

## 〔論 説〕

# 介護老人保健施設の現状と課題 —平成30年度介護報酬改定に着目して—

齋 藤 香 里

## 1. はじめに

高齢者が手術などのために病院に入院し、その後、要介護者となるケースは多い。急性期病院からの退院後、医療措置を必要とするために介護老人保健施設（以下、一部を除き、「老健」と記す）あるいはリハビリテーション病院（以下、「リハビリ病院」と記す）に入所・入院し、その後、自宅に戻るか、あるいは施設に入所する経過を経ることが多くなっている。要介護者が幸せに過ごすためには、地域包括ケアシステムがよりよく機能することが肝要である。そして地域包括ケアシステムのなかで、老健は重要な役割を担っている。

本研究は地域包括ケアシステムの一端を担う老健について検討する。

平成26年3月に調査を行ったA市における介護保険の第一号被保険者数は9万1600人、要介護者数は1万850人で、第一号被保険者数の要介護率は11.8%となっている。そのうち、要介護者に占める老健への入所率は7.4%を占める。

本研究では、はじめに、老健の現状と課題、老健の入所者とその家族が退所する際に直面する問題、地域の介護問題について、関係者への聞き取り調査により明らかにする。

さらに、聞き取り調査で明らかとなった現場の状況とその課題に関して、そのような状況がもたらされる原因と今後の展望について、介護保険制度と平成30年度介護報酬改定に着目し、考察する。

## 2. 老健の関係者への聞き取り調査の実施

### (1) 聞き取り調査の概要

聞き取り調査は、下記の通り実施した。

- ① A市内の老健のソーシャルワーカー<sup>(1)</sup>、社会福祉士、介護支援専門員、看護師、理学療法士、施設事務局長、入所者の家族など11名に聞き取り調査を実施した。
- ② 「市川の介護の未来を考える研究会（代表：齋藤香里）」の勉強会を開催した。勉強会に会員と本研究テーマに詳しい関係者にご参加いただき、本研究テーマに関する報告と情報提供を受け、さらに本研究テーマについて議論した。

## 3. 聞き取り調査の結果に対する考察

### (1) 老健の現状と課題についての考察

聞き取り調査の結果、A市の老健の現場から挙げられた諸問題の多くは、①介護保険制

度と介護報酬並びに診療報酬と関連のある問題、②要介護者個人及びその家族の問題から起因する問題、の主に2つに起因していることが明らかになった。これらは、A市特有の問題ではない。

本節では、聞き取り調査で老健のソーシャルワーカー及び関係者が語った現場の状況と課題のなかでも介護保険制度と介護報酬と関連のある問題についての主な意見に対して、関連する法制と介護報酬について解説し、考察する。

## 意見

- ① スーパー老健は、はじめから自宅へ戻れないような人は入所させない。
- ② 病院から相談があり、他の老健で受け入れてもらえない人を受け入れている。
- ③ 入所者に自宅に戻っていただくために、しっかりリハビリに力をいれている。

## 意見に関する解説と考察

介護老人保健施設は、介護保険法第8条第28項（「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により平成30年4月より改正施行、下線部が改正箇所）において、「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者（略）<sup>(2)</sup>に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練 其他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と定義されている。

「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年厚生省令第40号第一条の二）においては、「介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練 其他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。<sup>(3)</sup>」とされている。

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が平成29年6月に成立し、平成30年4月から（一部を除く）施行された。この改正法により、老

---

(1) ソーシャルワーカーと記したが、主に医療ソーシャルワーカー（MSW：Medical Social Worker）に聞き取り調査にご協力いただいた。ソーシャルワーカー及び医療ソーシャルワーカーは国家資格ではない。

医療ソーシャルワーカーは社会福祉士・精神保健福祉士等の国家資格取得者が多い。

医療ソーシャルワーカーの業務は下記の通りである。

- ・病院や老健等に勤務し、医師・看護師・理学療法士などと共に、医療チームの一員として、患者とその家族への相談や様々な援助を行う。
- ・社会福祉の専門家として、患者に関わる経済的、社会的、心理的な悩みなどの相談を受け、面接等を通して問題解決の手伝いをする。
- ・地域の医療・保健・福祉機関と、連絡をとりあい、社会復帰や在宅療養への準備などの手伝いも行う。

