



全老健第 23-319号
平成 23 年 10 月 20 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大 森 彌 殿

社会保障審議会介護給付費分科会委
山 田 和
(公益社団法人全国老人保健施設協会会長)



平成 24 年介護報酬・診療報酬同時改定に向けた要望

地域包括ケアシステムにおいて、介護老人保健施設が地域に根ざした総合的在宅生活支援拠点として機能できるよう以下について要望いたします。

要 望 事 項

1. リハビリテーション提供体制の充実
 - (1) 医師要件の創設
 - (2) リハビリ専門職100:3体制の創設
 - (3) 集中的に提供するリハビリテーションの充実
 - (4) 短期集中リハビリテーションのリセット要件の検討
 - (5) 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション提供体制の明確化
 - (6) 訪問リハビリテーション提供体制の充実
2. 実態に合った在宅復帰率の評価
3. 介護老人保健施設入所者に対する医療の見直し
 - (1) 一週間程度の入院治療で対応できる感染症等の疾患は、老健施設内で出来高払いにより治療を行うことができるよう見直す
 - (2) 認知症治療薬、ホルモン療法治療薬等を含む抗悪性腫瘍薬、神経難病治療薬は包括外とする
 - (3) 介護老人保健施設入所者について算定できない指導料等の見直し
 - (4) 緊急時施設療養費について対象病態像の明確化と、対象範囲拡大、算定日数延長
4. 認知症ケア体制の充実
 - (1) 精神科病棟から退院する認知症の方の受け入れ促進とこれについての評価
 - (2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定回数拡大(週 5 回まで)
 - (3) 認知症短期集中リハビリテーション後の小集団による認知症リハビリテーションの継続(週 3 回まで)
 - (4) 認知症の早期発見に資するため、利用者全員につきアセスメントを実施することの評価
 - (5) 認知症の切れ目ないケアを実施するため、介護支援専門員資格を有する支援相談員の配置
5. 短期入所療養介護の緊急時利用についての見直し
6. 介護支援専門員、支援相談員の役割の明確化
7. 介護職員以外の直接処遇職員にも処遇改善交付金を支給できるよう、設計の見直し
8. 補足給付の見直し

以上

要望事項の説明

介護老人保健施設は在宅復帰・在宅支援、及び、維持期リハビリテーション提供施設として位置付けていますが、創設当初に比べ利用者の高齢化と重度化、医療必要度の高い利用者の増加に伴い、近年では在宅復帰率の低下、入所期間の長期化という課題を抱え、本来の機能が発揮されていない点が指摘されているところです。

そのような課題を抱えながらも、私たち介護老人保健施設は、2025年の地域包括ケアシステムの時代に向け、名実ともにリハビリテーションの充実した在宅復帰・在宅支援施設として機能したいと考え努力しているところであります。そのような意味で、今般の平成24年度介護報酬・診療報酬同時改定は、介護老人保健施設が将来に向けて地域包括ケアシステムのもとで望まれる機能を発揮していくための最初の重要な改定と考え、以下について要望いたします。

1. リハビリテーション提供体制の充実

(1) 医師要件の創設

介護老人保健施設は介護保険で提供される維持期リハビリテーションの中核施設と位置付けられ、創設当初からリハビリ専門職を必置とされてきました。当初確保が困難であったリハビリ専門職の配置も近年充足しつつあり、適時適切なリハビリテーション提供体制も整って来つつあります。

平成18年度介護報酬改定時に創設された「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」では、介護老人保健施設の医師が認知症診断と認知症リハビリテーションに関する研修を受講することが要件のひとつとされていますが、身体のリハビリテーションについてもこれに準じた形の医師研修要件を創設し、維持期リハビリテーションの知識を持つ医師が利用者の状態を評価し、リハビリ専門職に対し必要なリハビリテーションに関する指示を行う体制を整えることを要望します。

(2) リハビリ専門職 100:3 体制の創設

介護老人保健施設においては運営基準上、週2回の機能訓練を行うこととされています。もしこの週2回の機能訓練をリハビリ専門職が個別に20分以上行うとすると入所者100人に対して2.3人以上の配置が必要となります。より充実したリハビリ提供体制としていくために、現行の介護老人保健施設の人員基準である、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上に加えて、利用者100人に対し理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を3人以上配置する新たな体制及び報酬体系を設け、リハビリテーション提供体制の強化の方向について評価していただくことを要望します。

なお、このリハビリ専門職 100:3 体制については、(1)の要件を満たした医師の指示のもとで、リハビリ専門職が少なくとも週1回、利用者に対し個別に20分以上対応しアセスメント等を行うことを要件としていただくようお願いします。

