

特集：地域包括ケアシステムを巡る諸課題と国際的な動向

<総説>

診療報酬・介護報酬同時改定の動向からみた地域包括ケアシステムの推進

堀裕行

厚生労働省老健局老人保健課

Revision of long-term care and healthcare tariff to promote a community-based integrated care system

Hiroyuki HORI

Division of Health for the Elderly, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare

抄録

わが国では、今後急速に高齢化が進むことが予想されている。厚生労働省では2025年に向けて、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活圏域で提供される体制（地域包括ケアシステム）を構築することを目指している。この目標に向け、2011年に介護保険法の改正を行い、新サービスを創設するとともに、2012年の診療報酬・介護報酬の同時改定において、地域包括ケアシステムの構築に向けた対応を行った。

キーワード：地域包括ケアシステム、医療保険、介護保険、報酬改定

Abstract

It is estimated that the aging population will expand rapidly in Japan. To address this critical circumstance, the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare has set the goal of creating a “community-based integrated care” in which necessary services such as medical care, nursing care, and community life support services are provided within local communities. The Long-term Care Insurance Act was revised in 2011, and new services were introduced in order to strengthen home care services. A review of tariff for health insurance and long-term care insurance was carried out in 2012 to help achieve the aforementioned goal by 2025.

keywords: community-based integrated care, health insurance, long-term care insurance, review of tariff

(accepted for publication, 11th April 2012)

I. 日本における高齢化の進展と地域包括ケアシステム

2000年に介護保険制度が施行されてから12年が経過した。この間、65歳以上人口は2000年の2,165万人から2011年には2,907万人へと700万人以上増加し、要介護認定を受けて

いる高齢者の数も218万人から508万人へと、2倍以上に増加した [1]。このように、高齢者が増加する中、厚生労働省では介護保険制度の持続可能性を確保するため、2005年に介護保険法の改正を行い2006年から予防給付を導入するとともに、地域を中心とした新たなサービス体系を構築するために地域密着型サービスを導入するなどの対応を行ってきた。

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
1-2-2, kasumigaseki, chiyoda, Tokyo, 100-8916, Japan.
Tel: 03-5253-1111
E-mail: hori-hiroyuki@whlw.go.jp
[平成24年4月11日受理]

しかしながら、今後団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、下記のような新たな課題に対応していくことが求められている。

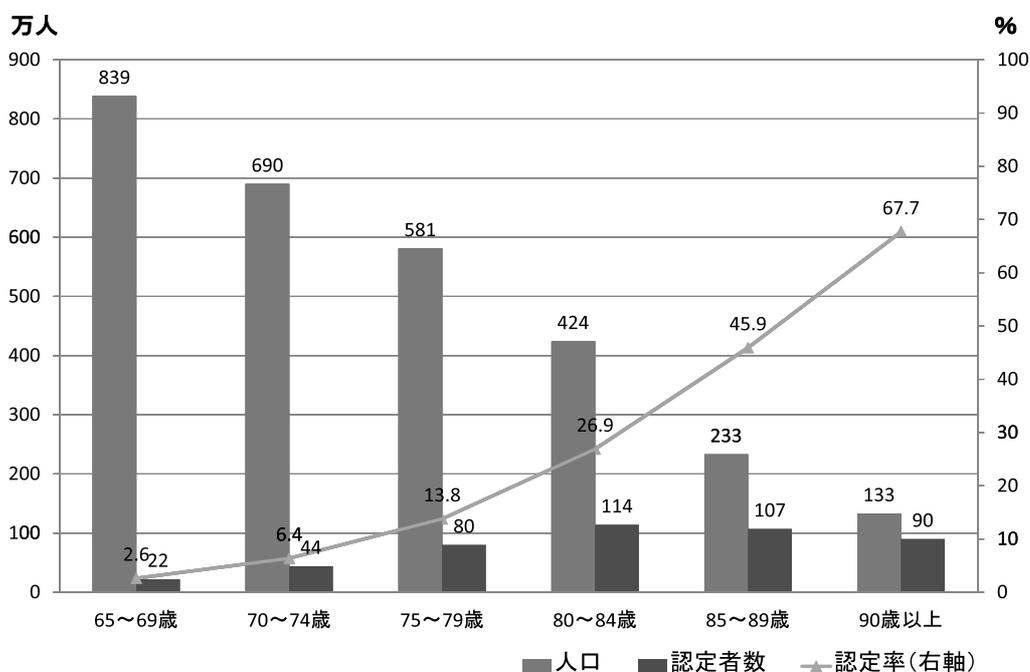
まず、高齢化の進展と共に、今後75歳以上の高齢者の占める割合がさらに増加する。具体的には、2008年に10.4%であった75歳以上人口の総人口に占める割合が2025年には18.2%へ、2055年には26.5%まで上昇することが見込まれている [2]。75歳以上人口が増加すれば、これに伴い認知症を持つ高齢者も増加する。また、要介護状態となるリスクは年齢とともに急激に増加することが知られており (図1)、今後要介護状態となる老人がさらに増加することが見込まれ、サービスの更なる拡充が求められる。

