

社会保障審議会 介護給付費分科会（第226回）	資料5
令和5年10月2日	

令和6年度介護報酬改定に向けた要望について

令和5年10月2日

四病院団体協議会

日本病院会

全日本病院協会

日本医療法人協会

日本精神科病院協会

一般社団法人 日本病院会

一般社団法人 日本病院会

理事 松本 隆利

(社会医療法人 財団新和会 八千代病院 名誉院長)

2024年度介護報酬改定に係る要望

1) 基本報酬の適切な引き上げ ※高騰するエネルギー価格、食事療養費、人件費への対応

エネルギー価格や物価の上昇など、サービス提供コストの上昇に対応するとともに、介護従事者に対する適切な処遇改善を実現するために、基本報酬の引き上げを要望する。また、食事療養費については2021年度の改定で基準費用額が見直された。しかし、2022年以降の光熱費、食材費等の急騰により、ほとんどの介護施設で給食部門は赤字に陥っている。食事療養費の適切な水準への引き上げを強く要望する。

2) 介護従事者確保・定着に向けた処遇改善

2040年には約280万人(2019年比+69万人)の介護人材が必要とされるが、人材確保が困難な状況が続いている。上記①に示したエネルギー価格や物価急騰等により、十分な賃上げが行えず、他産業との給与格差は拡大している。他産業との給与格差是正および人材の確保・定着のため、報酬による後押しをお願いしたい。

【課題】 ① 高年齢化、確保困難な状態が続くケアマネジャーの確保

② 外国人介護人材の継続的な受け入れ（技能実習廃止～新制度への移行）

③ 経営の負担となっているため採用コストの補助、もしくは採用コストがかからない仕組みづくりが必要

④ 介護施設と医療機関の介護職員で給与差を生まない仕組みが必要

（同じ職種で同様の業務を行っていても、介護保険と医療保険制度とで処遇加算が異なる）

2024年度介護報酬改定に係る要望

3) 感染症・災害等非常時への備えに対する支援・評価

コロナ流行下で感染症対策が進んだ面もあるが、介護の安定的・継続的な提供のために、今後も非常時に対応できる体制の構築・強化を推進していく必要がある。感染症や災害に強い施設づくりや、非常時の事業継続に対する取り組み等へのさらなる補助や評価をお願いしたい。

4) 介護DX（データベース・ロボット・ICTの利活用、セキュリティ対策など）推進の支援・評価

介護の質向上、効率的かつ効果的なサービス提供のため、医療分野と同様に介護分野のDX推進は不可欠である。また、高齢化の進展により医療・介護の複合的ニーズを抱える方が増加しており、今後ますます医療・介護の連携と情報共有が重要になってくる。一方でシステムや設備導入、セキュリティ対策、デジタル人材の確保などには多額の費用がかかり、DXを阻む大きな要因となっている。介護DX推進のための支援と適切な評価を要望する。

【課題】 ① 現状では利用している介護系ソフトが事業所ごとに異なっている。

書類作成・情報共有と連携を円滑かつ効率的に進めるため、統一ソフトの配布・活用が必要

2024年度介護報酬改定に係る要望

5) その他

● 病院からの在宅復帰先の見直し

2018年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟からの在宅復帰先として介護老人保健施設（老健）が除外された。在宅復帰率を確保したい病院は患者の退院先を老健以外にシフトする動きが見られ、都市部に設置していたり病院に併設している老健はまでも、地方に設置する単独型の老健では稼働が悪化、経営が非常に厳しくなっている。地域の医療・介護提供体制や設置母体などの違いがあり、一律に考えることは難しい。地方で質の高いサービスを提供する老健でも適切に運営できるよう、制度的な手当を考えていく必要がある（在宅復帰先に老健を含めるなど）。

● 地域の状況を踏まえた柔軟な支援・評価

医療・介護・福祉の提供体制には地域差がある。例えば、大都市では事業所の大規模化はメリットが多いが、過疎化が進む地域では大規模化ではなく、協働化を推進した方がよい。収支や効率化だけではない、地域の実情を踏まえた柔軟な施策と支援・評価が必要である。

