

平成17年11月25日

社会保障審議会
介護給付費分科会会長 殿

日本療養病床協会
会長 木下



介護報酬改定に関する要望

かつて「点滴漬け、検査漬け、薬漬け」といった批判のあった老人医療は平成2年から包括医療となった。粗診・粗療になり日本人の寿命が縮むといわれたが、日本人の寿命・健康寿命とも世界一となっている。これは包括医療で効率的な医療・ケアを一体的に行ってきた成果と考える。患者さん本人の尊厳を考え、ターミナルでも残された人生をいかに価値ある生涯を送るかという観点で取り組んできた成果と考える。介護保険開始後も介護療養型医療施設では介護と医療が同時に提供できる施設として存在してきた。今後はいっそうその特徴を生かし、在宅や他の介護保険施設で対応困難になった患者さんの入院施設としていっそうの機能充実に努めたい。

介護保険における介護療養型医療施設の特徴を明確化し利用者へのサービスの質の向上を図るためには以下の項目が重要と考える。これらの特徴を生かした介護保険施設として、介護療養型医療施設は質の向上に真剣に取り組むべきであり、当日本療養病床協会は会員に徹底し努力をいたしたいと考えている。また、実現に向けては次期介護報酬改定において人員配置の評価や報酬のあり方を考慮されることを要望する。

1. 介護職員の配置基準の見直し

先の改定で介護療養型医療施設の介護職員の3:1配置が削除されたが、その復活が必要である。ケアの質や安全は人の目や手の数によるところが大きく、特に夜間の人員を確保するためには最低3:1の介護職員が必要である。

2. リハビリテーション機能の充実

入院患者の状態を医療チーム(医師、看護師、リハビリスタッフ等)で正確に把握し、適切なリハビリテーションを実施し機能回復を図る。また、要介護度の進行を抑える。

在宅で機能が衰えた人にもリハビリテーションを行い、できるだけ長く在宅生活ができるようにする。

このためには以下の項目が必要である。

施設基準の獲得 : 理学療法Ⅱ、作業療法Ⅱ、言語聴覚療法Ⅱ以上
病棟におけるリハビリテーションの実施
アセスメント実施とケアプランとの連動
チームケアの推進

3. 在宅支援機能

24時間医師、看護師がいる事を生かし在宅で困難が生じた場合にはいつでも入院を受け入れる。

地域の医療機関や介護保険施設との連携を図る。
介護療養型医療施設入院時の在宅の主治医との関係
オープン化を図る。

4. 施設の介護支援専門員の業務の確立。

在宅との連携を図る。
チームケアの推進

5. 医療ソーシャルワーカーの必置

スムーズな入院や退院を調整し、在宅サービスとの連携を図るとともに、上記のリハビリテーションおよび在宅支援機能を補強するため、入院患者100人あたり1人程度の医療ソーシャルワーカーを配置する。
介護支援専門員との連携を図る。

6. 療養環境の整備

療養病床の今後の新規開設については、1床あたり8㎡以上とし、個室ユニット化を推進する。既存のものも経過措置を経て療養環境の向上を目指す。