

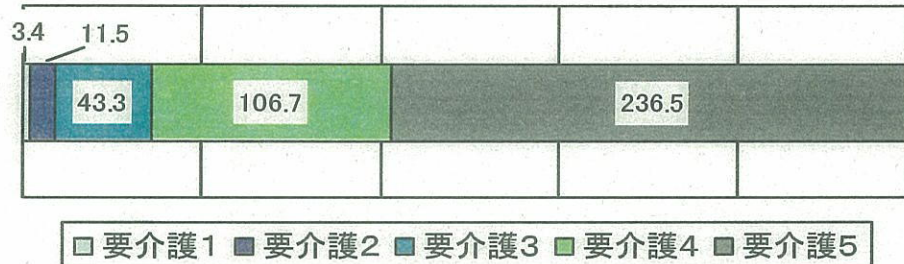
介護療養型医療施設について

I 介護療養型医療施設の現状と課題

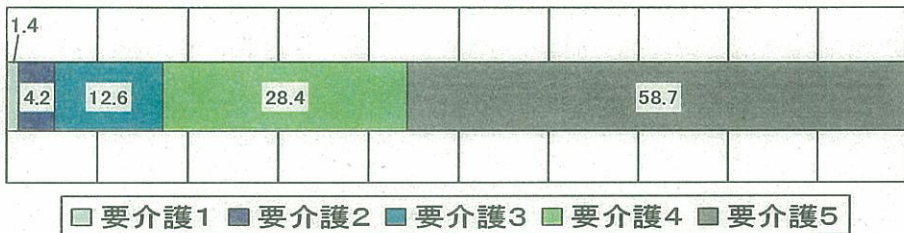
【介護療養型医療施設の利用状況】

- 介護療養型医療施設の利用者数は約10.5万人、費用額は約401億円であり、施設サービス費に占める割合は約17.3%である(平成20年5月審査分)。
- 利用者の平均要介護度は4.32、利用者のうち要介護3以上の者の割合は約95%である(平成20年5月審査分)。近年、利用者に占める中重度者の割合は増加している。

介護療養型医療施設の費用の状況(億円)

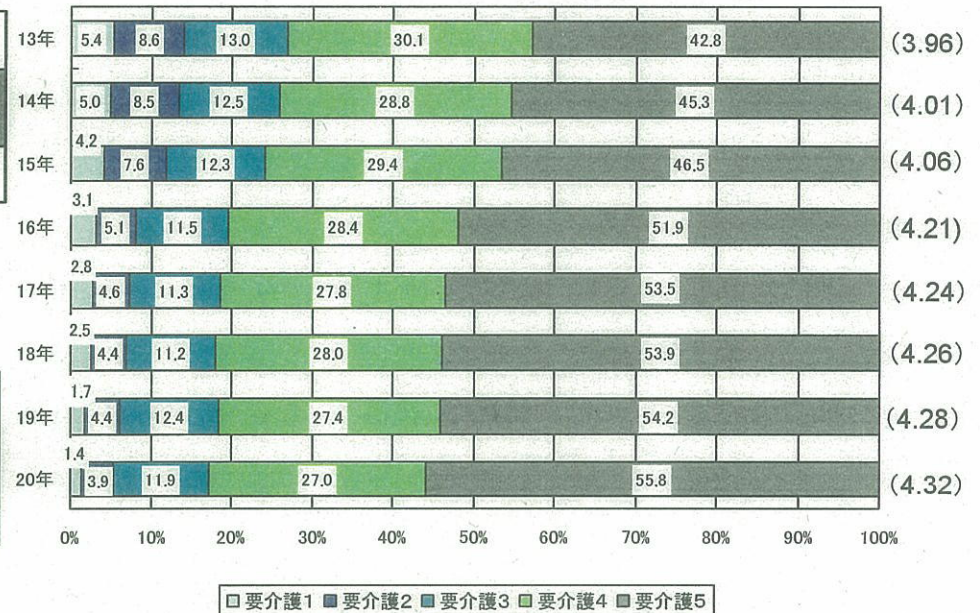


介護療養型医療施設の利用者の状況(千人)



要介護度別入所者数(構成割合)の年次推移

(平均要介護度)

