



全老健第22-317号

平成22年10月28日

社会保障審議会 介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

社団法人 全国老人保健施設協会
会長 川合 秀昭
(社会保障審議会介護保険部会 委員)



介護老人保健施設の医療に関する意見書

介護老人保健施設の介護報酬には、「入院治療の必要のない範囲の医療」、言い換えれば、「外来レベル(実地指導等)」と表現される「日常的な医学的対応(処置、投薬等の医学管理)」の費用が包括されています。「介護老人保健施設は常勤医師が配置されるので、比較的安定している病状に対する医療については施設で対応できる(老企第59号)」で表現されるように、「入所者の病状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる時は、速やかに協力病院等に入院(転院)させることが原則」とされてきました。

療養型病床群の再編・急性期医療構造の変革と急速な高齢化の進展と医薬品をはじめとする医療技術の進歩によって、介護老人保健施設の果たすべき役割が、時代の要請に答えられなくなっています。

介護老人保健施設の役割とは、医療職である医師、看護職、リハビリテーション職と介護職・介護支援専門員という多職種協働によって、変動しやすい高齢者の病態・障害への急性増悪への対処、慢性期医療、回復期・維持期のリハビリテーションの提供、認知症の利用者へのケアと医療の提供です。これらの積み重ねによって、在宅生活を支援し在宅復帰を実現し、看取り医療を提供しています。

地域に応じた多様で多機能な介護老人保健施設こそ今後の地域包括ケアの中核施設です。単なる住まいではなく、リハビリテーションや医療機能を内在した中間施設の機能性を高めることこそが時代の要請です。地域のニーズに応じた多様な介護老人保健施設の機能の発揮のために、介護老人保健施設で行われる医療行為に対する給付の拡大を要望します。

【重点要望事項】

1. 中間施設としての機能発揮のための基本サービス費の適切な評価が必要です
「住まい」と異なる施設類型である介護老人保健施設の多職種協働における医療機能を評価し、医療職の人員配置、開設主体や有利子負債等に基づく基本サービス費の設定
2. 医療環境、時代の変容に応じた包括外給付の制約の見直しが必要です
 - イ. 不測の事態(感染症のまん延、新たな重大疾患の発症や急性増悪等)に対応可能となる制度整備、24時間医療・看護が可能となるような体制整備
 - ロ. 高齢者の有する多重な慢性疾患群への適切な治療と管理への評価
 - ハ. 感染症対策のための検査、薬剤の血中濃度の測定、栄養マネジメントやリハビリテーション計画のための検査や処置等の包括外給付の拡大
- ニ. 認知症治療とその身体合併症診療の実施などに対する適切な評価

【意見書についての解説】

1. 中間施設としての機能発揮のための基本サービス費の適切な評価

「住まい」と異なる施設類型である介護老人保健施設の多職種協働における医療機能を評価し、開設主体や有利子負債、医療職の人員配置等に基づく基本サービス費の設定が必要です。

【解説】

療養型病床群の再編が進行する一方で、医療技術の進歩は目覚しく、介護老人保健施設における医療の包括給付構造は、時代の変容に対応できなくなっています。

中間施設である介護老人保健施設には、医師や看護職、リハビリテーション職といった医療職の配置基準が設定され、特定施設や介護老人福祉施設といった「住まい」とは明確に異なる施設類型となっています。この医療職が内在化され多職種協働のチームケアを築いてきた機能こそ介護老人保健施設の真髄です。介護療養病床、介護療養型老人保健施設とは、医師や看護職との人員配置における濃淡であり、それぞれの濃淡に応じた基本サービス費を設定し、介護保険施設として一元化することが必要です。

基本サービス費において、医療職を含めた人員配置や有利子負債の多寡、寄付金や補助金の有無、減価償却費、多職種協働による医療機能の評価等を積み重ね、根拠に基づいた算定構造を明らかにし、適切な基本サービス費として設定するよう要望します。