次に、世帯構成を見ると、核家族化が進行した結果として、今後一人暮らしの高齢者が大幅に増加する。2008年になされた将来推計によると、2005年と比較して2025年には75歳以上の独居高齢者の世帯数が倍増することが予想され

ている (表1)。今後急増する在宅の独居高齢者を支える在宅サービスの整備が急務である。

また、地域毎の状況を見ていくと、高齢化の問題は、これまで「地方の問題」という捉え方をされることが多かったが、今後、埼玉、千葉、神奈川、大阪、愛知といった都市部で急速に高齢化が進展することが見込まれている。都市部における介護サービス整備も喫緊の課題である。

このような課題に直面する中、厚生労働省では2025年までに実現を目指す体制として「地域包括ケアシステム」を提案し、制度改正や報酬改定においてその実現に向けた対応を行ってきた。ここで、「地域包括ケアシステム」とは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場 (日常生活圏域) で適切に提供できるような地域での体制」と定義され「おおむね30分以内に必



【出典】平成21年国民生活基礎調査等

図1 高齢者人口と要介護認定率 (年齢階級別, 2009年)

表1 高齢者の世帯形態の将来推計

(単位: 万世帯)

	2005	2010	2015	2020	2025
世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
うち、単独世帯	387	466	562	631	673
世帯主が75歳以上	554	704	827	943	1,085
うち、単独世帯	197	250	296	342	402

【出典】国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 (全国推計) 平成20年3月推計」

要なサービスが提供される圏域」として、中学校区程度の範囲を想定している [3].

このような、将来に向けて実現を目指している「地域包括ケアシステム」と現状の医療保険や介護保険の下で提供されているサービスとの間には、どのような乖離が存在しているであろうか。

第1に、在宅で生活する高齢者の要介護状態が重度化した場合や一定程度以上の医療的管理を要する状態になった場合に、在宅生活を継続することが困難となり、施設や医療機関で療養を行わざるをえなくなっている事例が多い。この理由の1つとしては、訪問系サービスについて1日当たりの訪問回数が少ないとともに、緊急時の対応が行われていないケースがあり、重度在宅療養者のニーズが十分に満たされていないことがあげられる。また、一定程度以上の医療的管理が必要となった場合についても、訪問看護を提供している訪問看護ステーションは、5人未満の小規模ステーションが半数以上であり [4], 24時間のサービス提供や、緊急時対応を十分に提供できていない。このような理由から、在宅で生活する高齢者の多くは、重度化した場合や医療ニーズが高まった場合に医療機関への入院や施設入所を選択している。