6) 提案

● 医療・介護・生活支援の一体的な提供体制の構築

共通言語化、データの共有化、全国統一フォーマットの利用など、
文書作成・管理の効率化および利便性向上に資するしくみの構築

● フレイル予備軍等への介護職の積極的関与

総合事業・予防事業の拡充、遠隔リハの導入など

公益社団法人 全日本病院協会

公益社団法人全日本病院協会

東京都支部長

高齢者医療介護委員会 副委員長 進藤 晃

(医療法人財団利定会 大久野病院 理事長)

処遇改善の更なる充実

介護職の確保が難しくなっている現状を打破するために、以下の2点を要望する。

- ① 未経験者の介護職就業における事前研修が義務化されることに対応して、雇い入れ時の研修費用（終了して本来業務に就くまでの人件費確保を含め）とするための増額。
- ② 介護の現場でも「インフレ率を超える賃上げの実現」のための処遇改善を、すべての介護事業所に行き届くようにするため、また、事務手続きによる負担増を避けるため、基本報酬による増額。

栄養ケアに関わる加算の増額

近年、栄養ケア・マネジメントの強化の方向性が示されている。「栄養改善」については管理栄養士の専門性に期待したいところではあるが、人件費との逆ザヤとなる恐れがある。医療保険でのNSTなども同様に低い傾向があり、同時改定の折に、栄養ケア関連への点数の引き上げを要望する。

介護報酬における人員欠如に関する緩和措置の創設について

介護現場で働く労働力不足が在宅系、施設系を問わず介護保険サービスにおける深刻な問題となっている。今後益々進む少子高齢化によって、介護を必要とする高齢者が増える中、介護を担う者の数は減っていくことが懸念される。更に介護業界に対しては、待遇がよくない・体力的にも精神的にも割に合わないなどといったネガティブなイメージを持たれることが多く、介護の仕事に就くことを躊躇してしまう若者も多いのが実情。

今後も介護業界の人手不足は大きな問題となることが予想される。国や都道府県による労働力不足の解消に向けた取り組みは進められてはいるものの、十分な人材を確保できていないのが現状。このような背景にもかかわらず、介護報酬の人員欠如に対するペナルティ（人員基準欠如減算）は介護報酬の3割減となっている。

医療における診療報酬では歴月内で病床規模に応じた3カ月を超えない期間の1割以内、又は1カ月を超えない期間の1割以内の変動といった要件変動の特例が設けられているが、介護報酬において特例はない。前述の背景があることから要件を緩和して入所規模・利用者規模等に応じた人員欠如に関して緩和措置を要望する。

一般社団法人日本医療法人協会

一般社団法人日本医療法人協会

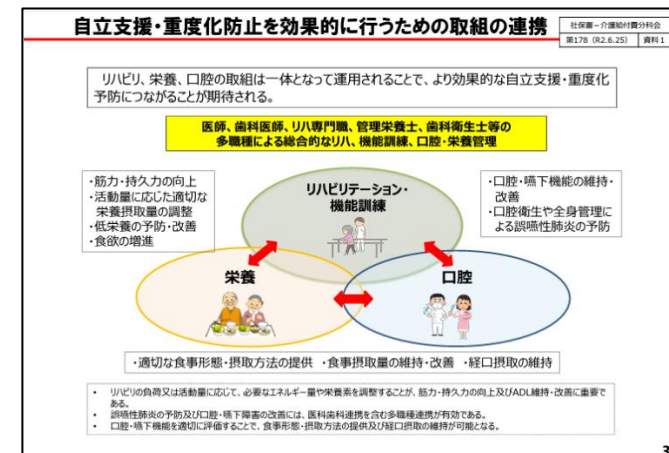
副会長 鈴木 邦彦

(医療法人博仁会 志村大宮病院理事長・院長)

①小規模多機能型居宅介護における医療・介護連携

○小規模多機能型居宅介護

- リハビリ・栄養・口腔が重要視される中、口腔に関する加算（口腔機能向上加算）が「通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護」は算定可能だが、「小規模多機能型居宅介護」に関しては、「口腔・栄養スクリーニング加算」のみとなっている。小規模多機能型居宅介護においても中重度者を受け入れる事業所であることから、同様の口腔機能向上に関する加算が必要と考えられる。



