

全老健第19-177号

平成19年8月1日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合 秀治

療養病床の転換に伴う申し入れ書

昭和60年にまとめられた「中間施設に関する懇談会中間報告」に示されたように、老健施設は、多様なニーズに対応できる、居宅と施設それぞれのサービスが提供できる地域の拠点となるよう、さまざまな努力を重ね実績を築いて参りました。この中には、在宅復帰・リハビリテーションをはじめ、医療機能や終末期（看取り）への対応も含まれております。

「(仮称)医療機能強化型老人保健施設」の機能として示された①夜間等日勤帯以外の時間帯の対応（医師は老健施設医師のオンコールや他の保険医療機関の医師の往診、看護職は夜間等にも配置）、②入所者の看取りへの対応、③リハビリテーションは、その報酬上の評価がなされていなくても、すでに従来からの老健施設が、利用していただいている高齢者やその家族のために実践してきたことでもあります。

ところが、これまでの分科会での議論は、いわゆる「療養型」をどの様に「転換型老健」に移行させるかのものに偏重しすぎている様に感じられます。背景には「800兆円にも達した赤字国債償還問題」の国家財政の喫緊の課題があることは十分に承知しておりますが、社会保障問題に関して現場からの意思表示も重要と考え、この申し入れ書を分科会長に提出致します。

1. 私達、老人保健施設のこれまでの実践を

正しく評価していただくこと

2. いわゆる「転換型老健」の創設にあたっては、

ダブルスタンダード導入を阻止していただくこと

以下、詳細を添付致します。

介護保険制度の創設の頃より、「介護保険施設の一元化」の考え方が示されるようになり、そして、施設サービス関係者の間では、これに関する議論が事あるごとに行われてきました。

「介護施設の在り方に関する委員会」において、老健施設の名称を冠した「(仮称)医療機能強化型老人保健施設」を創設し、これを将来にわたって保持し、既存の老健施設からの参入は認めないとの案が示されました。これに対し、多くの委員から「老健施設サービスでの二類型化(ダブルスタンダード)では、在宅復帰を主要命題とする老健施設に“何のために転換”させようとするのか、筋が通らない! 国民に本当に寄与するのか?」等の意見が述べられています。

1. 夜間等日勤帯以外の時間帯の対応(医師は老健施設医師のオンコールや他の保険医療機関の医師の往診、看護職は夜間等にも配置)

- 1) 既存の老健施設にとって施設医師のオンコール体制や併設あるいは協力医療機関との連携は常識である。この連携機能と薬剤等の包括給付の要因が重なり、医療機関への退所率は38.5%(別紙:図1)となっている。
- 2) 既存の老健施設に対する都道府県の実地指導の実態として、「看護職の365日24時間配置」が求められてきた。80%以上の施設でこの配置が実施されている。(17年12月 全老健調査)

2. 入所者の看取りへの対応

- 1) 死亡退院(退所)は、介護療養型医療施設27%(退院6121人中1653人)、老健施設2.2%(退所19966人中439人)であり、実数としては4倍程度の差でしかない。(別紙:図1)
- 2) 老健施設にも医療区分2・3の利用者が入所している。(別紙:図2)
- 3) 老健施設のうち35.4%で終末期医療(看取り)を行っている。(平成17年12月全老健調査:調査数=1974施設)

3. リハビリテーション

- 1) 介護療養型医療施設にも17.9%の家庭への在宅復帰がある。(別紙:図1)
- 2) 介護療養型医療施設にも「リハビリテーションにより在宅復帰の可能性のある利用者」が入院している。(別紙:図3)

これらのデータは、老健施設と介護療養型医療施設に関して示されてきた違いは、“利用者の個別特性分布の違い”だけでしかないことを示しております。そして、これは、施設の方針や地域のニーズにより変化していく可能性が高いことをご理解願います。