（具体的な業務）

1. 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
2. 退院援助
3. 社会復帰援助
4. 受診・受療援助
5. 経済的問題の解決、調整援助
6. 地域活動

(2) 下線は筆者が寸じたものである。

(3) 下線は筆者が寸じたものである。

健は、上記の通り、在宅復帰、在宅療養支援を担うことが介護保険法上で規定された。上記の法改正を受けて、平成 30 年度介護報酬改定では、在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価などに加算が増えた。このように老健には、在宅復帰・在宅療養支援を一層進めていくことが求められるようになった。

介護老人保健施設には、「介護療養型老人保健施設」と「(従来型の)介護老人保健施設」の区分があった。

介護療養型老人保健施設は平成 20 年 5 月に、「介護療養病床」<sup>(4)</sup>と「(従来型の)老人保健施設」の中間の施設として創設された。介護療養型老人保健施設は(従来型の)老人保健施設と比べ、介護療養病床ほどではないが、医師と看護職員の人員配置が多くなっている(表 1)。平成 18 年医療保険制度改正以降、療養病床から介護老人保健施設などへの転換が進めてきたが、療養病床の転換に際して、既存の介護老人保健施設では対応できない医療ニーズがあるため、介護報酬で評価する「介護療養型老人保健施設」が創設された。

ここで、介護療養病床と医療療養病床の創設の経緯をみていく<sup>(5)</sup>。

昭和 48 年に老人福祉法が改正され、老人医療費無料化となり、老人病院が増加した。そして施設代わりの病院利用が促進し、併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加した。いわゆる社会的入院問題が生じてきた。

昭和 58 年に「特例許可老人病院」が制度化された。老人病院は医療法上、特例許可老人病院と位置づけられ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置するなどの介護機能などの点が評価された(診療報酬は一般病院よりも低く設定)。

平成 5 年、医療法改正により「療養型病床群」が創設された。一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として、療養型病床群が創設された(病床単位でも設置できるようにする)。

平成 12 年、介護保険法が施行される。療養病床の一部<sup>(6)</sup>について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行うものとして「介護療養型医療施設」(介護療養病床)<sup>(7)</sup>が位置づけられた。

平成 13 年に医療法が改正され、「療養病床」が創設された。療養病床は療養型病床群と老人病院(特例許可老人病院)が一本化されたものである。

平成 18 年には、医療保険制度改革と診療報酬と介護報酬の同時改定が行われ、介護療養病床が 2011 年度末で廃止されることになった。

しかし、平成 23 年の介護保険法改正において、介護療養病床の廃止・転換期限が平成 29 年度末まで延長された。さらに、介護療養病床の経過措置期間は、平成 29 年度末から

(4) 「介護療養型医療施設」の定義は、療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養 病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設である(旧介護保険法第 8 条第 26 項)。

(5) 社保審 介護給付費分科会第 144 回(H29.8.4) 参考資料 3「介護療養型医療施設及び介護医療院(参考資料)」, p. 19。

(6) 介護保険法施行時(2000 年)は、医療法改正まで、療養型病床群として位置づけられていた。

(7) 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけられていた。

表1 医療療養病床・介護保険施設の概要

	(参考) 一般病床	医療療養病床	介護療養病床	介護療養型 老人保健施設	(従来型の) 老人保健施設	特養
1人当たり床 面積	6.4 m <sup>2</sup> 以上	6.4 m <sup>2</sup> 以上	6.4 m <sup>2</sup> 以上	8.0 m <sup>2</sup> 以上(大 規模改修まで は6.4 m <sup>2</sup> 以上)	8.0 m <sup>2</sup> 以上	10.65 m <sup>2</sup> 以上
平均的な1人 当たり費用額 ※1 (H24改 定後)	算定する入院 料により異な る。	約53万円 ※2	約39.8万円	・療養型 約36.2万円 ※3 ・療養強化型 約38.3万円 ※3	約30.5万円	約27.6万円
100床当たり 人員配置例	医師:6.25人 看護職員:34人	医師:3人 看護職員:20人 看護補助者:20人	医師:3人 看護職員:18人 介護職員:18人	医師:1人 看護職員:18人 介護職員:18人	医師:1人 看護職員:10人 介護職員:24人	医師:必要数 看護職員:3人 介護職員:31人
施設の種類	病院	病院	病院	施設	施設	施設
財 源	医療保険	医療保険	介護保険	介護保険	介護保険	介護保険

