

大人の教養講座
～介護保険施設の違いを知る～
特養？老健？何が違うの

老健とは？

⑥



①



②



⑤



④



③



写真は西尾市内にある6つの老健 ①:介護老人保健施設やまお
②:にしお老人保健施設彩り ③:米津老人保健施設 ④:高須ケアガーデン
⑤:らくらく一色 ⑥:介護老人保健施設いずみ

介護保険施設はおおまかに分けて3種類

(注)現時点では4種類だが、2023年度末に1種類廃止予定のため3種類で記載

- ①介護老人保健施設(略称「老健」)
- ②特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設とも呼ばれる。略称「特養」)
- ③介護医療院

種類	施設の特徴	条件等						
		自立	要支援 1~2	要介護 1~2	要介護 3~5	認知症	重度 認知症	看取り 対応
老健	在宅復帰を目的としたリハビリ施設。医療面もある程度カバー。	×	×	○	○	○	△	○
特養	医療的なニーズが強くなければ長期入所前提。基本的に生活の場。	×	×	△	○	○	△	△
介護 医療院	要介護者で医療ニーズのある方を長期サポート可能。生活ではなく療養。	×	×	○	○	○	△	○

○:対応可能 △:条件による ×:対応できない

老健(介護老人保健施設)って？

厚生労働省の説明ではこうあります。

(定義)

介護老人保健施設とは、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 その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。

(介護保険法第8条第28項)

さらに、こうも説明されています。

(基本方針) 第一条の二

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その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。

(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))



介護老人保健施設(以下老健)とは…

- ① 要介護1～5の認定を受けている
- ② 心身ともに状態が安定している
- ③ 身元引受人(保証人)がついている(一部例外あり)



これらが入所の基本的条件となります。

なお、自立(つまり介護保険のお世話になる必要がない方)は利用できず、要支援1もしくは要支援2の方は、「ショートステイ」しか利用できません。

誤解を恐れずに言えば、老健は「医療寄り施設」です。

- ア) 施設の中に医師がいる
- イ) 現場でお世話をするスタッフのうち、7分の2程度は看護師を配置するよう定められている
- ウ) 国家資格を有するスタッフが、「老健の医者の指示に基づき」専門的なりハビリを行う
- エ) 薬剤師が配置されており、薬剤処方が可能(一定の条件あり)
- オ) 一部医療行為も可能

こういった人員のもと、医療や介護のサポートを受けられる施設、それが老健です。

簡単に書けば、

- ① 医療従事者による健康管理を受け
- ② 短期間にリハビリを受け、身体能力を回復しつつ
- ③ 1～3ヶ月程度で自宅に帰ろう(いわゆる「在宅復帰」)
というのが主旨の施設なんですね。



- ① 介護保険施設でありながら一部病院のような機能を持っている
- ② 病院から自宅に戻るまでの間をリハビリなどでサポートする

だから「中間施設」と呼ばれますし、「リハビリ施設」とか「在宅復帰施設」とも呼ばれます。



2枚目のスライドにもあったように、老健は「介護保険施設」であるため、介護保険証が必要な施設です。また、所定の医療行為を行うと、病院と同じように「加算」、つまり報酬を受けられますが、医療保険は一切使わず、介護保険で国に請求します。



よくある質問

老健のメリットはなんですか？



医療的なサポートがあり、介護もリハビリも受けられることです。



個室とかもあるの？



施設によりますが個室、4人部屋、2人部屋などがありますよ。



月おいくらくらいですか？



- ① 介護保険の「負担割合」(1～3割)
- ② 市民税・県民税のあるなしや預貯金額などが一定
以下の条件にあてはまる場合は減額されるケースあり
これらに左右されますが、一般的な1割負担、減額なしだと
12～13万円～20～22万円くらいと幅があります。
基本的には4人部屋<個室ですね。
減額が適用されると月6～7万円程度といった方もおられます。

やっぱり最後は自宅に帰らないとダメ？



基本的にはそうですが、例外的な対応もあります。
施設によって差があります。老健の支援相談員に
まずは聞いてみましょう。

例外的な対応って？もったいぶらずに教えてよ。



特別養護老人ホームの声がかかるまで継続入所させてほしい、看取り対応で入所させてほしい、サービス付き高齢者向け住宅などの「自宅じゃない場所」に繋いでほしい、などが多いですね。

あと、「ここ(老健)にずっと置いて欲しい」というものもあります。

なかなか難しい注文ですが...