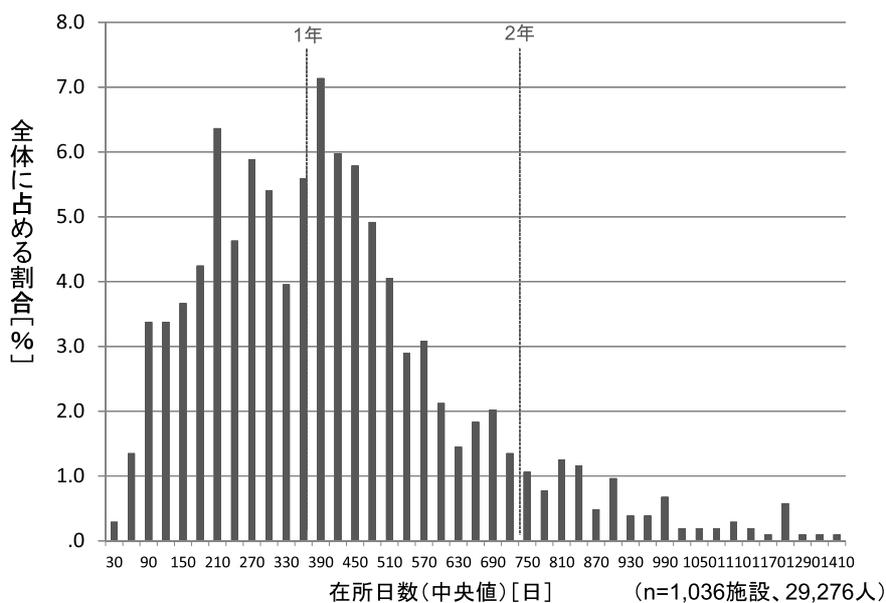
第2に、通所系サービスを見ると、レスパイトケアを中心としたサービス提供がなされているが、身体機能や生活機能の維持・向上を目指した機能訓練が十分に提供されていないとの指摘がある [3]。また、通所系サービスにおいて、医療ニーズの高い利用者を受け入れる体制が十分に整備されていない。

第3に、ショートステイサービスについては、事前に決定されたケアプランに基づき提供されているため、緊急的

な滞在が必要となった場合に利用できないことが多い。また、医療ニーズの高い利用者について十分な対応ができていないとの指摘がある [3].

第4に、施設サービスを見ると、特別養護老人ホームを含めた施設入所者の医療ニーズが増大しているが、現状では一定以上の医療行為が必要になった場合に、特別養護老人ホームや老人保健施設では十分な対応ができておらず、結果として医療機関への転院が多い。特別養護老人ホーム退所者の約6割が医療機関に転院しており、老人保健施設では退所者の約半数が医療機関へ転院している [5]。また、同調査によると、老人保健施設入所者の在宅への復帰率は23.8%であり、同年に行われた他の調査によると、老人保健施設入所者の在所日数の中央値は358日、在所日数の中央値が2年以上である施設も約1割存在するなど、老人保健施設の在宅復帰機能が十分に発揮できていない状況である (図2)。

最後に、現在提供されているサービスが、真に利用者の自立を支援するものとなっているかについて、再検討が必要である。ケアマネジメントについては、介護支援専門員の理解不足から、必要なリハビリテーションが提供されていないなど、ケアマネジメントが十分に効果を発揮していないとの指摘がある [3]。また、通所リハビリテーションと通所介護との間で提供されるサービス内容が類似しており、目標を設定した上での計画的リハビリテーションが十分に提供されていないとの指摘もある [3]。訪問リハビリテーションについては、在宅生活を支える他の訪問系サービスとの連携が不十分であり、またサービスの絶対量も不足している。今後、自立支援に向けた目標指向型のケアマネジメントが行われるよう検討が必要であり、また利用者



出典:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設と介護施設の利用者に関する横断調査」

図2 介護老人保健施設の施設当たり在所日数 (中央値) の分布

の重度化予防の観点から、リハビリテーションや機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価を行う必要がある。

地域包括ケアシステムの実現に向けて、上記のような課題に確実に対応していくことが必要であり、2012年の医療保険・介護保険の同時改定において、その第一歩を踏み出すこととなった。次節以降、その内容について述べたい。