※1 介護保険施設:多床室、要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。(1単位10円)

※2 療養病床入院基本料1を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書)

※3 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。なお、平成30年度介護報酬改定により「療養型」及び「療養強化型」の報酬は「療養型」に一元化された。

(出所) 社保審 介護給付費分科会 第105回(H26.8.7)資料1「平成27年度介護報酬改定に向けて(介護老人保健施設、介護療養型医療施設について)」, p.2を基に筆者作成。

6年間延長されることになった。

平成30年4月から「介護医療院」が創設<sup>(8)</sup>される。介護医療院については、療養機能強化A、Bに相当するⅠ型、老健施設に相当する機能をもつⅡ型の報酬が新設される。介護療養病床などからの介護医療院への早期転換を促進するための報酬体系・施設基準が設定されている。なお、介護療養病床から介護老人保健施設へ、病院又は診療所から介護医療院に転換することも可能である。介護医療院は「要介護高齢者の長期療養・生活施設」、老健は「要介護者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設」、特養は「要介護者のための生活施設」と機能が分化される。

意見①～③の背景について解説する。

聞き取り調査を行った時期は、介護老人保健施設は、基本報酬で「従来型」と「在宅強化型」の2つに区分されていた(平成30年3月末まで)。

平成30年度介護報酬改定(平成30年4月より施行)により、基本報酬は2区分から「基本型」「在宅強化型」「その他(新設)」の3区分となった(図3)。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算が(Ⅰ)と(Ⅱ)が設定された。基本報酬と加算の組み合わせでみると、3区分から5区分となった。

(8) 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成29年法律第52号)。公布年月日:平成29年6月2日による。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）は、一定の要件を満たした「基本型」のみで算定が可能であり、「加算型」とされる。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）は、一定の要件を満たした「在宅強化型」のみで算定が可能であり、「超強化型」とされる。「超強化型」が「スーパー老健」とよばれている。

すなわち、在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価においては、①「在宅強化型」、②「超強化型」（在宅強化型＋在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ））、③「基本型」、④「加算型」（基本型＋在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ））、⑤「その他型」に5区分される。

老健は、平成28年度に「在宅強化型」13.1%、「加算型」28.3%、「従来型（加算なし）」51.4%、「介護療養型」3.7%となっている<sup>9)</sup>。

老健は、その施設の経営戦略により、どの報酬類型を目指すのかによって、その方針が異なる。「超強化型」は、在宅復帰率50%超、ベッド回転率10%以上を目指すため、「従来型」の施設の関係者から意見①のような声が聞かれる。

図1 介護老人保健施設の基本報酬区分

#### <改定前>

##### **在宅強化型**

- ・在宅復帰率：50%超
- ・退所後の状況確認：要件あり
- ・ベッド回転率：10%以上
- ・重度者割合：要件あり
- ・リハ専門職：要件あり

##### **従来型**

- ・上記の要件を満たさないもの

#### <改定後>

##### **在宅強化型**

- ・在宅復帰・在宅療養支援等指標※：60以上
- ・リハビリテーションマネジメント：要件あり
- ・退所時指導等：要件あり
- ・地域貢献活動：要件あり
- ・充実したリハ：要件あり

##### **基本型**

- ・在宅復帰・在宅療養支援等指標※：20以上
- ・リハビリテーションマネジメント：要件あり
- ・退所時指導等：要件あり
- ・地域貢献活動：要件なし
- ・充実したリハ：要件なし