③口腔機能向上に向けたさらなる評価

○通所介護 ○地域密着型通所介護 ○（介護予防）通所リハビリテーション等

● 口腔機能向上加算の算定率は、通所介護で「口腔機能向上加算Ⅰ」で7.9%。「口腔機能向上加算Ⅱ」で6.0%。地域密着型通所介護では「口腔機能向上加算Ⅰ」5.3%「口腔機能向上加算Ⅱ」4.5%。口腔・栄養スクリーニング加算と複合加算になるとさらに算定率が低い状況である。

リハビリ・栄養・口腔のさらなる向上を目指して、新たに研修制度を設け、受講を修了した介護福祉士を算定要件に含めたらどうか。

※現状は、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置していることとなっている

通所介護の算定状況

	単位数	算定事業所数 (事業所ベース)	算定率 (回数・日数ベース)	算定回数・日数 (単位：千回・千日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：千単位)
3%加算	3/100	215	0.9%	11.2	0.1%	2,436
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	5/100	294	1.2%	2.9	0.0%	869
入浴介助加算(Ⅰ)*	40	22,369	91.7%	7,999.9	64.7%	319,947
入浴介助加算(Ⅱ)*	55	2,897	11.9%	599.1	4.8%	32,952
中重度者ケア体制加算**	45	4,321	17.7%	2,575.4	20.8%	115,892
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	7	0.0%	0.1	0.0%	11
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	1,159	4.8%	54.6	0.4%	6,169
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ*	56	10,426	42.7%	2,957.5	23.9%	165,594
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ*	85	6,427	26.3%	2,939.7	23.8%	249,878
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	5,605	23.0%	298.3	2.4%	6,001
ADL維持等加算(Ⅰ)	30	298	1.2%	16.8	0.1%	505
ADL維持等加算(Ⅱ)	60	618	2.5%	39.1	0.3%	2,346
ADL維持等加算(Ⅲ)	3	637	2.6%	41.5	0.3%	124
認知症加算*	60	1,811	7.4%	323.3	2.6%	19,398
若年性認知症利用者受入加算*	60	144	0.6%	2	0.0%	120
栄養改善加算	200	131	0.5%	1.7	0.0%	334
栄養マネジメント加算	50	413	1.7%	19	0.2%	948
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	270	1.1%	1.3	0.0%	214
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	270	1.1%	1.3	0.0%	6
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,917	7.9%	74.7	0.6%	11,210
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,459	6.0%	79.6	0.6%	12,740
科学的介護推進体制加算	40	9,006	36.9%	511.8	4.1%	20,474
同一建物減算*	-94	-	-	-1,949.5	-15.8%	-10,351
送迎減算	-47	-	-	-	-	-18,114
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	2,716	14.4%	597.1	15.2%	13,137
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	4,626	24.6%	597.2	15.2%	10,750
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	31	0.2%	415.4	10.6%	2,492
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,005	5.3%	30.2	0.8%	4,523
口腔機能向上加算(Ⅱ)	5	160	8.2%	356.3	0.9%	5,810
科学的介護推進体制加算	40	4,358	23.2%	126.7	3.2%	5,070
同一建物減算*	-94	-	-	-404.1	-10.3%	-37,981
送迎減算	-47	-	-	-420.5	-10.7%	-19,814
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	2,716	14.4%	597.1	15.2%	13,137
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	4,626	24.6%	597.2	15.2%	10,750
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	31	0.2%	415.4	10.6%	2,492
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	59/1000	13,574	72.1%	327.5	8.3%	145,622
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	43/1000	1,725	9.2%	36	0.9%	11,883
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	23/1000	1,437	7.6%	26.3	0.7%	4,799
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	12/1000	2,900	15.4%	76.7	2.0%	6,944
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	10/1000	5,568	29.6%	135.2	3.4%	10,151
生活相談業務配置加算*	13	6	0.0%	0.2	0.0%	2