2. 医療環境、時代の変容に応じた包括外給付の制約の見直し

イ. 不測の事態（感染症のまん延、新たな重大疾患の発症や急性増悪等）に対応が可能となる制度整備

- 1) インフルエンザ等感染症対策の包括外給付の導入
- 2) 夜間・早朝（20時～7時）において行った医師による緊急時診療の評価
- 3) 24時間の看護師常駐に関する評価
- 4) 上記を前提とした不測の事態に対応するための制度的対応
- 5) 老健施設の医療体制では対応しきれない不測の事態での他科受診・同科受診（セカンド・オピニオンを含む）・転院に関する医療の連続性を担保する仕組みの構築

【解説】

今年も、新型インフルエンザ（A/H1N1）や季節性インフルエンザの流行も懸念されています。介護老人保健施設においては、医療行為が介護保険給付からの包括払いとなっています。このため、インフルエンザや各種感染症への診療や感染防止対策等の適切な体制を構築し実行しても、その請求手段が存在しません。

介護老人保健施設内で利用者の不測の事態に対応する仕組みとしては、「緊急時治療管理料」と特定治療が設定されてきてだけです。これらの結果、介護老人保健施設から医療機関への退所率は45.3%前後となっています。要介護高齢者がこの“医療機関”に日常的に転院する仕組みは、利用者・介護者の身体的・経済的負担感の増大を招き、医療経済的に考えても決して

て望ましいものではありません。

介護老人保健施設の常勤医師は1名であり、突発的な夜間の診療や対診等に関する評価の設定はありません。さらに「介護老人保健施設における24時間の看護師常駐は、法規上設定されていない。」として看護機能も制度的に重要視されてきたとは言い難いものです。

しかし、介護老人保健施設は、制度創設以来、益々多様化する利用者のニーズに対応してきました。介護老人保健施設において、医学的管理上の不測の事態(感染症のまん延、新たな重大疾患の発症や急性増悪等)に24時間365日適切に対応し、施設内において治癒可能な疾患は治癒させることによって、医療入院(転院)による費用を抑えることをめざした制度整備が必要です。

一方で、介護老人保健施設の医療機能で対応しきれない不測の事態に対しては、他科受診やセカンドオピニオンとしての同科受診等が確実に可能となる必要があります。

「具体的事項」

- 1) 集団感染防御治療の包括外評価 : インフルエンザ(新型、季節性)ノロウイルス等
インフルエンザにとどまらず、種々の感染症対策への包括外給付が可能になる必要があります。
- 2) 新たな重大疾患の発症や急性増悪等については以下の各疾患群への対応が必要であり、疾患群ごとの包括評価や加算の在り方についての検討が必要です。
 - イ) 急性(嚥下性)肺炎治療
 - ロ) 急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪治療
 - ハ) 急性心不全(心筋梗塞を含む)・慢性心不全の急性増悪治療
 - ニ) 消化器疾患(異食・拒食・嚥下困難・出血・通過障害等)治療
 - ホ) 尿路感染症 急性腎盂炎、急性腎炎治療
 - ヘ) 脳出血・脳梗塞等緊急治療
 - ト) 骨折等治療管理
 - チ) その他、意識障害、一時的で重篤な代謝障害、薬物中毒(重篤なもの)等治療
 - リ) 緊急時検査の評価

ロ. 高齢者の有する多重な慢性疾患群への適切な治療と管理への評価

医療費の伸びの大部分が、高齢化ではなく、医療技術の進歩によるものであることは、世界の医療経済学の常識といわれています。進行性の病態や激しい症状等を抑え、生活機能や要介護状態を改善、あるいは、進行を予防、安定化する等の効果が確認されながら、包括給付になじみにくい薬剤等が広く使われる時代になりました。さらに、これらの効果については、主治医や調剤薬局、さらにマスコミ等を通じて、利用者が理解し、その使用を強く求めている現実があります。

