない。「疾患別リハビリテーション」「難病リハビリテーション」「障害児リハビリテーション」の専従スタッフが訪問リハビリテーションを行うことは可能。「回復リハビリテーション病棟」専従スタッフが訪問リハビリテーションを行うことはできない、老人保健施設の通所リハビリテーションを受ける月は算定不可である。このリハビリテーションは、診療報酬と介護報酬がきれいに切り分けられて連続している。

摂食機能療法について

昨年 10 月に食事は自己負担となった。摂食機能療法は、OT、医師、看護師、ST、歯科衛生士と一緒に、月 4 回までいろいろな訓練をすると 1 人 1 日当たり 185 点で 1,850 円となる。大した金額ではないが、この 185 点も治療開始から 3 カ月以内は毎日算定可能である。摂食機能療法を毎日 3 カ月受ける人がいて 3 カ月後に終了し、また次の人が受けて、1 年間 4 人うまく入って毎日やると 1 人当たり 67 万 5,250 円になる。10 人患者がいると摂食機能療法は 675 万 2,500 円になるので、歯科衛生士を 1 人雇っても十分である。やはりこれは新しいサービスだと思う。

障害児・者リハビリテーション（新設）

障害児・者のリハビリテーションはうまく進んでいない。NICU（新生児集中治療施設）から出て、いろいろな障害や脳性まひなどの発達障害のお子さんに対して 180 日と区切ってしまった関係で、障害児リハビリテーション料をつけた。障害児・者のリハビリテーションが日本のリハビリテーションの更生医療の原型だったので安心とした。高齢者も障害者として考えれば、基本点数だけはリハビリテーションを確保ということになる。

障害児・者リハビリテーションの対象疾患

障害児・者リハビリテーションの対象疾患はいろいろあり、脳卒中も該当する。

地域医療連携パスの評価（新設）

大腿骨頸部骨折をした人は、病院に入院してから回復リハビリテーション病棟にいて、そこから在宅診療所へ行く、あるいは老人保健施設へ移るなどいろいろなパスができる。つまり入ったときに、出る先を考えて、周りの医療機関ときちんとパスをつくって、その絵を描いてもらえば 1 万 5,000 円ということになる。急性期病院と急性期以外の病院、あるいは施設と在宅がこれを機に話し合えるという形です。医療機関がばらばらでは損をするのは消費者である患者なので、きちんとやっていかなければならない。

在宅療養・地域連携のための退院時指導料の再編

24 時間の地域連携である。現行在宅患者入院共同指導科 I は 310 点だが、改正後は在宅医療支援診療所でやれば 1000 点となる。

老人性認知症疾患治療病棟

老人性認知症疾患治療病棟について、職員数を増やして早めの対応をきちんとやるという形態にする。認知症は早く対応すると、治療病棟で進行を少し遅らせる薬もあるので、いろいろなものを組み合わせてダイナミズムもできる。認知症については社会で問題となっているが、家族は自分の親の認知症をみてはじめて現実をみる。もう少し認知症について働きかけをしていくことが重要である。

精神科ショート・ケア（新設）

精神科のショートステイのケアが付き、重度の認知症のデイケアの点数配分が変わったという形で、精神科も変わってきてくる。少しでも余裕のあるところは資源を出していただき、日本の急性期医療、地域医療、24 時間の在宅医療などをつくっていくということだと思ふ。

地域連携小児夜間・休日診療料の見直し

複数医師がいた場合には点数算定を見直すので、小児科と産婦人科の医師はなり手が全然いない。特に産婦人科医の問題は非常に大変で、いつ子供が生まれるか分からない、何があるか分からないというので守備範囲も非常に広がる。

小児救急の地域連携

小児科医院や病院の小児科・内科の先生に対して、夜間休日の中核病院を中心に体制をとるということだが、ニーズは非常に少ないので難しい。

小児医療に関して

また、新生児医療を整備することは子供を産んでいく世代に対して 1 つの安心を与えることにもなるので、今回の嬉しかった改正のひとつである。

病棟区分の点数・基準一覧

実は一般病床であっても平均在院日数が 60 日で区切られたので、今回の改正は平均在院日数 60 日以上的一般病院はもはや一般病院として生き残れないということである。夜勤は原則、看護職員 2 名で 1 人当たりの月夜勤時間 72 時間以内で、夜勤加算をなくした。夜勤加算で人数を増やしていた病院にとって財政上の問題が出てくる。自治体病院は厚生労働省から診療報酬を温情でつけてもらって「急性期をがんばれと」言っても、地方公務員なので定員があるので、このままではでは看護師の手が足りないということになる。日本の地域急性期医療を担ってきた 1000 の都道府県、市町村立の病院の半分が倒れてしまうのである。