地域密着型通所介護の算定状況

	単位数	算定事業所数 (事業所ベース)	算定率 (回数・日数ベース)	算定回数・日数 (単位：千回・千日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：千単位)
3%加算	3/100	99	0.5%	2.2	0.1%	436
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	5/100	126	0.7%	0.6	0.0%	197
入浴介助加算(Ⅰ)*	40	13,990	74.3%	2,003.4	51.0%	80,144
入浴介助加算(Ⅱ)*	55	1,422	7.6%	168	4.3%	9,242
中重度者ケア体制加算**	45	413	2.2%	111.1	2.8%	4,999
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	2	0.0%	0	0.0%	1
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	339	1.8%	8	0.2%	953
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ*	56	6,555	34.8%	1,022.1	26.0%	57,238
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ*	85	2,335	12.4%	514.5	13.1%	43,734
個別機能訓練加算(Ⅱ)	30	2,738	14.5%	81.9	2.1%	1,657
ADL維持等加算(Ⅰ)	30	128	0.7%	3.3	0.1%	99
ADL維持等加算(Ⅱ)	60	184	1.0%	6	0.2%	363
ADL維持等加算(Ⅲ)	3	37	0.2%	1.1	0.0%	3
認知症加算*	60	465	2.5%	43.9	1.1%	2,634
若年性認知症利用者受入加算*	60	107	0.6%	1.6	0.0%	98
栄養改善加算	200	39	0.2%	0.4	0.0%	75
栄養マネジメント加算	50	133	0.6%	4.1	0.4%	203
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	269	1.4%	1.2	0.0%	23
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	86	0.5%	0.3	0.0%	1
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,005	5.3%	30.2	0.8%	4,523
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	852	4.6%	35.3	0.9%	5,810
科学的介護推進体制加算	40	4,358	23.2%	126.7	3.2%	5,070
同一建物減算*	-94	-	-	-404.1	-10.3%	-37,981
送迎減算	-47	-	-	-420.5	-10.7%	-19,814
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	2,716	14.4%	597.1	15.2%	13,137
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	4,626	24.6%	597.2	15.2%	10,750
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	31	0.2%	415.4	10.6%	2,492
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	59/1000	13,574	72.1%	327.5	8.3%	145,622
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	43/1000	1,725	9.2%	36	0.9%	11,883
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	23/1000	1,437	7.6%	26.3	0.7%	4,799
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	12/1000	2,900	15.4%	76.7	2.0%	6,944
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	10/1000	5,568	29.6%	135.2	3.4%	10,151
生活相談業務配置加算*	13	6	0.0%	0.2	0.0%	2

通所リハビリテーションの算定状況

	単位数(令和3年4月以降)	算定率 (回数・日数ベース)	算定回数・日数 (単位：千回・千日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：千単位)	
3%加算	3/100	0.5%	2.2	0.1%	436	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	5/100	0.7%	0.6	0.0%	197	
入浴介助加算(Ⅰ)*	40	13,990	74.3%	2,003.4	51.0%	80,144
入浴介助加算(Ⅱ)*	55	1,422	7.6%	168	4.3%	9,242
中重度者ケア体制加算**	45	413	2.2%	111.1	2.8%	4,999
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	2	0.0%	0	0.0%	1
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	339	1.8%	8	0.2%	953
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ*	56	6,555	34.8%	1,022.1	26.0%	57,238
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ*	85	2,335	12.4%	514.5	13.1%	43,734
個別機能訓練加算(Ⅱ)	30	2,738	14.5%	81.9	2.1%	1,657
ADL維持等加算(Ⅰ)	30	128	0.7%	3.3	0.1%	99
ADL維持等加算(Ⅱ)	60	184	1.0%	6	0.2%	363
ADL維持等加算(Ⅲ)	3	37	0.2%	1.1	0.0%	3
認知症加算*	60	465	2.5%	43.9	1.1%	2,634
若年性認知症利用者受入加算*	60	107	0.6%	1.6	0.0%	98
栄養改善加算	200	39	0.2%	0.4	0.0%	75
栄養マネジメント加算	50	133	0.6%	4.1	0.4%	203
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	269	1.4%	1.2	0.0%	23
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	86	0.5%	0.3	0.0%	1
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,005	5.3%	30.2	0.8%	4,523
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	852	4.6%	35.3	0.9%	5,810
科学的介護推進体制加算	40	4,358	23.2%	126.7	3.2%	5,070
同一建物減算*	-94	-	-	-404.1	-10.3%	-37,981
送迎減算	-47	-	-	-420.5	-10.7%	-19,814
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	2,716	14.4%	597.1	15.2%	13,137
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	4,626	24.6%	597.2	15.2%	10,750
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	31	0.2%	415.4	10.6%	2,492
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	59/1000	13,574	72.1%	327.5	8.3%	145,622
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	43/1000	1,725	9.2%	36	0.9%	11,883
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	23/1000	1,437	7.6%	26.3	0.7%	4,799
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	12/1000	2,900	15.4%	76.7	2.0%	6,944
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	10/1000	5,568	29.6%	135.2	3.4%	10,151
生活相談業務配置加算*	13	6	0.0%	0.2	0.0%	2