##### **その他型**

- ・上記の要件を満たさないもの

※在宅復帰・在宅療養支援等指標：10の評価項目（在宅復帰率、ベッド回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、居宅サービスの実施数、リハ専門職の配置割合、支援相談員の配置割合、要介護4又は5の割合、喀痰吸引の実施割合、経管栄養の実施割合）について、各項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

例）在宅復帰率の評価に応じた値：在宅復帰率が50%超で20、30%超で10、30%以下で0  
ベッド回転率の評価に応じた値：ベッド回転率が10%以上で20、5%以上で10、5%未満で0。

（出所）社保審 介護給付費分科会 第158回（H30.1.26）参考資料1「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」、p.221を基に筆者作成。

(9) 介護給付費分科会 介護報酬改定検証・研究委員会第13回（H29.3.13）資料1-3「介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業（結果概要）」、p.2。

表2 介護老人保健施設 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価(算定要件等)

(a) 区分と算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

(b) 在宅復帰・在宅療養支援等指標

(下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値(最高値:90))

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	0%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3 サービス 5	2 サービス 3	1 サービス 2	0 サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5 以上 5	3 以上 3	3 未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3 以上 5	2 以上 3	2 未満 0	
⑧要介護 4 又は 5 の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

(c) 評価項目と算定要件

評価項目	算 定 要 件
退所時指導等	a:退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b:退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

(出所) 社保審 介護給付費分科会 第158回(H30.1.26) 参考資料1「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」, p.222を基に筆者作成。

在宅復帰率が 50%を超えている施設は、「在宅強化型」93.9%、「従来型（加算有り）」14.7%、「従来型（加算無し）」の 0.9%であった<sup>(10)</sup>。在宅復帰率は、「在宅強化型」60.7%、「従来型（加算有り）」41.1%、「従来型（加算無し）」12.1%、「療養型・療養強化型」34.6%であった。スーパー老健でも入所者全員が 1 年以内に退所するわけではない。なお、ベッド稼働率<sup>(11)</sup>は、「在宅強化型」85.6%、「従来型（加算有り）」88.2%、「従来型（加算無し）」90.4%、「療養型・療養強化型」90.0%であった。ベッド回転率<sup>(12)</sup>は、「在宅強化型」16.7%、「従来型（加算有り）」10.9%、「従来型（加算無し）」7.2%、「療養型・療養強化型」10.2%となっていた。

「強化型」は自宅に復帰しやすい者、要介護度が軽度な者を入所させていると誤解されている。入所者の平均要介護度<sup>(13)</sup>は、「強化型」3.30、「加算型」3.19、「従来型」3.19であり、「強化型」のほうが「従来型」よりも入所者の平均要介護度が重度であった。さらに、「強化型」、「加算型」、「従来型」の 3 類型において、入所者の要介護度分布、日常生活自立度等による利用者の生活機能に大きな差は認められなかったと報告<sup>(14)</sup>されている。

意見②は「従来型」、意見③は「在宅強化型」の施設での意見であった。

意見②については、老健により「まったく受け入れていない、または受け入れにあたり人数制限のある入院患者／入所者」があることも考慮すべきである。公益社団法人 全日本病院協会（2014）の調査<sup>(15)</sup>によれば、老健により受け入れを拒否する入所者の理由とその割合は下記の通りである。

「気管切開をしている」78.8%、「中心静脈栄養をしている」97.6%、「経鼻経管栄養をしている」75.3%、「胃瘻・腸瘻をしている」70.6%、「インスリンを投与している」44.7%、「酸素療法をしている」62.4%、「人工透析をしている」89.4%、「人工呼吸器をつけている」94.1%、「喀痰吸引の必要がある」25.9%、「重度の褥瘡がある」43.5%、「感染症（MRSA、緑膿菌など）がある」38.8%、「重度の認知症（徘徊を含む）の状態にある」30.6%、「重篤な合併症を併発している」76.5%、「当該施設での看取りを希望する」40.0%、「家族や身元引受人がいない」44.7%、「その他」4.7%、「無回答 1.2%」（n = 85）。