急性期入院医療

この表から、夜勤看護加算がなくなるので、決して引き上げられたわけではないことが分かるはずである。

療養病棟の見直しと有床診療所療養病床の見直し

特殊疾患療養病床は平成 18 年 6 月 30 日で廃止され患者分類に基づいた療養病棟入院基本料へ転換される特殊疾患療養病棟 1 (1980 点) の患者が“医療区分 2” (1344 点) におとされると、1 日当たり 5360 円下がる。つまり、3 割近く診療報酬が下がることになる。これが今回一番大きいことである。

ADL 区分について

ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレ使用の全部足して 23 点以上なら ADL 区分 3 とする。

特殊疾患療養病床等の見直し

特殊疾患療養病床の点数はあまり下がっていないが、この 3 つは平成 18 年 6 月 30 日で廃止である。また、一般、精神病床だけは 20 年 3 月 31 日まで緩和したという、この意味は分からないが、何か都合があったのだと思う。

療養病床 その他

また、出来高算定が 3 日間限りできる、180 日以上超えると特定療養になる、平成 18 年 7 月 1 日から移行するなどである。

介護保険施設との比較

医療区分 1 で ADL 区分 1 に現在入っていても、それが医療区分 1 になると下げられる。したがって、医療区分 1 の医療保険の点数は介護保険の要介護 1 よりも低くなっているわけである。

入院時の食事に係る費用の見直し

入院時食事料は3食別々にする、1日12点の栄養管理実施加算などである。介護保険が栄養ケアマネジメント料や管理栄養士がいる場合に12点つけたので、それとの見合いで動いたのだと思う。

介護老人保健施設入所者 他科受診

介護老人保健施設の入所者に対しての他科受診であるが、眼科の精密眼底検査、耳鼻咽喉科、皮膚科、婦人科の一部については、入所者であっても医療機関のほうで算定できるようになった。

●診療報酬改定

今回の改定率

介護保険改定は今回-0.5%で、在宅分が1.0%引き下げられた。施設分は±0であるが、昨年10月に4%引き下げられたので、結果的に10月と4月の改定合わせて2.4%引き下げられたことになる。今回この4月分だけを見れば在宅分は1%下がったが、在宅の軽度については平均5%下げて、在宅の中重度の方については4%引き上げたと公表されている。

基本的な視点

基本的な視点としては、高齢者の「尊厳の保持」と「自立支援」のために、中重度者への支援強化、介護予防リハの推進、地域包括ケア認知症ケアの確立、サービスの質の向上、医療と介護の機能分担と連携の明確化の5本柱である。

改正後の介護サービスの種類

今回、今まで都道府県が許認可して監督していたものを、市町村が許認可権をもって監督させる新しい事業「地域密着型サービス」をつくった。さらに今までは介護給付と要介護要支援に対する介護予防給付だったものを、要介護1まで広げ、「介護予防給付」という名前にしたのである。これまでは主に都道府県許認可の居宅サービス、施設サービス、居宅介護支援サービスだけであったが、市町村で行う部分と、介護予防の部分、介護給付と予防給付を明確に分離したのである。今まで1つだった介護予防給付が4つのマトリックスになった。

介護予防サービス

介護予防サービスは、「日常生活上の基本動作がほぼ自立して、状態が維持・改善の可能性の高い」軽度者への自立支援、「目的志向型」のサービス提供だということである。1カ月間の支給限度額は要支援1は4970単位、要支援2は10400単位にしたが、これを現行要支援にすると6万円ほどになり、要支援については80%相当までの単位数、要支援2は現行の要介護1であり、上限の60%相当を支給限度額にしたことになると思う。

介護給付：地域密着型サービス（新設）について

市町村長が行うものは、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるための身近な市町村でのサービス提供であり、その市町村の住民のみが利用できる。地域単位で適切なサービス基盤ということですので、必要整備量も市町村で定めることができ、地域の実情に応じた指定基準・介護報酬の決定もできる。公平、公正、透明な仕組みをつくることになっている。