II. 2012年介護報酬改定における対応

2011年に介護保険法の改正が行われ、地域包括ケアシステムの実現を目指すための新サービス（定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス）の創設が行われるとともに、介護保険財政の安定化のために必要な見直しが行われた。この法改正を受け、2012年介護報酬改定では、創設された新サービスへの報酬を設定するとともに、前節で述べた課題に対応するための種々の見直しを行った。

1. 定期巡回・随時対応サービス

現在の訪問介護は、受給者一人1日当たりの平均訪問回数が0.6回、要介護5でも1.1回と、1日当たりの訪問回数が非常に少ない[6]。また、訪問1回当たりのサービス提供時間は30分以上が7割を占めている。しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに応えるため、2006年に夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間みのサービス類型であることなどが支障となり普及が進んでいない状況にある。

2011年の介護保険法改正により、要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護及び訪問看護により定期的に巡回訪問を行うとともに、必要に応じて随時対応を行う新サービスである「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設された。これは、日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスである。地域密着型サービスとして創設されたため、事業者の指定は市区町村が行う。

事業所類型としては、1つの事業所に介護職員及び看護職員を併せて配置し、その事業所から訪問介護サービスと訪問看護サービスを一体的に提供する一体型事業所と、事業所には看護職員を配置せず、訪問介護サービスのみを行

い、訪問看護については連携する地域の訪問看護事業所が提供する連携型事業所の2つの類型が設定された。

基本報酬は、2つの類型毎の要介護度別月額包括報酬として設定された(表2)。

区分支給限度額の範囲内で柔軟に通所・短期入所ニーズに対応するため、通所系サービス利用時には、1日分の単価の3分の2相当額を日割りして減算する規定や、短期入所系サービス時には短期入所系サービスの利用日数に応じた日割り計算を行う規定が設定された。

人員基準等については、基本的に訪問看護などの基準を踏襲しているが、これらに加え、利用者からの問い合わせ等に対応するため、看護師、介護福祉士等のうち常勤者1人以上をオペレーターとして配置することが定められている。

2. 複合型サービス

2006年に創設された小規模多機能型居宅介護は、当初、平均要介護度3.5程度を受け入れることが想定されていたが、2011年時点で利用者の平均要介護度は2.63と、当初想定より軽度の利用者を受け入れている状況である[7]。また、2010年に小規模多機能型居宅介護事業所を対象として行われた調査によると、医療ニーズへの対応が必要であったため登録に至らなかった利用希望者の割合が一定程度あり、事業者側も看護職員の手厚い配置があれば医療ニーズのある登録希望者を受け入れる、とした事業所が約半数あった[8]。このように、小規模多機能型居宅介護については、必ずしも当初想定されていたような重度者を中心にしたサービス提供がなされておらず、特に医療ニーズのある利用者の受入が進んでいない。

この原因として、看護職員の十分な配置がないと医療ニーズの高い高齢者への対応が難しいことがあげられる。また、利用者の医療ニーズに対応するために訪問看護は別事業所から提供する場合でも、サービス間の調整が必要であり、柔軟なサービス提供が行いにくい。さらに、事業者間で柔軟な人員配置を行うことも困難である。このため、2011年の介護保険法改正により、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスが創設された。

定期巡回・随時対応サービスと同様、地域密着型サービスとして創設されたため、事業者の指定は市区町村が行う。

利用者の状態に応じた通い・泊まり・訪問(介護・看護)サービスを柔軟に提供する観点から、要介護度別・月単位

表2 定期巡回・随時対応サービスの介護報酬(基本単位)

	一体型事業所		連携型事業所 (介護分を評価)	連携先訪問看護事業所 を利用する場合の訪問 看護費(連携先で算定)
	介護・看護利用者	介護利用者		
要介護1	9,270単位	6,670単位	6,670単位	2,920単位 +
要介護2	13,920単位	11,120単位	11,120単位	
要介護3	20,720単位	17,800単位	17,800単位	
要介護4	25,310単位	22,250単位	22,250単位	
要介護5	30,450単位	26,700単位	26,700単位	
				3,720単位