従来からの老健施設の老健施設たる特徴は「多様性」とその「理念、役割」（別紙：参考）にあります。

老健施設が、今、現実に行っている実践を評価することなく、さらに一元化に関する過去の真摯な議論や老健施設の理念・役割等を軽視し、法律化された病床削減を実現するためにのみ「(仮称)医療機能強化型老人保健施設」を創設するのであれば、これを容認することは到底できません。

しかし、同時に既存の老健施設の多様性が評価され、これを制度上裏打ちする一つの方法となるならば歓迎出来るものと考えます。

現時点における具体的な方策としては、まず、老健施設と「(仮称)医療機能強化型老人保健施設」の両者を介護保健施設サービス費の同一軸に置いた上で、「多様性」や「特徴」を表現するための何らかの仕組みを用い、機能に伴う給付構造を明らかにすれば、委員や国民の幅広い理解が得られるものと考えます。

具体的提案事項

I. 転換によっても老健施設は一類型とすること

1. “完全型”老健施設は“既存の老健施設”であり、転換型・移行型は“介護保健施設サービス費”を用いた“経過型”であることを明確にすること
2. 転換・移行(経過)型老健施設も、既存の老健施設と同じ理念・役割等の元にあることを明確にすること
3. 廊下幅を除き、設備、人員等が既存の老健施設と同等の仕様となるまでは、「老人保健施設」の表記に何らかの工夫を加えること

II. 療養病床の転換に伴う給付費等の設定について

1. 給付費の設定においては、介護保健施設サービス費をもとに、各種スタッフ配置、施設環境、在宅復帰支援機能加算等により構造を透明化し、平等性を図ること
2. 介護保健施設サービス費がコストの積み上げにより設定され、より透明性の高い構造を持ったものとなるように取り組むこと
3. 利用者の個別特性(利用目的、状態像、疾病特性、看護必要度、リハビリ必要度等)の形態となるように取り組むこと

III. 老健施設の医療について(詳細は後日発表)

1. 老健施設入所者の不測の事態(新たな重大疾患の発症や急性増悪等)に対応するための制度整備とその評価を行うこと
2. 老健施設入所者への「時代に合った“標準的な治療”」を確立し、評価すること

3. 安全管理とチームケアのためのケアプランやリハビリテーション実施計画、栄養ケア・マネジメントにおいて指針を提示するための検査の包括除外
4. その他：「終末期」および「終末期医療」の定義、また「終末期医療費」の議論は、慎重かつ科学的に積み上げ、真摯に国民に問い掛けること

IV. 老健施設におけるリハビリ機能の明確化とその評価について

利用者特性（発症時期や利用者の生活機能、利用目的等）に合わせたリハビリテーション等の提供とその評価が必要である。具体的には以下の10項目である。

1. リハビリテーションの提供に必要なコスト（人件費等）の評価
2. 在宅復帰の際の生活環境調整（リフォームや福祉用具の選定等）に関するPT、OTも含めた多職種協働の訪問に対する評価の新設
3. 前終末期・終末期の個別リハビリテーションの評価

<新設の提案>

4. 回復期にある利用者へのリハビリテーション対応の充実
5. 要支援1・2の発症（転倒後、肺炎後等）直後に対応するためのリハビリテーション（水際作戦）の新設
6. 短期集中リハビリテーションに関するリセット条件の設定