夜間対応型訪問介護費

夜間対応型訪問介護費の点数も大幅に上がった。在宅療養している300人を対象として3〜4個のヘルパーステーションと連携し、その1つに電話オペレーションセンターをつくって巡回介護するということである。基本夜間対応（定期月1回）は10,000円、巡回サービスは1回当たり3,470円、随時訪問（I）は5,800円、随時訪問（II）は介護訪問サービスが1人では困難なので2人で行ったという場合で7,800円になる。

認知症対応型通所介護費

認知症対応型通所介護費はこれまでよりも単独、併設、共用型で点数が増加している。単独型の認知症対応型通所介護費用は認知症対応型のデイサービスで、その要介護5は今回初めてで単独型最高1万130円になったのである。

療養病床に1日入院している患者に8000円以下の報酬しか支払わないのに対して、認知症対応型通所介護費は点数が大きい。

認知症対応型通所介護費（加算）

入浴介助加算、個別機能訓練加算、栄養マネジメント加算、口腔機能向上加算がある。

栄養マネジメント加算や口腔機能向上加算は、管理栄養士を1名配置して月に2回まで原則3カ月加算可能である。通所のたびに1,000円ずつ全員加算されるので、認知症対応型通所施設は管理栄養士を雇ったほうが得である。

小規模多機能型居宅介護のイメージ

通所も介護も大丈夫でいろいろな点数があり、泊まりでも通所でもどちらでもよいということである。資料⑳のとおりである。

地域密着型特定施設入居者生活介護

これは有料老人ホームの地域版、市町村版である。点数は低いですがついた。

居宅介護支援（ケアマネ） 基本単位

ケアマネージャーの居宅介護支援費が月に850単位だったが、取り扱い件数や要介護度で単位数区分を設定した。改正後はケアマネ1人当たりの標準担当件数は35件ということである。最終的に担当件数は図のようになっている。

居宅介護支援（ケアマネ） 加算・減算（新設）

初期加算、特定事業所加算、特定事業所集中減算などがあり、サービス担当者会議を実施していない場合等は70%しか払わないなどのペナルティもつけた。主任介護専門員、常勤のケアマネが30人以上いて、利用者のうち中重度の割合が60%以上で、24時間呼び出し体制があり、地域包括支援センターとの連携があり、定期的な研修を行い、ケアマネ1人当たりの担当数が35件以下だと、この他に月に1人当たり5,000円ずつあげますということである。

ケアマネジメントの質の評価

35件未満で要介護3、4、5の人は居宅介護支援が1日1人当たり1300単位で、特定事業所加算500単位がつくので1800単位である。逆に60件以上で要介護3、4、5の場合、1日600円減額される。

居宅介護支援 特定事業所集中減算

自分の居宅介護事業所と同じ法人がしているところで、全部その法人がしている部分について計算し、自分たちの会社のケアマネが自分たちのサービスだけしか利用していなければ減算しますということである。

訪問介護（基本部分）

訪問介護について身体介護の単位数に上限が設定され、基本的に長時間は認められなくなり、生活介護も点数こそ下がっていないが、上限設定されたことが大きい。

訪問介護 加算・減算（新設）

ヘルパーはとても離職率が高い。その対策として事業所体制、人員体制、重度対応要件という 3 要件をつくり、体制要件をクリアすることである。事業所のヘルパーに計画的な研修を実施し、サービス提供責任者がヘルパーに書類等で利用者情報を伝達し、事後に報告を受ける体制があり、ヘルパーの健康診断を定期的実施する体制ができる場合に体制加算で 1 個だけ丸がつく。その他、人材要件加算と重度対応加算のどちらかが満たされていると、プラス 10%の加算単位数をもらえる。事業所のヘルパーの 30%以上が介護福祉士、サービス提供責任者のすべてが 5 年以上の経験のある介護福祉士であれば丸になる。体制加算と両方が丸になるとプラス 10%がとれる。さらに重度対応要件で、サービス利用者の 20%以上が要介護 4、5 だとさらに丸がつく。3 つ丸がつくと 20%加算がとれて、体制加算がとれた上で人材要件加算か重度対応要件加算のどちらかがとれると、10%加算が取れるということである。誰が考えたのかわからないが、本当に素晴らしい考えだと思う。