表3 複合型サービスの介護報酬（基本単位）

	複合型事業所
要介護1	13, 255単位
要介護2	18, 150単位
要介護3	25, 111単位
要介護4	28, 347単位
要介護5	31, 934単位

の定額報酬を基本とした報酬が設定された（表3）。

人員基準等については、基本的に小規模多機能型居宅介護及び訪問看護の基準を踏襲している。

定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスともに、今後、重度在宅療養者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担うことが期待されており、人材の確保を含め、サービスの普及をいかに図っていくかが課題となっている。介護給付費分科会においても、今後の課題として「定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスについて、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う」こととされている。

3. 訪問看護

今後、医療必要度が高い高齢者が増加する中、訪問看護の重要度は増している。今回改定では、短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応したサービスの提供の強化という観点から、時間区分毎の報酬や基準の見直しを行い、特に短時間型の訪問看護を高く評価した。

また、在宅での看取り対応を強化する観点から、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合にターミナルケア加算が算定できるよう、算定要件の緩和を行った。

医療機関からの退院後に円滑に訪問看護を提供できるようにとの観点から、入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同して在宅での療養上必要な指導を行った場合や、初回の訪問看護を提供した場合については、新たに加算で評価することとした。具体的には、退院時共同指導加算（600単位/回）及び初回加算（300単位/月）を新設した。

重度者・医療ニーズの高い利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点からは、特別な管理を必要とする利用者について、加算の対象範囲の拡大を行うとともに、気管カニューレの使用者など一部の状態について評価を引き上げた。

他職種との連携に関しては、2012年4月から一定の研修を終了した介護職員によるたんの吸引等が、医師の指示の下で可能となる。その際、看護職員との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要があるため、訪問介護事業所と連携して利用者についての計画の作成支援を行った場合を、看護・介護職員連携強化加算（250単位/月）として評価することとした。

4. 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションについては、その提供量が全国的に少なく、また地域差が大きいとの課題がある [9]。そのためサービス提供にあたっての様々な要件を緩和し、その普及を図ることとした。具体的には、利用者の状態に応じたサービスの柔軟な提供という観点から、リハビリ指示を出す医師の診察頻度を1ヶ月に1回から3ヶ月に1回と緩和した。また、老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションは全体の10%程度と依然として少ない状況にあるため、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様に3ヶ月ごとに医師が診察を行った場合、継続的に訪問リハビリテーションを実施できるよう要件緩和を行った。

他職種との連携に関しては、従来からリハビリ専門職が直接サービスを提供するだけでなく、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図るべきとの指摘があった [3]。このため、訪問介護事業所との連携として、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、事業所のサービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合の評価を行った。具体的には、訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算を300単位/回とし、3月に1回を限度として算定できることとした。

5. 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導については、居宅介護支援事業所との連携の促進する観点から、医師、歯科医師、薬剤師及び看護職員が居宅療養管理指導を行った場合に、ケアマネジャーへの情報提供を必須とすることとした。

6. 通所介護

通所介護においても、利用者がなるべく長く在宅生活を継続できるように、利用者個別の心身の状況を重視した生活機能向上を目的とした訓練を実施した場合の評価を新設した。具体的には、50単位/日の個別機能訓練加算（Ⅱ）を新設した。

7. 通所リハビリテーション

医療保険からの円滑な移行を促進するため、短時間の個別リハビリテーションの実施について重点的に評価を行うとともに、手厚い医療が必要な利用者の受け入れを評価した。

まず、医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、これまで1月につき8回以上通所していることが算定要件であったリハビリテーションマネジメント加算について、1月4回以上の通所で算定できるよう要件を緩和した。また、所要時間1時間以上2時間未満において複数回の個別リハビ