(3) 集中的に提供するリハビリテーションの充実

集中的に提供するリハビリテーションについては、介護保険で提供するリハビリテーションといえども利用者の状態像や病状の経過によっては医療保険並みのリハビリテーション量を提供できる体制が求められるところです。

具体的には、20分を1単位とした場合、入所サービス、通所リハビリテーションともに最大6単位、120分程度を上限として、(1)の要件を満たした医師の判断及び指示のもとで、必要に応じ一定期間十分なリハビリテーションを提供できることとし、これについて評価していただくよう要望します。

(4) 短期集中リハビリテーションのリセット要件の検討

現行の入所サービスにおける短期集中リハビリテーション実施加算では、利用者が退所し、過去3月の間に当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする、いわゆるリセット要件が存在します。

しかし、入所中や退所後間もない時期であっても肺炎等で生活機能が低下するなど、何らかの原因で生活機能が落ちた場合、速やかに集中的に十分量のリハビリテーションを提供することで、生活機能の回復を図ることが可能になると考えられます。このことは生活機能を維持し在宅限界を高めるためにも不可欠です。

生活機能レベルが低下する原因となる疾患等が発生した際に、(1)の要件を満たした医師の判断で、速やかに集中的に十分量のリハビリテーションを提供することが出来るようリセット要件の見直しを要望します。

(5) 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション提供体制の明確化

介護老人保健施設に併設される通所リハビリテーションについては、(1)の要件を満たした医師が、月1回程度のリハビリテーションに関わる診察を行い、リハビリ専門職への指示を行うこと等、リハビリテーション提供体制を明確化し、より質の高いサービスとして評価することを要望します。

(6) 訪問リハビリテーション提供体制の充実

介護老人保健施設の訪問リハビリテーションについては、入所利用者は退所日、通所リハビリテーションは最後に利用した日から1月以内に訪問リハビリテーションを行った場合に算定できるとされています。また、介護老人保健施設の医師は利用者の退所時に1回のみ、有効期間が1カ月の訪問リハビリテーションの指示ができるのみです。介護老人保健施設の訪問リハビリテーション提供が少ないとの指摘がありますが、このような老健施設の医師の指示に制限が設けられていることも要因のひとつと考えられます。

在宅生活支援を行い在宅限界を高めることも老人保健施設の重要な機能と考えており、そのためにも介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション提供の充実は大変重要な課題であり、通所リハビリテーション利用者や短期入所療養介護利用者等、老健施設を継続して利用する利用者については、(1)の要件を満たした老健施設の医師が継続して訪問リハビリテーションの指示を行えるよう見直しをお願いしま

す。

また、地域によっては通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの同時提供が認められないという実態がありますが、在宅生活を支援するうえで異なる機能を持つ訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについては、必要に応じて同時に提供できるよう制度の見直しを要望します。

2. 実態に合った在宅復帰率の評価

在宅復帰機能については「在宅復帰支援機能加算」として報酬上評価されています。現在の「在宅復帰支援機能加算」では、要介護度に関わらず1か月以上の在宅生活が見込まれることが算定要件とされていますが、利用者の介護の必要性によって在宅生活の困難さは明らかに差があります。

いっぽう、在宅においてその利用者の居場所を確保するという観点から、短期間であっても在宅生活を継続する機会を設けることは、在宅復帰の促進及び利用者の生活の質を確保するうえでは重要な要素となります。

以上のことなどを踏まえ、要介護1・2の利用者と比べ在宅生活がより厳しい要介護3・4・5の利用者については在宅生活が見込まれる期間が1週間程度でも在宅復帰支援機能加算の在宅復帰者に加えるとともに、1週間程度の入院により退所したのち、当該介護老人保健施設に再入所した利用者については計算上、退所者の総数から除外する等、在宅復帰率算出方法の見直しを要望します。

併せて、在宅復帰支援機能加算、退所時指導等加算における「在宅」の範囲について明確化することを要望します。

3. 介護老人保健施設入所者に対する医療の見直し

介護老人保健施設は医師・看護職・リハビリ専門職を必置とし、医療提供施設として位置付けられますが、介護老人保健施設で行う日常的な医療の範囲が基本的に制度創設当初のままで、費用についても介護報酬に包括化されているため医療提供について制限が生じている実態があります。

いっぽう、地域医療が厳しい状況に直面するなかで、医師を配置する老健施設がより積極的に医療提供を行うことにより、急性期病院への救急搬送を減らす等、地域医療に貢献する可能性が高いものと思料します。