訪問看護（基本部分）

訪問看護は 20 分未満に点数がついただけで何も変わらない。ただし 20 分未満、30 分未満がついたことと、訪問看護から OT、PT が行った場合の点数についても 830 点で変わらず、短時間評価ができただけである。

訪問看護に関する留意点

20 分未満の訪問算定については、日中の観察、指導が前提で、1 月を通じて 20 分未満の訪問のみが設定されることは適切でない。OT、PT は「訪問リハビリテーションステーション

ンをつくってほしい」と強く言っているが、「訪問看護の中でしか認めない。訪問リハビリテーションの点数を大幅に変えて、訪問リハビリテーションとして医療機関からやってください」ということである。

訪問リハビリテーション

まず基本部分が 500 点に引き下げられ、ST も可能になったことである。改正前の日常生活訓練加算 50 単位廃止し、リハビリテーションマネジメント加算を 1 日当たり 20 単位加算した。短期集中的なリハビリテーション実施では、訪問看護ステーションから (30 分以上) 実施するよりも、1 カ月以内ならば訪問リハビリテーションを実施したほうが点数的には高い。訪問リハビリテーションが評価された改正である。

通所介護 (基本部分)

要介護 5 でみると、単独小規模のものには 967 単位で、1 万円には届きませんがかなりの点数がついている。徹底して小規模のものを優遇し、大規模のものは点数下げているが、無理に人数制限をするのが得かどうかは原価計算する必要がある。900 人以上いる通所介護の利益率は規模の経済がはたらくので間違いなく 23%ある。

通所リハ (基本部分)

今までの通所リハビリテーションは要介護 3、4、5 が 694 点だったが、今回 3 つに分かれて 735 点、845 点、955 点になった。中重度者への重点配分、小規模施設への重点配分、特定施設のようにきちんとした職員のマネジメントをしているところへの重度配分がされている。一方、職員のマネジメントができていない、軽度ばかりしている上に人数をたくさん集めて薄利多売でしているところは 15%ぐらい減額の悲劇的な点数になっているということである。

通所サービス (共通) 加算・減算

大規模の他に、栄養マネジメント、口腔ケア、入浴介助加算の一本化。通所サービスの共通で若年性認知症ケア加算が 60 単位ある。

若年性認知症ケア加算

一般の利用者と区別して別単位で行うことではないが、サービス内容やサービス提供を

する。サービス内容は、若年者のニーズを踏まえた内容で、授産作業的なアクティビティ、スポーツ、創作的活動などで家族に対しての支援という形である。自分が若年性認知症、アルツハイマーであると判断されたときに、残された時間の認知症ケアであり介護保険から給付が出る。

通所サービス 加算・減算

リハマネジメント加算、短期集中リハ加算などがある。リハマネジメント加算は通所リハビリテーションの他に1日当たりきちんと計画が立っていれば20単位プラスされる。短期集中で期間が短い場合には、短期集中でのリハ加算がとれるようにしてある。(今回は「3カ月以内」という期限がついている。)

療養通所介護費 (新設)

指定療養通所介護事業所の許可を受けており、管理者は常勤の専従看護師で、利用者、看護・介護職員が1.5:1で、看護師がサービス提供時間を通して1以上専従、定員5人以上で1人8m²以上の専用部屋があり、難病等を有する重度介護者とがん末期患者のものが「療養通所介護費」という名前になった。

これは実は通所看護で、自宅に訪問看護に来るだけでなく通所して看護師に看っていてほしいということである。6~8時間で1500単位である。

短期入所サービス 加算

短期入所サービスについての加算は、短期間のものやネットワークのものがある。

緊急短期入所ネットワーク加算

緊急受け入れ態勢を整備している事業所に緊急の利用者が利用した場合、短期入所の場合には原則7日間加算が付くようになった、きめ細やかな利用者の生活リズムや、利用者の呼吸に合ったサービスしてもらいたいと思う。