リテーションが行われた際に、1日に複数回個別リハビリテーション実施加算を算定できることとした。

また、通所リハビリテーションにおける、手厚い医療が必要な利用者の受け入れを促進する観点から、要介護度4又は5であって、一定の医療処置が必要な状態である利用者の受け入れを評価し、重度療養管理加算（100単位/日）を新設した。

8. 短期入所系サービス

短期入所サービスについては在宅生活を支えるツールとして重要であるが、緊急時の受入がなかなか進まないという課題があった。今回改定では、緊急のショート利用を推進するため、短期入所生活介護、短期入所療養介護ともに加算を新設し、事前に居宅サービス計画に組み入れられていない緊急のショート受け入れを評価した。

(1) 短期入所生活介護

短期入所生活介護において、緊急時の受け入れを促進する観点から、一定割合の空床を確保している事業所や、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受け入れについて加算で評価を行うこととした。その際、常時空床のある事業所については算定しない仕組みとするなど、その質を確保するために必要な要件を設定した。

(2) 短期入所療養介護

短期入所生活介護と同様に、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受け入れについて加算で評価を行うこととした。また、老人保健施設のショートサービスにおいて、医療ニーズの高い利用者の受け入れを促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受け入れを評価する観点から重度療養管理加算を新設した。

9. 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護については、終の棲家として、看取りへの対応を強化する必要があることから、その評価を行った。また、家族介護者支援を促進する観点から、特定施設の空室における短期利用を可能とする見直しを行った。

10. 老人保健施設

老人保健施設については、在宅復帰支援型の施設としての機能を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とし、機能に応じた報酬体系への見直しを行うこととした。また、既存の在宅復帰支援機能加算を再編し、ベッドの回転率を加味した新たな加算の創設を行った。さらに、在宅復帰を進めるためには、入所前に利用者の自宅を訪問し、退所を念頭においた施設サービス計画を策定することも有効であることから、入所前に入所者の自宅を訪問し、早期退所に向けた施設サービス計画を策定した場合の加算（460単位）を新設した。

一方、現在老人保健施設からの退所先としては、約半数が医療機関となっており、肺炎などの疾患に対する治療が一定程度施設内で行うことができれば転院を減少させるこ

とが可能であるとの調査結果等もあることから[10]、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について加算で評価を行うこととした（所定疾患施設療養費、300単位/日、7日間）。

Ⅲ. 2012年診療報酬改定における対応

今回の診療報酬改定において多岐にわたる報酬項目の見直しが行われたが、このうち、地域包括ケアシステムの構築に関連する主な見直しについて、抜粋して紹介したい。

1. 在宅医療

在宅療養を担う医療機関として診療報酬上評価されている、在宅療養支援診療所について、2006年の評価導入後、届出診療所数は増加しているが[11]、在宅での看取りを行っていない在宅療養支援診療所も相当数存在している[12]。

24時間対応や緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する、機能を強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院を高く評価した。具体的には、機能の高い医療機関における往診料、医学管理料、緊急時の入院受け入れ等について、評価を引き上げた。

また、特定施設等の自宅以外で在宅療養を行う患者へ医療サービスを充実させる観点から、訪問診療料の見直しを行った。具体的には、これまで同一建物に居住する2人以上の患者に訪問診療を行った場合には、「同一建物以外」と比較して低い「同一建物」の報酬を算定することとされていたが、今回「同一建物」より高い評価の「特定施設」の訪問診療料が創設された。

2. 訪問看護

医療保険の訪問看護については、訪問回数や対象の制限があったが、今回改定で対象拡大のための要件緩和を行った。具体的には、訪問看護を週4回以上提供できる対象は、特別訪問看護指示書の交付を受けた患者やがん末期や難病の患者などに限られていたが、在宅悪性腫瘍患者指導管理や在宅気管切開患者指導管理を受けている患者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者など、在宅系の指導管理料を算定している患者や、真皮を越える褥瘡の状態にある患者などに拡大された。