④ターミナルケアマネジメント加算

○居宅介護支援事業所

- 現在、居宅介護支援事業所では、ターミナルケアマネジメント加算があるが、算定要件に「末期の悪性腫瘍」の利用者という要件が入っており、「末期の悪性腫瘍」のみに限られている。
訪問看護等と同じように「在宅で看取りをしたすべて」の利用者に対して算定できるように、ターミナルケアマネジメント加算の算定要件から、「末期の悪性腫瘍の患者に限る」を削除し、他の疾患等も算定できるようにできないか。

※訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護のターミナルケア加算の算定要件

- 24時間連絡できる体制を確保し、必要に応じて訪問できる体制を整備していること
- 体制の届出を行っていること
- 主治医との連携の下に、ターミナルケアに係る計画、支援体制について利用者とその家族に説明し、同意を得てターミナルケアを行っていること
- 死亡日、死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍等の特定の利用者については1日）以上ターミナルケアを行っていること
- ターミナルケアの提供について必要な事項が適切に記録されていること

⑤介護支援専門員の各介護事業への配置について

- 現在の介護保険事業では居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護等、様々な事業で配置が必須となっている。

居宅介護支援事業所の人員不足により、介護サービスを円滑に受けられない状況も見られるようになってきているため、各介護保険事業の介護支援専門員の配置について見直して、本当に必要な事業に集約していくことを検討してはどうか。

⑥看護小規模多機能型居宅介護における通いの人員配置の見直し

- 下記の表は、現在の看護小規模多機能型居宅介護の基準配置である。日中において、通いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ1人以上は保健師、看護師又は准看護師となっている。通いの利用者の状態に合わせて、訪問看護職員と連絡を取れ、対応できる体制であれば、通いに1名以上の配置は不要にして、看護職員の有効活用を進めてはどうか。

看護小規模多機能型居宅介護の基準等 - 1

基準項目	要件等
従業者の員数	①日中 ・通いサービス提供:利用者3人に対し1以上(常勤換算) ・訪問サービス提供:2以上(常勤換算) ・人員配置は各サービスに固定にせず、柔軟な業務遂行が可能 ・ 通いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ1人以上は保健師、看護師又は准看護師 ②夜間・深夜 ・泊まりサービス及び訪問サービス提供:2人以上(うち1人は宿直勤務可) (泊まりサービスの利用者がいない場合、訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業者を置かないことができる) ③従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師 ④ 従業者のうち保健師、看護師又は准看護師は常勤換算法で2.5以上 ⑤ 訪問看護事業者の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしていれば、訪問看護ステーションの人員基準(看護職員2.5人以上)を満たすことにより④の基準を満たすものとみなす ⑥「認知症対応型共同生活介護事業所」「地域密着型特定施設」「地域密着型介護老人福祉施設」「指定介護療養型医療施設」を併設する場合、一体的な運営をしていれば兼務可能(同一時間帯で職員の行き来を認める) ⑦必要な研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従する介護支援専門員(非常勤可、管理者との兼務可)を置く ⑧介護支援専門員は利用者の処遇に支障がない場合は、事業所・併設施設等の他の職務に従事できる

