

東京都
療養型病院
研究会の
報告

都療研レポート

発行所
東京都療養型病院研究会
発行人
安藤高朗
〒113-0042 東京都八王子市
野田町583-5 永生病院内
Tel. 042-661-4108
Fax. 042-661-1331

No.6 平成21年2月14日 都病協・都療研連名の「緊急提言」を今再び訴える! e-mail kikaku@eisei.or.jp

介護療養型老健は引き上げ、介護療養型はリハが大幅減

平成21年度介護報酬改定が決まる。加算の操作で事業主の分化を促す?!

平成21年度介護報酬改定は早々に政府からプラス3%が打ち出され、12月26日に前倒して答申がなされる、異例づくめの改定となった。

基本単価は、各サービスとも、再編成による変更あるいは加算の包括化による調整引き上げを除くと据え置きとなる中、介護療養型老健施設のみ32(3.6%)~197単位(19.2%)引き上げられた。

多床室の要介護5は118単位増えて1,164単位、1月35.4万円となった。これに各種加算

がつくことになる。それでも収支見通しは不透明と、各療養病床は転換に慎重だ。

介護療養型医療施設は診療報酬との整合性を理由に理学療法と作業療法が下げられ、維持期リハに力を入れている施設、とくに地域差見直しの恩恵に浴さない地方の施設は深刻な影響が避けられない。

その一方で短期集中リハは4倍に引き上げられ、取りやすいように要件も変更された。

介護従事者の処遇改善を主題とした21年度改定は、介護

福祉士や勤続3年以上あるいは常勤職員の各配置割合をいずれか満たせば算定が可能となる「サービス提供体制強化加算」が導入された。

また、地域差の見直しによって、とくに東京都内の施設は1単位の上乗せ率が改善され、通所リハは10.83円へ、介護療養型や老健施設も10.68円へと上がる。

しかし、全体に加算項目の組み換えと引き上げを駆使し



▲21年度改定を答申した介護給付費分科会

た見直しは、要件を満たす施設とクリアできない施設の格差を広げ、2極分化による淘汰を促すものとなった。

増収を得るためには継続的な人員確保と質の向上が求められる、努力している施設にはメリットが、努力を怠っている施設にはデメリットが顕著な介護費用分配方式となった。

地域差の改善は都療研と関係団体要望の成果!

平成21年度 介護報酬改定の総評 評価できる項目もある。だが、介護療養型老健の試算は大幅赤字



東京都療養型病院研究会 会長 安藤高朗

今年4月に実施される介護報酬の改定率は、昨年10月時点で、政府与党内で内定していた。その判断材料となったのが、30%を超える離職率、全産業平均賃金の半分程度の賃金体系など、介護従事者の実状であった。その結果、プラス3.0%の改定が実現した。

我々の試算では、決して介護職の給与を想定とおりあげられるだけの報酬アップにはなっておらず、満足はできない。しかし、人員配置加算、医療との連携、認知症ケアの充実、看取りなど、評価できる点はある。

人員配置では、介護福祉士、常勤職員、夜勤等看護職員、経験職員などの配置等により、医療・介護の質およびサービスの向上と専門性を加算している点は評価できる。

認知症ケアへの充実では、認知症短期集中リハ、ショートステイ、認知症ケアの専門研修修了者の介護サービス、

グループホーム、若年認知症対策などが評価できる。

24時間対応やターミナルケア加算も地域ケア整備構想の本質でもあり、評価できる。在宅支援としては、通所リハ、訪問看護、居宅療養管理指導などが見直された。

リハビリテーションに関しては、短期集中リハや個別リハなど評価できる部分もあるが、とくに介護療養型医療施設では、リハビリマネジメントの包括や全体的な点数減により、継続的なリハビリ等手厚くきめ細かいサービスをしてきた施設ほど減収になった。

介護療養型老健施設の介護報酬は、昨年の新設時に設定された報酬では転換が進まず、大幅増となったが、試算では、介護療養型医療施設と比較して大幅な減益は免れない。収入ベースで-13.0%。人員整理が可能であっても-8.3%であり、まだまだ転換が促進されるとは考えられない。平成

24年の改定まで様子を見る医療機関が多いのではないかと。

この介護報酬改定の成果の一つに、長年の懸案事項であった、人件費、土地代そして物価の高い東京の地域差改善が上げられる。しかしながら、まだまだ納得できるほどの加算ではないと言うのが正直なところである。