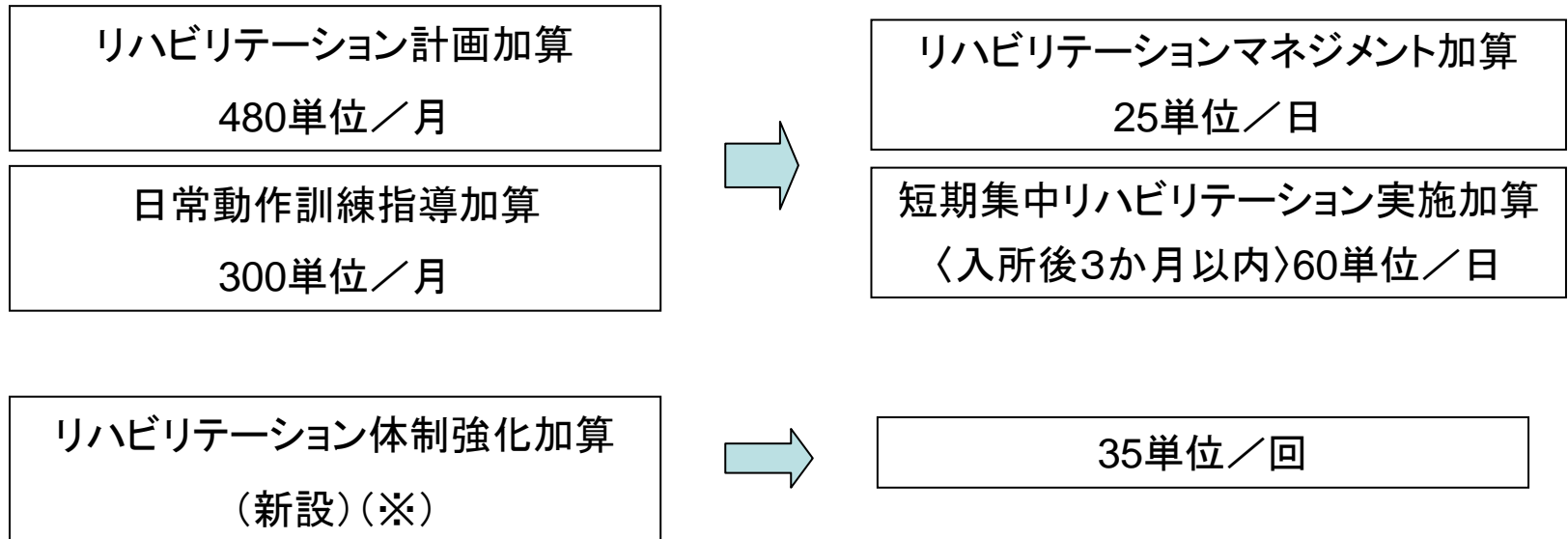


(出典)介護給付費実態調査(平成20年5月審査分)

(出典)介護給付費実態調査(各年5月審査分)

【平成18年介護報酬改定における見直し】

○平成18年介護報酬改定においては、リハビリテーション機能の充実の観点から、個別のリハビリテーション実施計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスの実施や、多職種協働による短期・集中的なリハビリテーションを評価する見直しが行われた。



(※)理学療法Ⅰ、作業療法又は言語聴覚療法を算定している施設が、PT、OT又はSTを1名以上加配した場合に算定できる。

【介護療養型医療施設におけるリハビリテーションに係る加算の算定状況】

- リハビリテーションマネジメント加算については、特定診療費における理学療法等の算定回数に対して、約9割の算定実績がある。
- 短期集中リハビリテーション実施加算については、特定診療費における理学療法等の算定回数と比べ、算定実績は必ずしも高くはない(約5%)。

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションに係る加算の算定状況

	要件等	回数 (千回)	算定割合 (%)
リハビリテーションマネジメント加算 (1日25単位)	イ 医師、PT、OT、ST、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して、入院患者ごとのリハビリ実施計画を作成していること ロ 入院患者ごとのリハビリ実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けたPT、OT、STがリハを行うとともに、入院患者の状態を定期的に記録していること ハ 入院患者ごとのリハ実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直ししていること ニ リハを行う医師、PT、OT、STが、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること	1034.4	91.4%
短期集中リハビリテーション実施加算※ (1日60単位)	入院日から3か月以内の期間に集中的にリハを個別的に実施(1週につき概ね3日以上)した場合	57.8	5.1%
(参考)理学療法等 (特定診療費)	—	1132.3	

(出典:介護給付費実態調査H19.5審査分からH20.4審査分の月平均)

【リハビリテーションの人員配置基準について】

- 特定診療費における理学療法（Ⅰ）及び作業療法に関する人員配置基準は、医療保険における脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅲ）や運動器リハビリテーション料（Ⅱ）と同等。

	理学療法（Ⅰ） 180単位	理学療法（Ⅱ） 100単位	理学療法（Ⅲ） 50単位
介護保険	専任常勤医師1名以上 専従PT1名以上	医師1名以上 週2日以上勤務のPT1名以上 専従の理学療法経験のある従事者1名以上	理学療法（Ⅰ）（Ⅱ）以外の施設
医療保険	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 190点	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 100点	
	専任常勤医師1名以上 専従常勤のPT、OT、STあわせて4名以上	専任常勤医師1名以上 専従常勤PT、OT、STいずれか1名以上	
	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 170点	運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 80点	
	経験を有する専任常勤医師1名以上 専従常勤のPT又はOT2名以上 又は専従の常勤PT、OTあわせて2名以上	専任常勤医師1名以上 専従常勤PT、OTいずれか1名以上	

