

中間施設から 地域包括ケア体制の中核施設へ

全老健 顧問、介護老人保健施設鴻池荘 理事長

平井 基陽

老人保健法の改正により「中間施設」として老人保健施設（老健施設）が創設されて30年になる。医療と福祉、病院と特別養護老人ホームと家庭の「中間」に位置する通過施設として誕生した。老健施設には制度の発足当初から医師、リハビリテーション専門職、相談指導員の配置が義務づけられていた。また、中間施設に関する当時の議論に「在宅型中間施設」と「施設型中間施設」の2つが登場しているのもいまにして思えば興味深いことである。

老健施設には、リハビリテーションを駆使して自宅に帰すこと、障害があっても自宅での生活が続けられるように支援することが役割として求められた。昭和63年に開設した私どもの施設も、在宅復帰を目指す短期利用施設が当たり前であった。当時は小山秀夫先生に教えられた「何でもあり、ただしズルはダメ」の精神で職員みんなが生き生き、のびのびと新しいことに挑戦していたのを思い出す。

全老健が毎年編集している「介護白書」の中に参考資料として掲載してある療養費の変遷は、いろいろと参考になる。介護保険制度が始まる平成12年までは改定は2年ごとに行われているが、入所日数に応じて6か月ごとの逓減制が平成8年から導入されている。

老人保健施設調査（介護サービス施設・事業所調査）によると、逓減制導入前の平成元年と導入後の平成11年では、「在所日数3か月以内」が4割、「3～6か月以内」が3割と変わらなかったが、介護保険制度の開始と同時に逓減制が撤廃された平成12年にはそれぞれ2割に減少し、「1年以上」が1割から3割に増加した。逓減制に代わって入所から30日以内に限り算定できる初期加算が導入されたにもかかわらず、在所日数の長期化傾向はこの後も続き、「老健施設の特養化」と揶揄されることとなった。

平成18年改定から在宅復帰支援機能加算が新設され、平成24年には在宅復帰・在宅療養支援機能加算として在宅復帰率、回転率、要介護度などの算定要件のもと、老健施設は在宅強化型、在宅支援加算型と従来型の3機能に分類されるようになった。

平成23年には「地域包括ケア研究会報告書」（田中滋座長）をもとに介護保険法の改正が行われ、介護保険施設の本来機能は「リハビリテーションの充実した在宅復帰、在宅支援施設」と明示された。老健施設が地域包括ケア体制の中核施設になろうとすれば、これらの機能、役割を担わなければならないことになる。翌年の介護報酬改定は全老健会員にとって非常に厳しいものとなったが、2025年に向けて地域包括ケアにおける老健施設の位置取りの方向を指し示す、大きな変換点となった。

平成24年介護報酬改定に際し、当時の私を含めた全老健執行部は会員から叱られ非難されたが、危機感を共有し、将来のあるべき老健施設の姿を先取りすべく外部有識者からなる「老人保健施設の総合的な将来の在り方検討懇話会」を平成23年の夏に立ち上げた。そして、平成24年2月には中間報告として『2025年のあるべき「介護老人保健施設」の姿』を冊子にして、会員に配布した。

そこには「本来望ましい姿は、介護保険施設が1種類にまとめられ、その上で生活機能、リハビリテーション機能、あるいは医療機能について、利用者の状態像に応じて異なる報酬が支払われる形であろう」と述べられ、さらに検討課題として「老人保健施設への総合在宅支援センター機能の付与」が挙げられている。

私は、ここに掲げられた方向に沿って、老健施設が中間施設から地域包括ケアシステムの中核施設に進化することを目指したいと思う。