介護3施設比較表1

従来型個室については、3施設は±0である。個室のユニットについては老健と療養病床で95単位がついた。特養では要介護度の高いほうが個室ユニットの点数が高くなる。

在宅支援復帰加算と経口維持加算はこのままである。身体拘束防止の未実施減算は 5 単位である。特養は、重度化対応加算、準ユニットケア加算、看取り介護加算、在宅入所相互加算が 30 単位。認知症短期集中リハ加算は 60 単位で、老健施設に入りたての最初の何カ月だけ認知症のリハビリをやってくださいということである。

介護 3 施設比較表 2

多床室で 20 点引かれている。

介護 3 施設 比較表（要介護 5 の場合）

要介護 5 の場合、老健施設の多床室は 990 単位である。老健に要介護 5 の人が入所しているよりも、長期の通所介護（6 時間以上）を介護しているほうが点数は高い。この考え方は骨太の介護報酬改定だったのではないかと思う。

介護 3 施設（共通） 加算・減算

原則として身体拘束は禁止であるが、やむを得ず行う場合は心身の状況を記載すれば 5 単位減らすということである。在宅復帰支援強化加算は 1 日わずか 10 単位である。家族と連携を行なって前 6 カ月の退所者のうち、特養で 20% が在宅復帰、老健は 50% 以上、介護療養型は 30% 以上が在宅復帰し、退所後 1 カ月以内に訪問または情報提供を行って、退所加算した場合には 1 日に 10 点である。

介護老人福祉施設（特養）の加算

介護老人福祉施設（特養）の加算は、重度化対応加算、在宅・入所相互利用加算、準ユニットケア加算、看取り介護加算である。看取り介護加算は死亡日以前 30 日を上限に死亡月に算定し、1 日に 160 単位 30 日間加算する。特養で看取ってくださいということである。

介護老人福祉施設（老健）の加算

老人保健施設の場合は、リハマネジメント加算、認知症短期集中リハ実施加算、試行的退所サービス費である。1 月につき 6 日間を限度にして 1 日 800 単位ずつ加算するので、そこで試行的に出てもらってくださいということである。維持期のリハについては医療保険では原則 180 日までで、退所してきてから 3 カ月ぐらいは介護保険で面倒をみて、さらに維持期についても今度は介護保険でみるという形のをこの老健施設ですということ

である。

療養型介護療養施設（介護保険病床）の変更点

療養型については、リハビリテーション体制強化加算と短期集中リハの実施加算を入れると 3 カ月までは点数が高くなる。つまり、中重度者に対する短期間のリハビリテーションについては以前より高くなるということである。

居住系サービスの比較表

要介護度 5 では、介護療養型医療施設の多床室は 1332 単位で、最低は特定施設入居者介護の 818 単位である。介護療養病床を減らして有料老人ホームに移れといっても、点数にかなり差があるので大変だと思う。加減算の関係は 60 単位や 30 単位などがあるので、これによって経営が左右されるのではないかと考えている。

リハビリテーションマネジメント加算

リハビリテーションマネジメント加算という形で、利用者全員が対象である。利用開始時に、医師、PT、OT、ST、介護職員等がアセスメントし、リハカンファレンスも 2〜3 カ月ごとにきちんと計画するようにするための加算である。リハ実施計画書の原案、リハ実施計画書を作成し、患者さん家族に説明と同意をして、リハを実施してほしいということである。リハ実施計画書の原案や記録のフォーマットについても、医療保険と介護保険、在宅と施設、今回は全部合わせた。

フォーマットを統一して実施計画書や記録の用紙 1 枚により利用者やその家族が内容理解し、施設の連携ができるようになればいいと思う。

●まとめ

今回の診療・介護報酬。介護報酬の同時改定にご不満をいらっしゃる方は多くおられる。経営体にしてみれば、診療報酬や介護報酬の引き下げは死活問題だが、医療報酬に関しては、山積している医療問題に丁寧に応えてくれたのではないかと私は高く評価している。ただ、療養病床の上がり方やリハビリテーションの体制については大きな変化だと思っており、今後 7 月 1 日に向けて注目していきたい。介護報酬は非常によく考えられた改定ではないかと思っているが、適正利潤率のような議論をきちんとする必要がある。今後、介護保険制度で行うサービスの質の評価と介護報酬がますます連動することを期待

したい。医療保険と介護保険の基本的な考え方をもう少し整理して、よりよいサービス提供に向けて診療報酬改定や介護報酬改定を注視していきたいと思っている。