具体的には、パーキンソン病治療薬、認知症治療薬、抗悪性腫瘍薬や免疫抑制薬、経口等の麻薬、関節リウマチ治療薬、抗うつ剤、肝不全や腎不全に対する経口薬、そして、インシュリン製剤(カートリッジ式)、前立腺癌のホルモン療法治療薬等です。疾患群に応じた適切な治療が可能になるよう包括外給付の制約の緩和が必要です。

「具体的な要望事項」

進行性の病態や激しい症状等を抑える効能が一般に認められ、入所者の ADL 等を改善(維持)に効果を示す可能性が高いものを対象とする必要があります。

- 1) 難病関係の薬剤:パーキンソン病、脊髄小脳変性症治療薬
- 2) カートリッジ式インシュリン製剤
- 3) 慢性閉塞性肺疾患にかかわる吸入薬・貼付剤
- 4) 抗悪性腫瘍薬、免疫抑制薬
- 5) 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- 6) 関節リウマチ薬
- 7) 肝不全の分岐鎖アミノ酸内服薬
- 8) 抗うつ薬のSSRI SNRI
- 9) 腎不全の内服界面活性剤、カリウム吸収薬
- 10) 慢性動脈閉塞症等に対するプロスタグランジン製剤
- 11) 緑内障の点眼薬
- 12) その他:褥瘡治療のドレッシング製剤

ハ. 感染症対策のための検査、薬剤の血中濃度の測定、栄養マネジメントやリハビリテーション計画のための検査や処置等の包括外給付の拡大

全ての介護老人保健施設が医療機能を強化するというものではなく、リハビリテーション機能の強化や認知症の処遇改善を行ったり、地域のニーズに応じた多様なサービスを提供したり、多様なサービスを発揮できる施設として存在することを可能にすることが重要です。

利用者の安全の確保と根拠に基づく各種(安全確保のためのリスク対応、感染症、栄養、リハビリテーション等)マネジメント計画のための各種検査の包括外給付と、実際に提供可能である処置等への包括給付の調整が必要です。

「具体的な要望事項」

- 1) 治療薬物モニタリングを要する薬剤の血中濃度測定
- 2) インフルエンザ診断:流行初期等で、特に鑑別を有する場合
- 3) 糖尿病におけるHbA1cの測定
- 4) 心不全におけるBNPの測定
- 5) 細菌培養同定・感受性検査(抗酸菌を含む)
- 6) 悪性腫瘍の確定診断と指標となるマーカーの特定の元での腫瘍マーカーの測定

*その他:処置等の包括給付の調整

- 7) 喀痰吸引:1日6回以上に対する評価の新設
- 8) 創傷処理:筋肉臓器に達しない5cm以上を包括外へ
- 9) デブリードマンを包括外へ
- 10) 「在宅自己注射指導管理料」の算定

ニ. 認知症治療とその身体合併症診療の実施などに対する適切な評価

[具体的要望事項]

- 1) 有用性が一般に認知されている認知症治療薬の包括外給付の拡大
- 2) 行動障害やせん妄等が顕在化している期間への対応
- 3) ソフトとしてのユニットケア、少人数処遇に対する人員配置への評価
- 4) 認知症高齢者の合併症発症時の身体管理と治療

[解説]

認知症の医療とリハビリテーション、ケアについての真摯な議論が必要です。とりわけ、周辺症状・行動障害への安全・安心を提供するためには、環境因子としての人員配置の加配や、医師、看護・リハビリテーションスタッフ、介護職の資質の向上と連携こそが重要です。個室化の推進は必要であっても、ソフトとしてのユニットケアという少人数処遇への検証が必要です。少人数処遇の有用性を環境因子だけでなく、処遇の質として再評価することが必要です。

認知症そのものに対する医療は、ワクチン開発も含めて新薬の登場も期待されており、利用者への認知症治療に対する包括外給付の制約の緩和が必要です。

また、認知症高齢者の合併症治療は、認知症高齢者に病識が欠けているために、相当の困難性を伴うものであり、医療機関においての受け入れが困難な事例も少なからずみられます。適切な身体合併症治療を行うための、人員配置の手厚さへの評価と具体的診療行為への評価が必要です。