老健は「超強化型」、「在宅強化型」、「加算型」、「基本型」、「その他型」では、収益率が異なる。「その他型」はすべての加算がとれないため、3 年間以内に「基本型」以上にならないければ、経営が非常に厳しくなる。今後は、各老健が「超強化型」あるいは「在宅強化型」を目指し、さらに短期集中リハビリテーション実施加算、在宅復帰・在宅療養支援機能加算などの加算を取るように取り組むと考えられるため、意見③の声が多く聞かれるようになると予想される。リハビリテーションは、様々な施設や場面で提供されるが、連携・連続性の保持が重要である。平成 30 年度の医療報酬と介護報酬の同時改定では、リハビリテーションが強化された。改定によるリハビリテーションの効果が期待される。

(10) 公益社団法人全国老人保健施設協会（2018b），p. 23。

(11) 公益社団法人全国老人保健施設協会（2018b），p. 27。

(12) 公益社団法人全国老人保健施設協会（2018b），p. 28。

(13) 公益社団法人全国老人保健施設協会（2018b），p. 41。

(14) 公益社団法人全日本病院協会（2014），p. 1。

(15) 公益社団法人全日本病院協会（2014），p. 21。

## 意見

- ④ 老健において3ヶ月で入所者を回すというのはこの10年ほとんどなくなった。
- ⑤ 老健に10年以上もいる入所者がいる。
- ⑥ 老健の入居期間は法律で規定されているわけではないが、ローカルルールがある。東京都では3～6ヶ月、A市辺りでは2～3年。
- ⑦ 3ヶ月で退所するのが難しい人は、一度病院に戻し、再度入所する人もいる。
- ⑧ 老健の相談員同士で相談をして、入所者を入れ替えることもある。

## 意見に関する解説と考察

老健には原則3ヶ月しか在院できないと言われている。この在院期間が原則3ヶ月という基準は、平成12年3月17日付老企第44号 第4の6(4)において、「(4) 同条第4項及び第5項は、入所者について、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて定期的に検討しなければならないこととされたものであること。医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等による居宅における生活への復帰の可否の検討<sup>(16)</sup>は、入所後早期に行うこと。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものであるが、少なくとも3月ごとには行うこと。<sup>(17)</sup>(以下、略)」によるものとされる。これは、3ヶ月ごとに退所についての検討行われるということであり、退所には時期早々と判断された場合にはさらに在在所することも可能である。そのため、老健の平均在在所・在院日数は、平成25年度では311日となっている。

老健には在所日数が法的に規制されていないため、意見⑤のように10年以上在所することは可能である。何年も老健に在所する理由は、在宅介護が不可能、医療的処置が必要であり他の施設が受け入れることができない、経済的な理由、利用者が当該施設で居住に満足している、などがある。

意見④についてであるが、老健の入所前の居場所が老健であった割合は5.7%である<sup>(18)</sup>。老健の退院／退所後の行き先<sup>(19)</sup>は、「自宅・家族宅等」23.5%、「一般病床」42.2%、「医療療養病床」4.9%、「介護療養型医療施設」0.9%、「その他の病床」1.1%、「老健」2.5%、「特別養護ホーム（〔介護老人福祉施設〕以下、「特養」と記す）」9.8%、「認知症高齢者グループホーム」1.2%、「その他施設（ケア付き住宅等）」3.7%、「その他（行き先不明等）」0.2%、「死亡者」10.2%(n = 1,882)となっている。老健から老健に移るケースでは、「関連法人等の施設」0.6%、「その他の施設」1.9%である。現在、老健から老健にたらい回しにされるケースは意見④の通り、非常に少ない。

意見⑤が、今まで老健と特養の区別が付きにくいといわれる所以である。老健の1年以上の長期入所者の退所が困難な理由<sup>(20)</sup>で「特養の入所待ちをしている」者の割合は、「強

(16) 下線は筆者が寸したものである。

(17) 下線は筆者が寸したものである。

(18) 公益社団法人全日本病院協会 (2014), p. 14。

(19) 公益社団法人全日本病院協会 (2014), p. 16。

(20) 公益社団法人全国老人保健施設協会 (2018b), p. 48。



化型」38.1%、「加算型」34.7%、「従来型」28.8%であった。なお、「家族の希望」は、「強化型」25.0%、「加算型」29.6%、「従来型」35.5%であった。

