私病協発２３－３４０
京療協発２３－００４
平成２３年９月１２日

厚生労働大臣　小宮山　洋子　様

社団法人京都私立病院協会
会長　真鍋　克次郎
京 都 療 養 病 床 協 会
会 長　　清 水　　紘

平成２４年度介護報酬改定に関する要望

初秋の候、貴職におかれましては、日頃の厚生労働行政、東日本大震災の被災者の方々への生活支援など、多大なるご尽力に敬意を表します。

さて、本年 6 月 22 日に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され、介護療養型医療施設の廃止期限は 6 年間延期されました。しかし、今後も更に高齢化が進み、2055 年には 2.5 人に 1 人が高齢者になると予測され、必然的に医療の必要性の高い高齢者の増加も見込まれる中で、廃止が撤回されなかったことは誠に遺憾です。

厚生労働省の「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」の速報値によると、介護療養病棟では、喀痰吸引が 18.3%、経鼻経管栄養・胃ろうの患者割合が 36.8%であり、当然のことながら従来型の介護老人保健施設や介護老人福祉施設よりも圧倒的に高い割合となりました。常に医療行為が必要なこうした高齢患者を介護老人保健施設等で看るのは困難なことが裏付けられたのです。

また、当該患者割合は、介護療養型老人保健施設と比べても介護療養型医療施設の方が高く、介護療養型老人保健施設では介護療養型医療施設よりも医師・看護職員も減らされた結果、患者の医療ケアが難しくなってきていることが窺えます。このまま喀痰吸引や経鼻経管・胃ろうの患者割合が下っていけば、介護療養型老人保健施設は、従来型の老人保健施設とさして変わらない施設となり、要医療・重介護の患者は行き場がますますなくなるのは明白です。更に、介護療養型老人保健施設からの退所者の約半数は医療機関へ戻っています。これでは何のための転換か判りません。

介護療養型医療施設では医療区分１の患者割合が高いと指摘されていますが、医療区分１でも手厚い医療が必要な患者が少なくありません。要介護度やＡＤＬ区分でみても重度の患者が多く、こうした患者は状態が変化しやすく、その処遇には医療と介護の両面から支える必要があります。即ち、医師、看護・介護職も十分な人手が必要です。介護職員等によるたんの吸引等の実施が認められるようになりましたが、医療スタッフの少ない施設等での実施は非常に危険を伴い、事故が発生した際に迅速に対応できるかどうかは甚だ疑問です。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計では、2030 年には死に場所のない人が約 47 万人に達するとされ、現在 208 万人いる認知症高齢者は 2025 年には 323 万人にまで増加すると推計されています。医療スタッフの少ない施設では、患者は重症化

すればすぐに医療機関へ転院となります。そして認知症患者、特に合併症を有する認知症患者の受け入れは容易ではなく、介護療養型医療施設がなくなれば高齢者医療・介護の質の低下を招き、高齢者が安心して療養生活を送る場所の確保ができなくなります。

介護療養型医療施設は他の介護保険施設や居住系施設、在宅医療では困難な医療的ケアやターミナルケア、認知症ケアを行う施設として、今後ますます必要とされるのは明白であり、介護療養型医療施設の廃止が撤回されることを強く要望します。その上で、介護療養型医療施設の役割をより明確にし、果たすべき機能が十分に発揮できるよう平成 24 年度介護報酬改定に関し、以下の通り要望します。

－　記　－

１．現行の介護報酬を引き下げないこと。

２．看護職員配置６：１、介護職員配置５：１、６：１の施設基準を平成２４年４月１日以降も存続させること

３．介護職員処遇改善交付金を介護報酬上で評価すること

４．特定診療費の理学療法等のリハビリテーションを月１１回以上行った場合の減算を廃止すること

５．緊急に医療必要度の高い患者を受け入れた際の初期加算を新設すること。
また、平成 21 年度介護報酬改定で廃止された重度療養管理を復活させること。

６．合併症を有する認知症高齢者を受け入れた場合の初期加算を新設すること

７．地域医療・福祉と連携する医療相談員（社会福祉士等）の配置に対する評価を新設すること

８．夜勤職員１人当たり月平均夜勤時間数の６４時間以下の基準を撤廃すること

９．サービス提供体制強化加算の計算時の分母を配置標準数とすること

１０．地域区分ごとの報酬単価を現状維持とすること

１１．入院患者が介護老人保健施設や介護老人福祉施設に移る場合に行う情報提供等の連携に対して加算を新設すること

１２．短期入所療養介護の療養食加算は、支給限度額管理の対象外とし、特定診療費の項目に移行させること

以上