しかし、東京都療養型研究会をはじめ、東京都病院協会や東京都医師会など各種団体が訴え続け、東京都が厚生労働省に対して提言したことによりやっと実現したものであり、一步前進と考えている。

そして、今後の診療報酬改定でも同様に改善されるように、引き続き働きかける必要がある。また、地域差だけでなく、公私格差についてもイコールフットリングの制度作りも提言していきたい。

さて、昨年11月の社会保障国民会議最終報告は、今後の日本の医療・介護提供体制

について、注目すべき提言「選択・集中の考え方」に基づく医療機関等の機能分担と連携および診療報酬・介護報酬体系の見直し等を発している。

あるべき医療・介護の提供体制のために必要な費用を試算し、その負担を国と国民に求めている。大切なのは、人の流れも加味した「あるべき地域医療計画」のシミュレーションにより、いかに効率的、そして効果的な、誰もが安心・納得して必要な医療・介護が受けられることである。

今後も東京都療養型病院研究会としても最終報告の内容をよく検討し、納得できる部分は参考とした上で、あるべき将来像に向けて活動を強化し、提言の質を高め、それを基に都民や行政と話し合いを重ね、夢と勇気と情熱と誠意と知恵を持って、多くの人たちを幸せにできる社会保障を構築したいものである。

短期集中リハ(240単位)は4倍に引き上げ!

常勤75%以上または3年以上勤続30%以上で体制強化加算が6単位/人・日

各サービスの報酬・基準見直しの内容(抜粋)

平成20年12月26日「平成21年度介護報酬改定の概要」から

■介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価(抜粋)

サービス	加算の要件	サービス提供体制強化加算
訪問看護	研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること	6単位/回
訪問リハビリテーション	3年以上の勤続年数のある者が配置されていること	6単位/回
通所介護 通所リハビリテーション等	次のいずれかに該当すること ①介護福祉士が40%以上配置されている ②3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている	①12単位/回 ②6単位/回
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設等	次のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士が50%以上配置されている ②常勤職員が75%以上配置されている ③3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている	①12単位/人・日 ②③6単位/人・日

*表中複数の単位が設定されているものは、いずれか1つのみを算定する。

■地域区分の見直し

	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他	
上乗せ割合	15%	10%	6%	5%	0%	
人件費割合	70% (訪問介護、居宅介護支援等)	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円
	55% (訪問看護、訪問リハ等)	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円
	45% (介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等)	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円

■訪問看護

①特別管理加算は、その対象となる状態に重度の褥瘡を追加。さらに、1時間30分以上の訪問看護を実施した場合を評価(長時間訪問看護加算の新設=300単位)。

②同時に2人の職員が訪問看護を行った場合を評価を(複数名訪問加算の新設)

30分未満254単位・30分以上402単位

③ターミナルケア加算の算定要件を緩和(2000単位)

*算定要件から「死亡前24時間以内」を廃止、「死亡前14日以内に2回以上」等とする。

■訪問リハビリテーション

①訪問リハビリテーション費は20分間単位で305単位とする。

②老健施設の通所リハが受けられなくなった際は終了後1月に限り訪問リハを提供できる。

■通所リハビリテーション

○脳血管等疾患リハ又は運動器疾患リハを算定している医療機関を通所リハに「みなし指定」する。

○通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満)を新設。個別リハを20分以上実施した場合に算定(要介護5で390単位)。

・理学療法士等体制強化加算を新設(30単位)

*算定要件

常勤かつ専従の理学療法士等を2名以上配置していること(1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについてのみ加算)。

○短期集中リハ実施加算の見直し(1月以内280単位、1月超140単位。算定は3ヶ月以内)

・3月超の個別リハは個別リハ加算を算定(月13回限度)

○リハマネジメント加算の見直し

■介護老人保健施設(介護療養型老健を含む)

○夜勤職員配置加算を新設(24単位)

*算定要件

[41床以上の場合]

①入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること、②2名を超えて配置していること。

[41床未満の場合]

①入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していること、②1名を超えて配置していること。

○ターミナルケア加算(老健施設は新規。介護療養型老健は見直し)

死亡日以前15~30日は200単位、死亡日以前14日までは315単位

○在宅復帰支援機能加算の見直し

在宅復帰支援機能加算(Ⅰ)15単位(在宅復帰率50%以上)