意見⑥の根拠は、「東京都介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例施行要領」第4-7(4)にある「同条第4項は、入所者について、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて定期的に検討しなければならないこととされたものであること。医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等による居宅における生活への復帰の可否の検討は、入所後早期に行うこと。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものであるが、少なくとも3月ごとには行うこと。<sup>(21)</sup>」の規定によるものでもありと思われる。

意見⑦についてであるが、老健に入所し続けるよりも、1週間ほど病院に入院すると回復するケースが多いことが報告されている。しかし、在宅復帰率をアップさせるために入院させないことがないように、今回の介護報酬改定では、在宅復帰率の算定要件(b)で「当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。」ことになった。

## 意見

- ⑨ 老健は薬代がまるめになっているので、減薬するように薬の処方を見直しをしている。
- ⑩ 薬代の上限が月額5万円までと設定されているので、高額な薬やうちの老健で扱っていない薬が必要な場合は、利用者に一旦退所していただき、病院で薬を処方してもらってから、その薬を持参して再度老健に入所してもらっている。
- ⑪ パーキンソン病の患者は老健でリハビリさせるとよいが、薬代が高いので、老健には入れない。
- ⑫ 医師がジェネリックをほとんど処方しない。
- ⑬ かかりつけ医がいることが重要。

## 意見に関する解説と考察

老健では、薬剤費が介護報酬に包括化されており、これは「まるめ」とよばれている。すなわち、老健では薬剤費は持ち出しとなるため、薬剤費の負担を削減しようとするインセンティブがある。一人の入所者に対する薬剤費の上限は施設によって異なる。聞き取り調査では、薬剤費の上限が月額10万円の施設があった。

公益社団法人 全国老人保健施設協会（2017）<sup>(22)</sup>によると、下記の通り、老健では適切な薬剤マネジメントがなされていることが明らかになっている。

- ① 入所利用開始時の薬の見直しについて、「ほぼ必ず見直す」「場合によっては見直す」と回答した老健施設管理医師は8割以上である。
- ② 入所時から入所2ヶ月後における薬剤種類数の変化をみると、薬剤種類数は入所時平

(21) 下線は筆者が寸したものである。

(22) 公益社団法人全国老人保健施設協会（2017）

均 6.1 種類, 22 ヶ月後は 5.5 種類で, 増減をみると, 減少は 36.7%, 増加は 16.8%, 変化なしは 46.5% となっている。

- ③ 1 日あたりの薬剤費は平均で入所時 407.2 円, 2 か月後 301.9 円で, 入所から 2 ヶ月で薬剤費は 105.3 円減少していた。
- ④ 1 ヶ月/1 施設あたりの薬価ベースの削減効果については, 在宅強化型老健で 15,555.6 円, 従来型老健では 19,766.4 円と推計された。
- ⑤ 入所時から入所 2 ヶ月後におけるジェネリック率の変化をみると, 入所時のジェネリック率は平均 49.8%, 2 ヶ月後は 62.8% であった。

意見⑪について, 老健に占めるパーキンソン病の入所者の割合は 1.9%<sup>(23)</sup> である。

意見⑫については, 他の施設では⑤のようにジェネリックが処方されているケースもある。

意見⑬について, 入所者本人にとってもかかりつけ医がいることは何かと心強い。さらに, 今回の介護報酬改定で, 「かかりつけ医連携薬剤調整加算」が新設された。6 種類以上の内服薬が処方されている入所者に, 老健の医師とかかりつけ医が共同して総合的に評価及び調整をして 1 種類以上減薬できた場合, 当該入所者の退所時に加算される。