また、訪問看護ステーションが訪問看護計画書と訪問看護報告書を主治医に提出し、主治医と連携して計画的な管理を継続的に行った場合を評価した報酬である、訪問看護管理療養費についても、月13回以上訪問を行っている場合にも算定できるよう要件の緩和が行われた。

退院後の円滑な在宅移行に向けた取り組みとしては、入院中からの退院後に生活を支援する医療機関や訪問看護ステーションとの連携を円滑に行うために、退院予定患者の外泊中の訪問看護や入院中に訪問ステーションが医療機関に退院時共同指導を行った場合の医療機関側の評価を行った。

医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実の観点か

らは、緩和ケアや真皮を超える褥瘡等の患者に対する専門性の高い看護師による訪問看護の評価を行った。

効率的な業務提供の観点からは、在宅医療を受ける難病やがん患者が増加しているが、訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者との同行訪問について、複数名訪問看護加算で新たに評価を行った。

最後に、介護保険との整合性を取るための見直しが複数項目について行われた。例えば、医療保険の訪問看護では、早朝、夜間及び深夜の評価はこれまで「その他の利用料」として徴収されていたが、今回、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算を創設することにより、介護保険と同様の評価方法となるよう見直しを行った。同じ利用者が、状態の変化により両方の保険から訪問看護を利用することがあるため、制度の分かりやすさを担保するための見直しも重要である。また、今回は、医療保険と介護保険の同時改定であったことから、訪問看護ターミナルケア療養費等の算定要件の緩和や特別管理加算の評価の引き上げについては、介護保険の訪問看護に記載した内容と同内容の改定を医療保険でも行った。

3. リハビリテーションの充実

生活期リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間まで延長し、1月目は月13単位まで、2月目は月7単位まで医療保険における疾患別リハビリテーションの算定が可能となった。

また、訪問リハビリテーションを利用している患者が、急性増悪のために一時的にADL低下をきたした場合、期間を限定して医療保険から集中的な訪問リハビリテーションを提供できるよう見直しが行われた。具体的には、日常生活動作を数値化した臨床指標であるバーセル指数又はFIMが1月に5点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要となった患者については、6月に1回、

14日間に限り、1日4単位まで医療保険の訪問リハビリテーションの算定が可能となった。この取り扱い、介護保険の訪問リハビリテーションを利用している患者にも適用される。

4. 看取りの推進

介護老人福祉施設については、末期の悪性腫瘍の場合にのみ、在宅患者訪問診療料や特定施設入居時等医学総合管理料の算定が認められていた。今回改定では、介護老人福祉施設における看取りの充実を図るため、介護老人福祉施設の配置医師と在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院といった外部の医師が連携して看取りを行った場合、疾患に限らず、死亡日からさかのぼって30日に限りこれらの報酬を医療保険の給付対象とする見直しを行った。

IV. 今後の課題

このたびの介護保険法改正や同時報酬改定で、地域包括ケア体制の構築に向け必要な対応を行ったが、積み残しの課題もある。また、制度改正や報酬改定が企図した効果をあげているかどうかを検証していくことも必要である。本節では、これらの今後の課題とその検討方法について述べたい。

2012年介護報酬改定に向けて、2011年2月から12月まで介護給付費分科会において計17回にわたり審議が行われ、2011年12月に分科会としての「審議報告」が取りまとめられた。この「審議報告」は、介護報酬改定の基本的な考え方や、各サービスの報酬や基準見直しの基本方針をまとめたものであるが、最後に、新設されたサービスの評価に加え、認知症にふさわしいサービスの提供に向けた検討や、ケアマネジメントの評価、介護事業所や介護施設における医療職配置など「地域包括ケアシステムの構築を推進するために、次回の介護報酬改定までに検討を進めるべき事項」がまとめられている(表5) [13]。