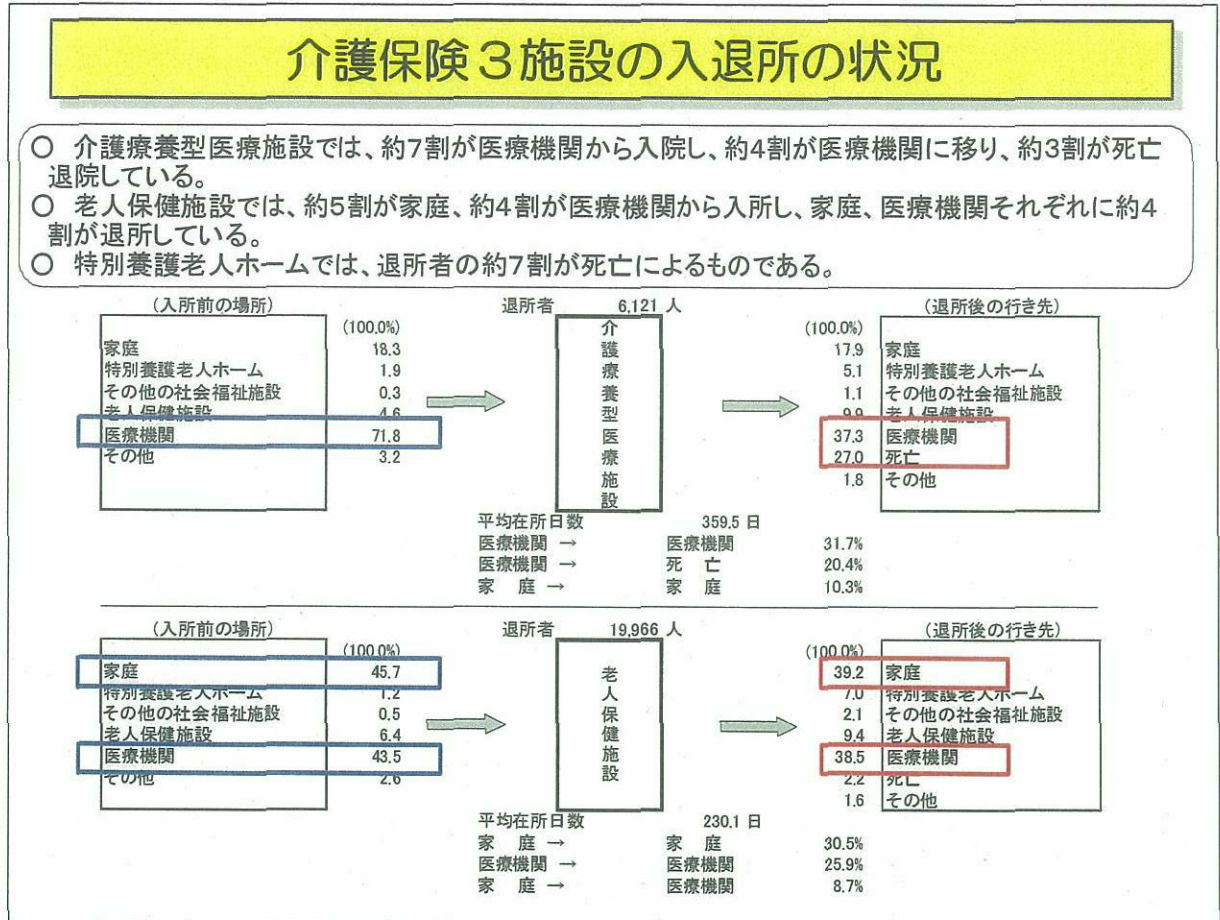
<個別評価>

7. 短期集中リハビリテーションの評価の向上
8. （認知症）短期集中リハビリテーションにおける個別対応の評価の向上
9. リハビリテーションマネジメント加算を廃止とリハビリテーションケア連携加算の新設：ケアプランとリハビリテーションの連携プロセスに対する評価
10. 個別リハビリテーションおよび小グループリハビリテーション実施の評価（計月10回上限）

V. 療養病床の転換支援と連動した既存の老健施設への支援策の実施

1. 従来型老健施設（他の施設に比べ在宅復帰率が高い）を有する医療法人に対する有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅の設置を優先的に行うこと
2. 上記に関する独立行政法人福祉医療機構の融資条件の優遇を実施すること
3. 改修等に関する特別償却制度（法人税）を創設すること

(図 1)



「平成15年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省老健局 平成15年9月)

(図 2)