## 意見

- ⑭ 老健で要介護度や認知症が進行するケースが多い。そのため, 医者も老健への入所を薦めないことがある。

## 意見に関する解説と考察

特養のようになっている従来型 (改定前) の老健では, 意見⑭のようなケースもあると推察される。

平成 30 年度介護報酬改定の影響により, 従来型 (改定前) からその他型 (改定後) となった老健, そしてこれまで在宅復帰・在宅療養支援に取り組んでいなかった老健は, 経営状況が悪化していくと予想されている。今後, 多くの老健が運営方針を基本型あるいは在宅強化型とするのであれば, 老健でのリハビリ専門職が増え, リハビリテーションが充実する。

上述のように, 老健は在宅復帰・在宅療養支援を担うことが介護保険法で明確にされた。平成 30 年度介護報酬改定により, 各老健は, 在宅復帰・在宅療養支援等指標のポイント獲得, 退所時指導等, リハビリテーションマネジメント, 充実したリハビリテーション (詳細については図 4 を参照のこと) に取り組むと推測される。

平成 30 年度介護報酬改定では, 在宅復帰・在宅療養支援の機能を推進させるために, 下記の加算の点数がアップあるいは加算が新設された (下記では, 新設された加算の全てを記載していない)。

### 介護老人保健施設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (Ⅰ) (改定率) 25.93%

在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (Ⅱ) (新設)

---

(23) 公益社団法人全国老人保健施設協会 (2018b), p. 43。

外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）（新設）

短期入所療養介護（介護老人保健施設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（新設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅰ）（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅱ）（新設）

介護療養型老人保健施設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（改定率）25.93%

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（新設）

外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）（新設）

短期入所療養介護（介護療養型老人保健施設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（新設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅰ）（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅱ）（新設）

通所リハビリテーション（介護老人保健施設）

リハビリテーション提供体制加算（新設）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）～（Ⅳ）（新設）

訪問リハビリテーション（介護老人保健施設）

訪問リハビリテーション費（同一の建物居住者 50 名以上に実施した場合）（新設）

特別地域訪問リハビリテーション加算（新設）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）（改定率）283.3%

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（改定率）86.67%

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）（新設）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）（新設）

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（－20）（新設）

介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（新設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅰ）（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅱ）（新設）

介護予防短期入所療養介護（介護療養型老人保健施設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（新設）

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)(新設)

認知症専門ケア加算(Ⅰ)(新設)

認知症専門ケア加算(Ⅱ)(新設)

介護予防通所リハビリテーション(介護老人保健施設)

リハビリテーションマネジメント加算(新設)

生活行為向上リハビリテーション実施加算(新設)

介護予防訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーション費(同一の建物居住者50名以上に実施した場合)(新設)

特別地域訪問リハビリテーション加算(新設)

リハビリテーションマネジメント加算(新設)

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合(−20)(新設)

よって、今回の介護報酬改定を期に、多くの老健及び介護療養型老人保健施設では入所中に在宅復帰を目指したりハビリテーションが積極的に行われることが期待されるため、意見⑭のような状況は改善されると思われる。

また、聞き取り調査では、老健で新設された外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)の加算の評価が高かった。

## 意見

- ⑮ 老健から長年居住している自宅に戻る場合には、1ヶ月あるいは数日であっても、介護ベッドといった福祉用具、訪問介護、訪問看護などの手配をしなければならず、大変である。

## 意見に関する解説と考察

上述の通り、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、老健は在宅復帰・在宅療養支援を担うことが介護保険法で明確にされ、平成30年度介護報酬改定では在宅復帰・在宅療養支援の機能を推進させるための加算が新設された。

聞き取り調査では、新設された加算について以下のような意見があった。「入所者を短期間でも自宅に帰すことができれば、加算をとることができ老健の収益はアップする。入所者を自宅に戻すためには福祉用具、訪問介護、訪問看護などの一連の手配が必要となるが、うちの老健には病院、訪問介護事業所、訪問看護ステーション、福祉用具貸与事業所などの関連法人があり、これらの手配がスムーズに行われる。旧式の介護ベッドを貸与する場合は、レンタル料よりも運搬といった設置費用が高くつく。例えば、入所者が短期間自宅に帰るときに、サービスとして旧式の介護ベッドを無料で貸与した場合、入所者の家族は喜ぶ。旧式の介護ベッドを無料で1週間貸与して福祉用具貸与事業所の収益が下がったとしても、老健では加算分、訪問介護事業所と訪問看護ステーションでは利用者が増えるこ