また、2012年診療報酬改定においては、中央社会保険医

表5 次回の介護報酬改定までに検討を進めるべき事項

<ul style="list-style-type: none"> ○認知症にふさわしいサービスの提供を実現するため、調査・研究等を進め、次期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。 ○介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態を改善する取組みを促すための報酬上の評価の在り方について検討する。 ○ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める。 ○集合住宅における訪問系サービスの提供の在り方については、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。 ○サービス付き高齢者向け住宅や、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの実施状況について、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。 ○介護事業所、介護施設における医師・看護職員の配置の在り方については、医療提供の在り方の検討と併せて、適切に実態把握を行い、必要に応じて見直しを行う。 ○生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から在宅まで高齢者の状態に応じたりハビリテーションを包括的に提供するとともに、リハビリ専門職と介護職との連携を強化するなど、リハビリテーションの在り方について検討する。さらに、リハビリテーションの効果についての評価手法について研究を進める。 ○予防給付は、介護予防や生活機能の維持・改善に効果があるものに更に重点化する観点から、効果が高いサービス提供の在り方について、引き続き検証・見直しを行う。

※社会保障審議会介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」
2011年12月7日から抜粋

表 6：平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見（抜粋）

<p>(医療と介護の連携強化，在宅医療等の充実)</p> <p>5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。</p> <p>6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。</p> <p>7 維持期のリハビリテーションについては，介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ，介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また，廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに，その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。</p>
--

※中央社会保険医療協議会「平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見」
2012年2月10日から抜粋

療協議会における答申時に附帯意見がとりまとめられているが，その中で「医療と介護の連携強化，在宅医療等の充実」として，今後の課題が取りまとめられている（表6）[14]。

これらの課題の検討の場として，中央社会保険医療協議会には改定結果の検証のための「診療報酬改定結果検証部会」が設定されており，各種調査を実施して結果を分析する枠組みがあるが，介護保険には従来このような仕組みが存在していなかった。このため，次回介護報酬改定に向けて，2012年介護報酬改定の効果の検証や，介護給付費分科会において今後検討が必要とされた上記事項に関する実態調査を行うことを目的として，社会保障審議会介護給付費分科会に「介護報酬改定検証・検討委員会」が設置された。この委員会では，新サービスや新たに創設した加算の算定状況など，2012年介護報酬改定における個々の改定が企図した効果を上げているかについて検証を行うとともに，次回改定に向けて検討を進めることが必要であるとされた事項について，調査研究を進める予定となっている。

1回の制度改正や報酬改定で，すぐに地域包括ケアを実現することは難しい。上記のような検証・検討の枠組みを通じて，今後報酬改定の影響の検証や積み残しの課題の検討を行っていく予定である。

引用文献

- [1] 厚生労働省．介護保険事業状況報告．
- [2] 国立社会保障・人口問題研究所．日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計．
- [3] 地域包括ケア研究会．地域包括ケア研究会報告書．平成22年3月．
- [4] 社団法人日本看護協会．厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応等のあり方に関する調査研究事業」平成21年度研究報告書．
- [5] 厚生労働省．介護サービス施設・事業所調査．平成22年度．
- [6] 厚生労働省．介護給付費実態調査．平成22年4月審査分．
- [7] 厚生労働省．介護給付費実態調査月報．平成23年3月審査分．
- [8] みずほ情報総研株式会社．厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業「医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査」平成22年度研究報告書．
- [9] 厚生労働省．平成23年7月28日介護給付費分科会資料「リハビリ・軽度者（予防給付）について」．
- [10] 全国老人保健施設協会．厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究」平成21年研究報告書．
- [11] 厚生労働省．保険局医療課調べ（平成22年7月1日時点）．平成23年11月9日中央社会保険医療協議会総会資料「在宅医療について」p.28．
- [12] 厚生労働省．在宅での看取り（平成23年検証部会調査）．平成23年11月9日中央社会保険医療協議会総会資料「在宅医療について」p.32．
- [13] 社会保障審議会介護給付費分科会．平成24年度介護報酬改定に関する審議報告．平成23年12月7日．
- [14] 中央社会保険医療協議会．第221回中央社会保険医療協議会総会答申書（平成24年度診療報酬改定について）．平成24年2月10日．