在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)5単位(在宅復帰率30%以上)

○短期集中リハ実施加算の見直し(60単位→240単位)

*リハビリテーションマネジメント加算は本体報酬に包括化する。

○外泊時費用の見直し(444単位→362単位)

■介護療養型老人保健施設【新たな単位数】

多床室	現行	見直し後
要介護1	782	814
要介護2	865	897
要介護3	939	1,012
要介護4	993	1,088
要介護5	1,046	1,164

○施設要件等の見直し

「医療機関」から入所の割合と「家庭」から入所の割合の差

が35%以上とする施設要件は、4km以内に医療機関がない場合や19床以下は適用除外とする。さらに、療養病床を有する医療機関(有床診療所・2病棟以下の病院)が、そのうち1つの病棟の一部を介護療養型老健施設へ転換するに伴って夜間の配置職員数を増加させる必要が生じる場合については特例を設ける。

■介護療養型医療施設

○リハビリテーション(特定診療費)

現行	見直し後
理学療法(Ⅰ) 180単位/回	
理学療法(Ⅱ) 100単位/回	理学療法(Ⅰ) 123単位/回
理学療法(Ⅲ) 50単位/回	理学療法(Ⅱ) 73単位/回
作業療法 180単位/回	作業療法 123単位/回
言語聴覚療法 180単位/回	言語聴覚療法 203単位/回
摂食機能療法 185単位/日	摂食機能療法 208単位/日

注)リハビリテーションマネジメントは理学療法(Ⅰ)等に包括化する

○短期集中リハビリテーションの見直し(60単位→240単位)

○集団コミュニケーション療法の増設(50単位・1日に3回を限度)

○夜間勤務等看護(Ⅲ)の新設(14単位)

*算定要件

次のいずれにも該当する場合

①利用者等の数が15又はその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う看護職員・介護職員を配置しており、かつ、2以上であること。

②夜勤を行う看護職員の数1以上であること。

③夜勤を行う看護職員・介護職員の一人当たり月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

○外泊時費用等の見直し

・外泊時費用(444単位→362単位)

・他科受診時費用(444単位→362単位)

平成21年度介護報酬改定を考察する—その先に見えるもの—

療養型老健の改定には要望事項はとりあえず反映された！

加算引き上げ手法は事業者の分化・差別化が狙い。依然として施設利用適正化志向が

社会福祉病院信愛報恩会 信愛病院院長 桑名 育

I. 病床再編は進んでいるか

1. 介護療養型の現状

平成20年5月審査分によると介護療養型医療施設の利用者は約10万5,000人に達し、平均要介護度は4.32である。そのうち要介護3以上は約95%を占めており、中重度者の割合が増加している。介護費用は約401億円であったが、施設サービス費に占める割合は約17.3%でしかなかった。

東京都の人口は1,270万人と全人口の約1割を占めるが、療養病床数は人口10万人あたり993.1床で全国41位、施設整備状況は対高齢者人口の約3%、全国45位と、今後の高齢者の増加からすると暗澹たる状況である。

一方、介護保険施設の収支差率(平成18年度)は特養の3.36%、老健の3.12%に比べ、介護療養は-1.86%であった。老健、特養ともに前年度よりも収支差率は落ち込んだ中でこのような結果であり、介護療養型の経営がいかに悪化しているかがわかる。

2. 病床転換の意向

20年10月までに療養型老健に転換した病床数は575、従来型老健への転換は788床であり、国の予測には程遠かった。23年度までの転換意向をみても、医療療養から療養型老健への転換は29%に過ぎず、医療療養病床にとどまるというのが78%と圧倒的である。

19年7月に都内の病院を対象に実施したアンケート調査によると、20年度末に医療療養にとどまる数は13,893床、介護療養にとどまるのは7,439床、うち認知症疾患療養378床であった。療養病床の転換・廃止という意向は、一般病床が228床、老健が178床、廃止が19床という結果で、療養型老健への転換希望はなかった。

II. 改定への要望

21年度介護報酬改定に対して、都病協、都老人福祉協、都老健協、都療研は、①安定した運営ができる報酬の確保、②

将来にわたって安心して仕事ができる職場の確保、③首都圏の適正な報酬として地域加算の大幅な増額などの3点を要望した。

日本慢性期協会は5%以上の改定率を求めた。

日本医師会は、療養型老健の質の担保(医師2名以上、看護師6:1、薬剤・診療処置材料費の保障、24時間対応の担保など)を要求した。また、東京都福祉保険局は人件費、物価水準などから地域差16%の上積み等を要望した。