とになり、グループ法人全体では収益アップとなる。」

今後は、経営戦略のなき老健は経営が非常に厳しくなることが予想される。

#### 4. おわりに

本研究は、千葉商科大学地域連携推進センター「平成 29 年度地域志向研究助成金」を受けたものであるが、その申請は平成 29 年 3 月末であった。申請時は、A 市の老健の介護の現場の状況と課題を明らかにすることが狙いであった。聞き取り調査を進める中で、老健の現場が抱える問題を明らかにすることができた。そして、それらの問題の多くが、介護保険制度と介護報酬、要介護者個人あるいはその家族の問題から起因する問題、の主に 2 つに起因していることが明らかになった。

本調査研究を進めるうちに、平成 30 年度医療報酬と介護報酬の同時改定の内容が発表されたが、それは老健にとって大改革となるものであった。本研究は、多くの老健が介護報酬改定に対応して経営方針を切り替える過渡期に実施することができた。老健で行った聞き取り調査で明らかにすることができた問題点は、今回の老健の介護報酬改定で改善されると期待されうる。

多くの市民にとっては、要介護となったときに、どのような介護を受けることができるのか、どこで終末期を迎えるのかは、家族の事情に加え、介護保険制度及び介護報酬の制度設計のあり方に委ねられている。

#### 謝辞

本研究の聞き取り調査にご協力いただいた皆様をはじめ、株式会社かいごデザインの中川潤一氏、蔵内将之氏、スタッフの皆様に関心より感謝申し上げます。

本研究は、千葉商科大学地域連携推進センター「平成 29 年度地域志向研究助成金」による研究成果の一部である。

#### 〔参考文献〕

公益社団法人全日本病院協会（2014）「平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書」[https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/140414\\_6.pdf](https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/140414_6.pdf)（最終閲覧日：2018 年 3 月 30 日）

公益社団法人全国老人保健施設協会（2017）「平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）介護老人保健施設における薬剤調整のあり方とかかりつけ医等との連携に関する調査研究事業報告書」<http://www.roken.or.jp/wp/info/kenkyu>（最終閲覧日：2018 年 3 月 30 日）

公益社団法人全国老人保健施設協会（2018a）『全老健版 平成 30 年度介護報酬改定資料集 I』社会保険研究所

公益社団法人全国老人保健施設協会（2018b）「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業)『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて～在宅復帰阻害要因の検討と在宅復帰機能の強化策～』<http://www.roken.or.jp/wp/info/kenkyu>

社保審介護給付費分科会 第105回 (H26.8.7) 資料1「平成27年度介護報酬改定に向けて(介護老人保健施設、介護療養型医療施設について)」[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000053838.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000053838.pdf) (最終閲覧日: 2018年3月30日)

社保審介護給付費分科会 第144回 (H29.8.4) 参考資料3「介護療養型医療施設及び介護医療院(参考資料)」[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf) (最終閲覧日: 2018年3月30日)

社保審介護給付費分科会 第158回 (H30.1.26) 参考資料1「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000192302.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000192302.pdf) (最終閲覧日: 2018年3月30日)

介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会 第13回 (H29.3.13) 資料1-3「介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業(結果概要)」[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000154607.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000154607.pdf) (最終閲覧日: 2018年3月30日)

(2018.4.22 受稿, 2018.6.19 受理)

### Abstract

The study aimed to investigate the issues of Geriatric Health Care Facility by conducting an interview-based survey. The results revealed that most issues were due to the following: (1) Long-term care insurance system and long-term care fees and (2) The issues of individuals requiring nursing care and/or their family. Revision of the long-term care fees in 2018 is a substantial revolution in Geriatric Health Care Facility. Perhaps, the issues revealed by the interview survey could enhance the revision of long-term care fees in 2018. It is revealed. Therefore, this study reveals that the quality of life of individuals requiring nursing care depends not only on their family's circumstances but also on the institutional design of the long-term care insurance system and long-term care fees.