



全老健第 19-365 号  
平成 20 年 1 月 10 日

厚生労働省老健局長  
阿曾 昭 慎 司 殿

社団法人全国老人保健施設協会  
会長 川 合 秀 洋



## 老健施設の医療に関する要望書

平成 20 年度診療報酬改定に向けて

昭和 62 年以来、介護老人保健施設（以下、老健施設）の報酬には、「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、「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」とされてきた。

しかし、近年の医学の発展により日常的な治療（薬剤、検査等）の内容が大きく変化し、現在の包括給付になじみにくい種々の薬剤・検査等が“外来診療で使われる（実施される）”ようになってきた。また同時に、医療機関の治療状況の変化（平均在院日数の短縮や外来対応の拡大等）や家族の要望等により、老健施設において入院レベルの治療や終末期（看取り）の対応が行われるようになってきている。認知症医療（リハビリテーションや認知症特有のケアも含め）の構築も未だに大きな課題である。これらの状況変化に対応するため、以下の事項について要望する。

### 【 要 望 事 項 】

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、施設死亡等）に対応するための制度の整備（評価の新設あるいは調整）
  - 1) 不測の事態（病態）の発生に対応した加算等の給付設定の調整
  - 2) 医師による緊急時診療および関連医療機関からの往診に対する評価の新設
  - 3) 24 時間の看護職員常駐に関する評価の新設
  - 4) 老健施設で実施した終末期の対応（看取りのプロセス）に対する評価の新設
2. 老健施設入所者への日常的な医学的対応（薬剤、検査、処置等）に関して、「時代にあった」包括内、包括外給付」の仕組みへの制度調整
  - 1) 「進行性の病態や激的な症状等を抑える」効能が一般的に認められ、入所者の ADL 等の改善（維持）に効果を示す可能性が高いものを対象とする。
  - 2) 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等の包括外給付の拡大
3. 定常的に医療区分 2・3 の状態にある老健施設入所者に対する評価の新設
4. 認知症医療には“治療”と同時に、認知症特有のケアやデイケア・リハビリテーションも不可欠であり、その質の向上と標準化へ向けた諸施策の実施医薬品使用の適正化、周辺症状への高度なケアとしての対応加算、人員加配の評価等

平成20年1月10日  
(社)全国老人保健施設協会

## 老健施設の医療に関する要望事項詳細

### 平成20年度診療報酬改定に向けて

介護老人保健施設（以下、老健施設）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る。「老健施設は常勤医師が配置されているので、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ことから（老企第59号）」で表されるように、「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」とされてきた。

比較的安定している病状に対する医療において老健施設の医師は、新薬に頼らず「比較的安価な“昔の新薬”」で病態をコントロールできることを見つけ、基本的な診療や検査で対応する技術を培ってきた。制度創設直後からの施設医師の努力により、“昭和62年を基盤とした標準的な治療”が確立してきた。

しかし、医学の発展により、近年においては、日常かつ一般的な治療（薬剤、検査等）が大きく変化し、結果的に、外来治療および入院治療と“包括給付制の入所”時の治療との間に大きな歪みが生じてきた。

転換型老健の議論が進んでいる現時点において、これらの歪みを認識し、老健施設における医療の内容について提案するものである。

#### 重点要望事項

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”」の確立
3. 入所者の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等
4. 認知症医療には“治療”と同時に認知症特有のケアやデイケア・リハビリテーションも不可欠であり、その質の向上と標準化へ向けた諸施策の実施

# 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。

## [具体的な要望事項]

- 1) 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の新設
- 2) 24時間の看護師常駐に関する評価の新設
- 3) 上記1) 2) を前提とした、不測の事態に対応するための制度的対応、加算の設定
  - ① 急性（嚥下性）肺炎治療加算（1日につき〇〇〇単位、1月に7日まで）
  - ② 集団感染防御治療加算（同上）：インフルエンザ、ノロウイルス等
  - ③ 脳出血・脳梗塞等治療加算（同上）
  - ④ 帯状疱疹治療加算（同上）
  - ⑤ 急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪治療加算（同上）
  - ⑥ 急性心不全（心筋梗塞を含む）治療加算（同上）
  - ⑦ 消化管出血治療加算（同上）
  - ⑧ 急性胆道感染症治療加算（同上）
  - ⑨ 腸閉塞治療加算（同上）
  - ⑩ 急性腎盂炎、急性腎炎治療加算（同上）
  - ⑪ 直径10cmを越える蜂窩織炎、膿瘍等治療加算（同上）
  - ⑫ 脱水症治療加算（1日につき〇〇〇単位、1月に3日まで）
  - ⑬ 急性四肢動脈閉塞治療加算（1日につき〇〇〇単位、1月に14日まで）
  - ⑭ 骨折等治療加算（1日につき〇〇〇単位、1月に30日まで）
  - ⑮ 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）等治療加算（1日につき〇〇〇単位、1月に5日まで）
  - ⑯ 緊急時検査加算（1日につき〇〇〇単位、1月に2回まで）