III. 改定の結果

1. 改定の基本的視点

(1)介護従事者の人材確保と処遇改善、(2)医療との連携、認知症ケアの充実、(3)効率的なサービス提供や新たなサービスの検証などを基本課題とし、業務の軽重、専門職の配置や地域差への対応などに配慮した結果、3%の引き上げ(在宅1.7%、施設1.3%)となった。

2. 介護従事者の人材確保と処遇改善

①業務負担の評価

・通所系においては、月平均利用延人数が751~900人の事業所の単位を高く設定、個別ニーズに応じた対応を評価(個別機能訓練、サービス提供方法、個別のリハビリ)。

・施設系に対しては、夜勤や看護の体制における加配を評価、重度化・認知症対応の評価、看取りの評価(看取り体制の評価、看取りの際のケアの評価)。

②従事者の専門性の評価

・介護福祉士を一定割合雇用する事業所を評価(入所系40~50%)。

・3年以上勤続者の割合を評価(通所系・施設系は30%以上)。

・常勤者の割合を評価(60~75%以上)。

③地域差

・人件費割合を3区分とした上で引き上げる。

・人件費にかかる職員の範囲を直接処遇職員から規定職種

職員に拡大する。

・地域区分ごとの割増率を、特別区と乙地について引き上げる。

3. 医療との連携、認知症ケアの充実

①医療と介護の機能分化・連携の推進

・短期集中リハや訪問看護の充実

・病院等利用者に関する情報共有の評価(医療連携加算と退院・退所加算を新設)

・介護療養型老健の施設要件の見直し、医療サービスに要するコストの再評価

②認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

・認知症行動、心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価(若年性認知症利用者受け入れ加算の新設)

・認知症短期集中リハの対象拡大(既存老健)と新設(介護療養型と通所リハ)

・専門的なケア提供体制に対する評価(認知症専門ケア加算の新設)

・既存老健における認知症確定診断の促進(認知症情報提供加算の新設)等

4. 効率的なサービス提供や新たなサービスの検証

①効率的かつ適正なサービスの提供

・人員配置基準の見直し(既存老健の支援相談員配置基準の弾力化等)

・外泊時費用や他科受診費用の適正化

②平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

5. 主なサービスの改定結果(省略=3面を参照)

IV. 総括

以下、私見ながら、平成21年度介護報酬改定の評価を述べる。

1. 3%アップについてはその根拠が定かではないが、一応評価すべきではある。また、関係団体等による療養型老健に関する要望が、報酬の引き上げ、地域区分の見直し、24時間

対応の担保など、十分ではないものとりあえず反映されたといえよう。

2. ただし、報酬本体よりも各種加算の引き上げという点に、質と効率性を軸に介護事業者の分化と差別化を図るという今改定の本質がある。したがって、生き残るためには、必死になって人員確保や質の向上に取り組む必要がある。しかし、人材の確保は地域によってはきわめて困難であり、介護スタッフの養成は国全体で真剣に取り組むべきである。

3. 処遇改善による人材確保と定着促進が今改定の直接的な目的であったが、施設の経営状況は悪化をたどっているため、3%アップ分をそのまま人材確保や処遇改善に充てることは、おそらく不可能であろう。また、介護従事者のキャリア・資格の見直しやリハビリ評価の見直しは、介護サービスを成果主義で評価することを意味する。

4. 医療と介護の機能明確化を図る一方で、リハ中心に医療から介護への円滑な移行を繋がり力を入れている点、在宅ケアや認知症ケアの充実を図っている点は評価できる。ただし、そこには、それによって施設利用を適正化したいという安直な意図もうかがえる。

在宅ケアは安上がりだという根拠は実証されておらず、しかも老老介護や高齢単身生活者の増加も予測されていることから、現有する資源の有効活用を先行すべきであろう。

5. 介護療養型医療施設については、リハビリが大幅に下げられたため、維持リハに一所懸命取り組んでいる施設ほど割りを食った。これは、短期集中リハの高い評価を合わせると、療養型老健への誘導策の一つと思われる。

粗い試算では、減収になる施設が多いなか、逆に約5%もの増益が見込まれるところもあり、それぞれの項目について細かくチェックする必要がある。