（※）特定診療費の作業療法（180単位）の人員配置基準は、理学療法（Ⅰ）と同様（PTをOTを読み替え）

【集団コミュニケーション療法について】

- 平成20年診療報酬改定において、脳卒中後の者などのうち、失語症等の言語障害を有する者について、言語聴覚士が集団で実施するコミュニケーション療法が新設されたが、介護報酬上の評価はなされていない。
- 介護療養病床には、脳血管疾患の患者や失語症の患者も入院している。

○失語症患者に対する集団療法及び個別療法の効果(田上ら)

項目	集団療法(個別+集団又は集団のみ) N=119	個別療法のみ N=26
言語機能改善	60%	58%
コミュニケーションADLの改善	38%	35%
社会適応の改善	34%	23%
心理的改善	33%	31%

○介護療養病床入院患者について(平成18年介護サービス施設・事業所調査)

全入院者	うち脳血管疾患患者
111,099人	57,388人(51.7%)

○介護療養病床入院患者について(平成18年度「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」(複数回答))

調査対象者	うち失語症	うち脳梗塞	うち脳出血
2,671人	299人(11.2%)	1,277人(47.8%)	457人(17.1%)

○言語聴覚療法の算定実績(言語聴覚士が1対1で行うもの)

97千回 (介護給付費実態調査:平成20年5月審査分)

【外泊時の費用について】

- 介護療養型医療施設については、入所者に対して外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて、1日につき444単位(※)が算定できることとなっている。

※ 多床室の場合：要介護3(954単位)の46.5%、要介護4(1,111単位)の40.0%、要介護5(1,152単位)の38.5%

※ 算定実績：0.8千日／月。(介護給付費実態調査：H20年5月審査分)

- 平成17年10月に実施した施設給付の見直しにより、居住費は保険給付の対象外とした。
このことに関し、施設入所者の入院・外泊の際の居住費の取扱いについては、施設と利用者の契約により定められるべき事項ではあるが、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費の対象として徴収をすることができることとしている。
- なお、診療報酬においては、入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料の基本点数の15%を算定できることとなっている。

【他医療機関受診時の費用について】

- 入院患者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該患者に対し他の病院又は診療所において当該診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定単位数に代えて、1日につき444単位(※)が算定できることとなっている。

※ 多床室の場合：要介護3(954単位)の46.5%、要介護4(1,111単位)の40.0%、要介護5(1,152単位)の38.5%

※ 算定実績：2.8千日／月。(介護給付費実態調査：H20年5月審査分)

- なお、診療報酬においては、入院患者が他医療機関を受診した際には、入院基本料の基本点数の30%を算定できることとなっている。

Ⅱ これまでの指摘等の概要

【平成19年12月10日 社会保障審議会介護給付費分科会ワーキングチーム報告】

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

○ 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討が必要ではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

(3) 施設系の事業について

○ 施設入所者の重度化の進展などを踏まえた施設の人員配置基準の在り方や介護福祉士等の専門性の高い職員を多く配置した場合の評価の在り方、任用要件について検討すべきではないか。

○ 平成20年2月13日 中央社会保険医療協議会答申書「平成20年度診療報酬改定及び当該診療報酬改定における個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細書の交付の一部義務化、処方せん様式の変更等について」における本協議会からの意見

- ・ 医療保険と介護保険のサービスが切れ目なく提供されるよう、引き続き検討を行うこと

Ⅲ 介護療養型医療施設の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 介護療養型医療施設の報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。
 - ① 医療保険との役割分担及び評価の整合性等の観点から、リハビリテーション(特定診療費)の評価の見直し。
 - ② 従事者のキャリアアップ・処遇改善につながるよう、資格・経験年数や事業所の処遇改善に向けた取組に対する評価。

【具体的な論点①】

1. 介護療養型医療施設におけるリハビリテーション(特定診療費)については、医療保険との役割分担を明確にし、医療保険との整合性をはかる観点から、その算定実績を踏まえ、次の方向で見直しを行うこととしてはどうか。

(1) リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションに関する計画作成、実施、評価、計画の見直しという「PDCAサイクル」の流れを評価したものであることや、その算定実績を踏まえ、本体報酬に包括することとしてはどうか。

(2) 入院後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算については、その評価を見直すこととしてはどうか。

※ 介護療養型医療施設における認知症短期集中リハビリテーションについては、認知症対策を議論する際に併せて議論を行う。

(3) 理学療法及び作業療法については、医療保険との役割分担や医療保険における施設要件等との整合性の観点から、評価の見直しを行ってはどうか。

(4) 失語症等の言語障害を有する者に対して、言語聴覚士が集団で実施するコミュニケーション療法について、新たに評価をしてはどうか。

【具体的な論点②】

2. 外泊時費用については、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は、引き続き居住費の対象として徴収をすることができることを踏まえ、その評価を見直すとともに、入院中の患者に対し他医療機関における診療が行われた場合の評価についても見直してはどうか。
3. 介護従事者のキャリアアップの仕組みを含めた評価の在り方については、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。