## [解説]

老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（月1回3日間：経過観察や医療入院への橋渡し）」が設定されてきただけである。これらの結果、老健施設から医療機関への退所率は38.5%となっている。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、多重の疾患を有する高齢者の特性を踏まえても、また、医療経済的に考えても決して望ましいものではない。

代表的な老健施設における介護保険制度施行前と施行後の近年の「医師の処方や指示等（日勤帯）の件数」を比較すると、件数等は明らかに増加していた。このことは、老健施設入所者の疾病構造が変化し、病状不安定な利用者が増加している可能性が強く示唆された。

[医師の処方や指示等（日勤帯、定期処方等を除く）]

	H9年6月	H18年6月
1日最小値(回)	0	4
1日最大値(回)	12	21
1日中央値(回)	7	10
1日平均値(回)	6.3	9.7
標準偏差	3.0	3.7
1か月計(回)	190	291
平均入所者数	74.3	72.2

老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ない。さらに「老健施設における24時間の看護師常駐は、法規上設定されていない。」と表現されるごとく、看護機能も制度的に重要視されてきたとは言い難い。

しかし、私共老健施設は、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た。その中核には“医療ニーズ”がある。制度的には不備であっても現場はそのニーズに適切に対応してきたとの自負がある。

老健施設において、健康状態に関する不測の事態（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。」、結果的に「“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ある。

さらに、今後、疾病の発生率やその対応のための費用等について継続的に検証する必要がある。

## 2. 老健施設入所者への「時代に合った“標準的な治療”」の確立

進行性の病態や激的な症状等を抑え、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“外来診療”等において使われることとなった。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る。

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）等々である。

近年の財政状況や今後の高齢化の進行を考えると、後発薬を第一選択とし、高額な薬剤処方に抑止効果を示す仕組みを導入する必要がある。そこで、以下の包括外保険給付の仕組みを提案する。

### 〔具体的な要望事項〕

「進行性の病態や激的な症状等を抑える」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。

- 1) 難病関係の薬剤：パーキンソン病（特にドーパミンアゴニスト、MAO-B阻害薬、ノルアドレナリン前駆物質）、脊髄小脳変性症治療薬
- 2) 抗悪性腫瘍薬、免疫抑制薬
- 3) 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- 4) 関節リウマチ薬
- 5) カートリッジ式インシュリン製剤
- 6) 肝不全の分岐鎖アミノ酸内服薬
- 7) 抗うつ薬のSSRI
- 8) 腎不全の内服界面活性剤、カリウム吸収薬
- 9) 慢性動脈閉塞症等に対するプロスタグランジン製剤
- 10) 慢性閉塞性肺疾患にかかわる吸入薬・貼付剤
- 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

前医（あるいは他科受診）により処方（指示）されている場合は、施設の常勤医師より前医等に「進行性の病態や激的な症状等を抑えた経過があること」、「他により安価な代替品が無いこと」等を確認、記録するものとする。また、施設で新規に開始する場合は、1か月以内の時点での変化を記載し、その有効性を記録することを必須とする。

[解説]

老人保健施設には、実際に上記のような治療を必要とする利用者が入所している。

[老健施設入所者の基礎疾患分布（10%無作為抽出）]

	なし		あり	
	度数	%	度数	%
片麻痺等が明確な脳梗塞	6460	81.5%	1465	18.5%
麻痺が一目瞭然でない脳梗塞	6400	80.8%	1525	19.2%
脳出血	7199	90.8%	726	9.2%
その他の脳血管障害	7567	95.5%	358	4.5%
脳血管性痴呆	6243	78.8%	1682	21.2%
アルツハイマー病等の痴呆	6997	88.3%	928	11.7%
その他の痴呆	6152	77.6%	1773	22.4%
うつ病	7623	96.2%	302	3.8%
パーキンソン病や脊髄小脳変性症等の神経疾患	7376	93.1%	549	6.9%
その他の脳神経・精神疾患	7485	94.4%	440	5.6%
脊椎損傷	7846	99.0%	79	1.0%
脊椎管狭窄症	7803	98.5%	122	1.5%
坐骨神経痛	7885	99.5%	40	.5%
頭痛・腰痛等の種々の疼痛	7455	94.1%	470	5.9%
関節リウマチ等の膠原病	7759	97.9%	166	2.1%
骨粗しょう症	7117	89.8%	808	10.2%
変形性脊椎症	7401	93.4%	524	6.6%
大腿骨骨折(頸部含む)	6784	85.6%	1141	14.4%
大腿骨以外の骨折	7372	93.0%	553	7.0%
変形性膝関節症	6999	88.3%	926	11.7%
高血圧	5223	65.9%	2702	34.1%
慢性心不全	7147	90.2%	778	9.8%
心筋梗塞・狭心症	7334	92.5%	591	7.5%
閉塞性動脈硬化症	7823	98.7%	102	1.3%
気管支喘息	7723	97.5%	202	2.5%
気管支拡張症・慢性気管支炎等の慢性閉塞性肺疾患	7698	97.1%	227	2.9%
高脂血症	7619	96.1%	306	3.9%
胃や腸の疾患	7253	91.5%	672	8.5%
肝硬変症・肝不全	7826	98.8%	99	1.2%
腎臓・膀胱・前立腺の疾患	7230	91.2%	695	8.8%
白内障・緑内障など	7260	91.6%	665	8.4%
癌・悪性腫瘍	7575	95.6%	350	4.4%