これらの実態を踏まえ、介護老人保健施設入所者に対する医療提供が報酬上もより拡充され、利用者が安心して療養に専念できるよう、以下の見直しを要望します。

- (1) 一週間程度の入院治療で対応できる感染症等の疾患は、老健施設内で出来高払いにより治療を行うことができるよう見直す
- (2) 認知症治療薬、ホルモン療法治療薬等を含む抗悪性腫瘍薬、神経難病治療薬は包括外とする
- (3) 介護老人保健施設入所者について算定できない指導料等の見直し
- (4) 緊急時施設療養費について対象病態像の明確化と、対象範囲拡大、算定日数延長

4. 認知症ケア体制の充実

認知症高齢者増への対応は避けることの出来ない重要かつ深刻な課題です。介護老人保健施設には平成 18 年度介護報酬改定より、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が創設され、認知症を持つ高齢者の新たなケア体制を構築してきたところです。また、進行性疾患である認知症のリハビリテーションについては、切れ目のない提供が利用者の状態像維持に不可欠であることが、当協会の研究事業により証明されてきました。

専門性の高い対応が求められる認知症高齢者には、介護老人保健施設等の認知症ケアの実績を持つ介護保険サービスが、地域の医療機関と連携して適切に対応していくことが求められます。

認知症高齢者の対応においても介護老人保健施設が専門性を発揮し、地域の受け皿として機能できるよう以下について要望します。

- (1) 精神科病棟から退院する認知症の方の受け入れ促進とこれについての評価。
- (2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定回数の拡大(週 5 回まで)。
- (3) 認知症短期集中リハビリテーション後の小集団による認知症リハビリテーションの継続(週 3 回まで)。
- (4) 認知症の早期発見に資するため、利用者全員につきアセスメントを実施することの評価。 ※必須項目: MMSE、HDS-R、周辺症状(DBD-i13)等
- (5) 認知症の切れ目のないケアを実施するため、介護支援専門員資格を有する支援相談員の配置。

5. 短期入所療養介護の緊急時利用についての見直し

短期入所療養介護は、我々老健施設をはじめ病院診療所等で空床利用の形で運営されています。しかし、入所希望者が多い現状においては、計画的利用は別として緊急的に利用希望があっても、空床がないことが多く対応しきれない状況です。在宅生活を支援する立場の介護老人保健施設としては、緊急的な短期入所療養介護の希望に積極的に対応する体制を作るために、一定量の空床を常に準備しておくことについて報酬上評価していただくことを要望します。

6. 介護支援専門員、支援相談員の役割の明確化

介護老人保健施設にはケアプラン作成を目的とした介護支援専門員の配置が義務付けられていますが、創設時から配置することを求められている支援相談員との間で業務内容の重複があり少なからず現場に混乱が生じています。

また、従前より多職種協働を標榜する介護老人保健施設においては、相談職員のほかにも、医師、看護職員、リハビリ専門職、介護職員、栄養部門等の多職種が情報共有し、利用者の状態像を踏まえたケアプランを作成することを旨としてきました。

このことから、介護老人保健施設における介護支援専門員の役割の明確化について、以下のように要望します。

- (1) 介護老人保健施設退所時のケアプランは、退所後の生活へスムーズに移行するために利用者の状態像を把握している老健施設の介護支援専門員が策定し、それを評価することとし、退所後の在宅生活支援について地域の居宅介護支援事業所と連携して、スムーズな在宅サービスへの移行を目指す。
- (2) 介護老人保健施設入所中のケアプランは介護支援専門員のみで義務付けすることなく、多職種協働で作成することとする。

7. 介護職員以外の直接処遇職員にも処遇改善交付金を支給できるよう、設計の見直し

介護従事者の人材確保は今後の大きな課題です。多職種協働でサービス提供する介護老人保健施設においては、介護職員とともに、看護職員、リハビリ専門職等についても、地域により人材確保が困難な実態があります。

この点も踏まえ、介護職員以外の直接処遇職員にも処遇改善交付金に見合う処遇の改善が可能となるよう、財源確保の上で基本報酬に組み込むなど制度設計の見直しを要望します。

8. 補足給付の見直し

平成 17 年 10 月の介護保険制度改正で利用者の居住費・食費が保険給付の対象外となり自己負担化されたことに伴い、低所得者の負担軽減を目的に導入された補足給付(特定入所者介護サービス費)は、介護保険からの給付ではなく、本来、福祉施策として実施されるべきものです。

平成 20 年度決算ベースで、補足給付はすでに介護(予防)給付費の 3.7%に相当する 2,397 億円が支給されており、介護保険財源を圧迫するとともに要介護高齢者を抱える世帯の中には補足給付を受けるための世帯分離現象が起きています。

また、居住費・食費の平均的な費用として全国一律で決められている「基準費用額」は、食費の上限設定につながり、食の貧困化につながっているという指摘もされているところです。

補足給付の給付対象ならびに財源の在り方について、いま一度検討いただくよう、要望します。

以上