

療法人財団 天養会の連携・広
報担当部長の菅野俊也さんは
語る。

「現在、当施設では約10人の
胃ろうの方が入所されていま
す。これらの方は当然ですが
誤嚥性肺炎のリスクがあり、
口腔ケアの必要性の高いケー
スが多々あります。今回の改
定により、多職種でのミール
ラウンドが算定要件となりま
したが歯科衛生士の意見も参
考にして、さらに口腔ケアを
積極的にやっていくのでは
ないかと期待しています」と同
法人連携室長、有岡弘子さん
も今回の改定を評価している。
「高齢者医療・ケア」のパイオ
ニアである同法人は同施設の
ほか、新天本病院やあいクリ
ニック中沢、あい訪問看護ス
テーション、多摩市中部地域
包括支援センターなど、全16
事業所を擁しており、きめ細
かく高齢在宅療養者をサポ
ートしている。今回の改定を受
け、経口維持加算の取り組み



菅野俊也さん(左)と有岡弘子さん。経口維持加算の改定につい
て、地域へ経口摂取の取り組みを広げるチャンスととらえている

介護報酬改定のポイント 地域包括ケアの確立を見据え、医療と介護の一本化をめざす

株式会社ウエルビー 代表取締役 青木 正人

社会保障費の増加による介護報酬切り下げ

今回の介護報酬改定は全体ではマイナス2・27%の改定率ですが、介護職員の処遇改善など(プラス1・65%)や中重度・認知症ケア、リハビリ、口腔・栄養管理に係る取り組み推進などのサービス充実(プラス0・56%)を除くと、実質マイナス4・48%というかなり厳しい改定がされています。

今改定では、4つの柱があります。まず1つ目が介護報酬の切り下げ、2つ目が中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化、3つ目がサービス提供の効率化、4つ目が包括報酬サービスへの集約になります。

日本の財政赤字はGDP比で250%と、世界一の高さです。この理由は社会保障費が高額であることが挙げられます。2014年度の一般会計で社会保障費は94兆円となっていますが、税収は50兆円程度。これでは借金が膨らんでいくだけです。増税は簡単にできるものではありません。そこで国ができる一手として、今回の介護報酬改定の柱の一つである、介護報酬の切り下げが出たのです。

自分らしい生活を続けるための加算

次に、訪問系、通所系、単期入所系、介護保険施設それぞれのサービスで、中重度者の要介護者の受け入れが評価されることになりました。

施設系では、2015年度より介護老人福祉施設の入所者が原則として要介護3以上となることを踏まえ、入所者にかかる算定要件の見直しと共に、ユニット型施設の入所者は、単位数を従来型施設の入所者より引き上げられることになっています。中重度者(要介護3以上)への重点化ということは、要介護2以下を介護保険給付から外していく流れにもっていきたいという、国の方針も見え隠れします。

また、今改定では、多くのサービスで認知症関連の加算を新設したり、手厚くしています。たとえば通所介護では60単位/日の認知症加算が新設、居宅介護支援では基本報酬への包括化で評価されることになっています。特定施設入居者生活介護(地域密着型介護予防を含む)でも、認知症専門ケア加算が新設されました。

さらに、「死亡日以前4日以上30日以下」の看取り期のケアに重点が置かれており、「その人らしさを尊重した手厚い看取りケアの実現」を目的に、従来の「看取り介護加算」の算定額が大幅に増加しています。つまり、亡くなるまでのプロセスの強化が図られているのです。

重度化防止のためのリハビリ強化

また、リハビリテーションの強化推進として、期限付きでADL、IADL、社会参加などの生活行為の向上の成果を評価する「生活行為向上リハビリテーション加算」(通所リハ/訪問リハとの組み合わせも可)や、通所リハ→通所介護、訪問リハ→通所リハ/通所介護など「社会参加が維持できるサービス」への移行時に算定できる「社会参加支援加算」(訪問リハ/通所リハ)などが設けられています。同様の趣旨で認知症短期集中リハビリテーション実施加算(通所リハ)も見直されています。

ここには、今回の介護報酬改定でICF(国際生活機能分類)の考え方を強

調している点が反映されています。ICFでは心身機能や身体構造を重視するのではなく、その人の生活の質を考えることを大切にしています。提供者都合としてリハビリを行う場合、筋肉量を増やしたり、関節の可動域を広くすることが目標となっていました。ICFの考え方にもとづき、患者や利用者中心に参加活動を勧めるように促しているのです。この参加活動においては、「患者や利用者が何を求めているのか」を調査し、目的性の高い目標設定および計画策定、その実行とモニタリング、修正といった、いわゆるPDCAサイクルにS(survey:調査)を足したSPDCAを行うことも欠かせません。

こうしたSPDCAのリハビリマネジメント体制の強化に向けて、医師やPT、OTなど多職種で連携して行うことが望まれます。

人員不足のためサービスの効率化を図る

3つ目のサービス提供の効率化に関していいますと、厚生労働省は2025年には30万人の介護職が不足すると認めており、少ない人数でサービスを提供する必要が出てきます。そのうえ、給付費を切り下げてもサービスの質は落ちないように提供者側には求められます。そこで、人員基準を緩和し兼務を認めるなどして、サービスの効率化を図る必要があります。

これにより、今改定の目玉でもある介護職員処遇改善加算が出てきました。これは介護職員の賃金を平均1人当たり月1万2000円上げるといわれているので、介護職員の処遇改善が後退しないように、現行の加算の枠組みを維持しながら、さらなる資質向上、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進める事業所を対象として、上乘せ評価を実施するための区分が創設されました。

介護と医療をつなげる地域包括ケア

また、今回の介護給付費分科会で何度も出てきたキーワードとして「ファンクション」すなわち、機能という言葉があります。これは、サービス名やサービス種別が大切なだけではなく、患者や利用者をもたせに、その人がやりたいことやその人の生活の質を高めるための機能をもっているのかどうか、ということで報酬体系を変えていくということにつながります。4つ目の柱である包括報酬サービスはこれにあたります。

これは医療とのかかわりの重視ということでもあり、たとえばリハビリに関して言えば、2014年度の診療報酬改定では医療保険のリハビリから通所リハや訪問リハに移ると、500点加算されるようになっていました。それを受けて、今回の介護報酬改定では、前述したように通所リハ事業所がSPDCAを行い、リハビリマネジメント体制を強化しつつ、自宅に帰れるようにする、もしくは訪問リハから通所リハや通所介護へと移行させることで「社会参加支援加算」というインセンティブが与えられるようになっています。14年の診療報酬改定から報酬の面で医療と介護が一本の流れになるようになってきているというわけです。

今回の報酬改定からは、医療機関側も介護のほうを向く必要があると示されたともいえます。ここで医療と介護が分断されると地域包括ケアができなくなります。それに気が付く医師や医療職が多くなれば、地域包括ケアも大きく変化すると思います。

あおき・まさと●1955年、富山県出身。78年、神戸大学経営学部卒。現在、株式会社ウエルビー代表取締役として介護福祉ビジネスの経営・人事労務・教育分野などのコンサルティング、自治体の福祉施策などのコンサルティングを展開する。

院から在宅までシームレスな

体を広げていくことが私たち

にありませう。このネットワーク

きたいと思えます。(菅野さん)

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



Endo

「より簡便に」「より安全に」「より優し
シースダイレータを用いたIntroduc

Introducer変法の合併症軽減を目指した