[参考資料：1日1000円以上の薬剤費の割合 (n=5826：10%無作為抽出)]

基礎疾患	1日薬剤費		
	1日1000円以上 度数	1000円未満 度数	1000円以上 の割合
片麻痺等が明確な脳梗塞	87	1012	7.9%
麻痺が一目瞭然でない脳梗塞	105	1033	9.2%
脳出血	46	502	8.4%
その他の脳血管障害	20	240	7.7%
脳血管性痴呆	99	1190	7.7%
アルツハイマー病等の痴呆	52	657	7.3%
その他の痴呆	85	1143	6.9%
うつ病	22	203	9.8%
パーキンソン病や脊髄小脳変性症等 の神経疾患	44	356	11.0%
その他の脳神経・精神疾患	33	306	9.7%
脊椎損傷	3	59	4.8%
脊椎管狭窄症	8	82	8.9%
坐骨神経痛	0	28	0.0%
頭痛・腰痛等の種々の疼痛	27	315	7.9%
関節リウマチ等の膠原病	11	122	8.3%
骨粗しょう症	57	553	9.3%
変形性脊椎症	27	370	6.8%
大腿骨骨折(頭部含む)	69	749	8.4%
大腿骨以外の骨折	39	378	9.4%
変形性膝関節症	65	624	9.4%
高血圧	200	1828	9.9%
慢性心不全	56	500	10.1%
心筋梗塞・狭心症	43	395	9.8%
その他の心疾患	21	273	7.1%
閉塞性動脈硬化症	8	66	10.8%
気管支喘息	17	131	11.5%
気管支拡張症・慢性気管支炎等の慢 性閉塞性肺疾患	17	147	10.4%
その他の肺の疾患	8	109	6.8%
糖尿病	57	658	8.0%
高脂血症	19	226	7.8%
胃や腸の疾患	27	474	5.4%
肝硬変症・肝不全	9	59	13.2%
腎臓・膀胱・前立腺の疾患	58	478	10.8%
白内障・緑内障など	43	449	8.7%
癌・悪性腫瘍	27	226	10.7%

### 3. 入所者の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

- 1) 治療薬物モニタリングを要する薬剤の血中濃度測定：月に1回
- 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：3か月に1回
- 4) 心不全におけるBNPの測定：3か月に1回
- 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：3か月に1回、2項目まで

#### \*その他：処置等の包括除外の調整

- 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) 皮膚切開を長径10cm以上へ
- 10) デブリードマンを包括外へ
- 11) 爪甲除去術、瘰癧を包括外へ
- 12) 「在宅自己注射指導管理料」の算定



#### 4. 認知症医療には“治療”と同時に、認知症特有のケアやデイケア・リハビリテーションも不可欠であり、その質の向上と標準化へ向けた諸施策の実施

##### [具体的要望事項]

- 1) アリセプトなどの有用性が一般に認知されている薬剤の包括外給付の拡大
- 2) 一定のサービスメニューを条件とした認知症進行予防通所サービスとして、認知症短期集中リハビリテーションの対象者の拡大と大規模減算の見直し
- 3) 行動障害やせん妄等が顕在化している期間への対応加算
- 4) 個室化と少人数処遇(ユニットケア)とを分離した上での少人数処遇に対する人員配置加算
- 5) 認知症高齢者の合併症発症時の身体管理加算

##### [解説]

- 1) 認知症の医療とケアについての真摯な議論が必要である。  
認知症高齢者の処遇を考えると、精神科医師による薬物的治療を認知症“医療”としてとらえることには限界があり、非薬物的療法のみを頼ろうとする認知症“ケア”の力にも限界がある。治療、ケア、リハビリテーションに対する既存の区分は払拭されるべきである。
- 2) 認知症高齢者に対してはその残存する“知・情・意”に対する様々な角度からのアプローチが必要である。適切な薬物療法、非薬物療法の組み合わせが同時に必要であり、多職種協働による多彩なサービスメニューによる働きかけが必要である。軽度の対象者にはアリセプト等だけでなく通所を中心としたサービスプログラムの充実が必要であり、中等度以上の認知症高齢者にはそれぞれの個別に応じた多彩なプログラムの提供と適切な薬物療法が必要である。
- 3) とりわけ、周辺症状・行動障害への身体的抑制や過度の薬物的抑制を克服し、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・介護職、リハビリテーションスタッフの資質の向上と連携こそが重要である。
- 4) それらの上に立てば、一定の対象者への集団的リハビリテーションの有用性はあり、財政的側面のみを重視した大規模減算といった画一的な規制は不要である。
- 5) 「全室個室ユニットケア」は個室化の推進とユニットケアというそれぞれ固有の問題を混同したことによって少人数処遇(ユニットケア)への取り組みを大きく阻害した歴史をもたらした。少人数処遇の有用性を再評価することが必要である。
- 6) 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困難性を伴う。抑制せずに治療を行うには人手を掛けるしか方策がないものであり、その評価・加算が必要である。