※ **太字**は看護小規模多機能型居宅介護で特徴となる部分(他は小規模多機能型居宅介護の基準に準じている部分)

⑦訪問リハビリテーション計画立案、指示の標準化について

- これまで、訪問リハビリテーション計画及び指示について必要項目が示されてきた。リハビリテーション計画書については標準例が提示されており、加算算定のために使用している事業所も多く、計画書の標準化は図れたと思われる。指示に関しては提示された項目を基に、各事業所が書式等作成していると思われるが、内容にバラつきがあることも予想される。

提案

リハビリテーション計画書の標準例は提示されているが、同様に別の医療機関からの情報提供および事業所医師による指示の漏れや不備を解消するため、「訪問リハビリテーション診療情報提供及び指示書」として標準例を提示してはどうか。

また、今後別の医療機関の医師が訪問リハ事業所医師に情報提供を行う場合、「適切な研修の修了」を確認する必要があるため、項目として加えてはどうか。

⑧給付適正化主要5事業（ケアプラン点検）について

- 全国介護保険担当課長会議資料（令和5年7月31日介護保険計画課）では給付適正化主要5事業の見直しが行われる予定となっている。

このうちケアプラン点検については、厚生労働省による「ケアプラン点検支援マニュアル」が作成されているにも関わらず、市町村による差が大きく、いわゆるローカルルールも多い。指定権者である市町村が行う点検であるため、さらに標準化に向けた取り組みをしてほしい。また令和6年度より、介護支援専門員の法定研修に取り入れられる「適切なケアマネジメント手法」に対応した「ケアプラン点検支援マニュアル」への変更が必要であると考えます。

給付適正化主要5事業の見直し。

現行。	見直し。
要介護認定の適正化。	要介護認定の適正化。
ケアプランの点検。	ケアプランの点検・住宅改修等の点検。 福祉用具購入・貸与調査。
住宅改修等の点検。 福祉用具購入・貸与調査。	
医療情報との突合・縦覧点検。	医療情報との突合・縦覧点検。
介護給付費通知。	→主要事業から任意事業へ。

公益社団法人 日本精神科病院協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

常務理事 湊野 勝弘

(医療法人社団淵野会緑ヶ丘保養園 理事長)

① 認知症の人への医療・介護連携加算について

●認知症の激しいBPSDに対して、居宅介護支援事業所や介護保険施設(居住系)から専門医療機関(精神科病院)への入院依頼が多い。情報提供書の作成や家族調整等に係る時間が多いため、施設に対し「情報提供加算」を付けることを要望する。

さらに、精神科病院において、BPSD等が軽減した認知症の人を受け入れた事業所等に対し、施設への「受入れ加算」を付けることは医療・介護連携を促進することになる。

② 介護医療院について

- 身体合併症は多く、配置医師の対応、看取りへの対応を行っている。基本報酬の引き上げ、薬剤の別途対応等への加算を要望する。
- 入所後も不安・抑うつ等があり、継続的に精神科医師の治療を受けている入所者は多い。集団の精神療法だけでなく、精神科医師による個別の精神療法はBPSDの発生を予防することができ、重要である。
週2回、1回150単位の加算を要望する。
- 重度認知症疾患療養体制加算のアップを要望する。

介護施設において、精神保健福祉士や作業療法士等、多職種協同でサービスを提供し、精神科医師の診療体制が整っていることは、認知症の本人、家族にとっても安心できる環境となる。

③ 要介護高齢精神障害者の介護施設への入所について

●令和2年の厚生労働省「患者調査」によると、精神疾患を有する75歳以上の入院患者数は11.6万人（認知症患者7.6万人を含む）である。介護施設への入所を考えた場合、病院での支払額に比べ介護施設での支払額が高額であり、入所することが出来ない。さらに持続性抗精神病注射薬や非定型抗精神病薬等の処方認められていない。

高齢精神障害者が他の高齢者と同様に、公平に介護サービス等が受けられることを強く要望する。