家に帰らないとどうなるの？



これが悩ましく、この後詳しく説明します。簡単に言うと老健は、「評価点」のようなシステムがあり、それにより国からの介護報酬が増減します。全然家に帰る人がいない、リハビリが充実していない、といった評価の老健は下手すると潰れちゃうおそれもあるため、どこも必死ですよ。

心身ともに状態が安定した、ってあるけどそもそもそんなに健康だったら施設には入らないのでは？



いいところ突いてきますね。これがややこしくって、直接的に表現すると、「病院への通院が必須ではない」ことを指します。

老健に入所されている方が病院受診することを「他科受診」というのですが、このあたりが非常に大事なので、これもこの後説明しますね。

薬が処方されるって超便利ですよ～



でも、何でも処方できるわけではありません。「条件付」と書きましたが、これもこの後「他科受診」とともに説明します。

1～3ヶ月で、ってありましたが、次の行先の空きが出なかった時とか、予定通り3ヶ月で帰れないこともありますよね？



施設にもよりますが、若干の入所延長(1～3ヶ月)とする老健が多いようです。これも支援相談員に聞くといいですよ。

申し込んでからメッチャ待ちますか？



これも施設によりますが、そんなに待たずとも入れるケースが多いですね。タイミングによる、って感じですね。

老健に課せられた 2つの制約

① 在宅復帰

9枚目のスライドで「家に帰らなかったらどうなるの?」といった質問がありましたね。

かつてはそんな老健が多く、2年、3年、4年と入所し続ける方がたくさんおられました。以下のような感じでした。



「老健の在宅復帰も思うように進まない。おかげで介護報酬はかさむし、国のお財布も怪しくなってきた...
一体どうしたら...」



「そうだ！介護保険法改正して、家に帰している割合とかを計算するように変更して、しっかり家に帰してる老健は介護報酬をアップしたらどうだ！」





「でもそれだったら1人だけ退所させて、その退所先が自宅だったら在宅復帰率100%では？」

「そこは大丈夫。同時に“何人入所させて、何人退所させたか”の報告も求める。名前は“ベッド回転率”としておこう！」



しばらく時は経ち...



「うーん、一定の成果は出たが変わらない老健が多いな...
なぜか10年とか継続入所させている老健もあるし...
家に戻したあと、ショートステイ(期限付きの短期入所)
とかのサービスを提供しないところが多いのもネックだ...」



「よし！もう一回改正だ！在宅復帰率とベッド回転率だけではなく、リハビリ専門職を多く配置している、自宅に帰すための会議をしっかりと重ねて記録に残すとか、そういった人材確保や取組を細かく点数にして、ひと目で評価がわかるようにしよう！」



この評価システムを

「在宅復帰・在宅療養支援機能指標」と呼びます。

これにより老健はいくつかのランクに分けられ、

ランクが低い老健は介護報酬ダウン、つぶれるのもやむなし、といったスタンスで国も臨むようになった

わけです。もちろん、しっかり家に帰す、リハビリが充実している老健などは介護報酬もアップします。



② 他科受診制約

9枚目のスライドで、「病院への通院が必須ではない」とありましたが、それは以下のような理由です。



「医者を、看護師を配置するように、とか医療行為も取り組んでくれ、と言っても入所者の調子が悪くなったらすぐ病院に連れていくんだらうな...

でも、それじゃ医療寄り施設の意味がない...

しかも健康保険証使われたらまた保険で国の出費が増える...一体どうしたら...」



「そうだ！病院と一緒にルールを導入しよう！

入所中に病院受診したら健康保険証がほとんど使えないように規定する。

A病院入院中にB病院受診したら保険証が効かない。

で、受診費用を実費で“A病院が”負担する。

あれと一緒にルール導入したら自分のところでもうちょっと医療にも取り組んでくれるのでは！」



当然、老健側の反発は強い...

いやいや、レントゲンもCTもMRIも撮れない、精密検査ができない老健で、入所されている方が体調悪くなったらどうするんですか？



あと、老健で薬剤処方できる、って言ってもそもそも病院受診ができない。だから結局薬剤の会社からほぼ実費で買い付けるしかない。高いお薬とか新薬は出せませんよ...





でもですよ、老健は心身ともに状態の安定している人を入所させるところ。あと、長期で入所させたら発病リスクも上がるけど、3ヶ月で家に帰すようにしたらそのリスクも低くなるのでは？



何も「高価な薬剤を服用されている方も平等に入所させるように」とか「しよっちゅう通院する必要がある患者さんとかも積極的に入所させるように」とまでは言ってませんよ...

病後でハンデを抱えている、再発リスクのある人が気軽に入所できるようにすべきではないですか？
あと、高齢者は誤嚥性肺炎とか蜂窩織炎とかかなりやすいし、そうなると受診が必要では？





では肺炎とか蜂窩織炎とか帯状疱疹とか高齢者が起こしやすい病気を施設で治療したら介護報酬で請求できるようにしましょう。
“他科受診制約”については引き続き審議で。

いつになったら終わるんだろう、この議論...



どうでしたか？老健に課せられた「2つの制約」。
国の言い分もわかるし、老健の悩みもわかります。
「他科受診制約も完全フリーにしたら老健の存在意義は？」
なんて声もあります。難しいですね～。
でも、手前味噌ですが「やっぱり老健って安心して預けられる
イメージ」がある、とよく言われます。それが医療寄り施設、
のいいところでしょうか。



最後に、この後お話がある特養。これは老健にない
メリットがあります。逆に、特養にはないメリットが
老健にはあります。例えば、レクリエーションなんかは
特養の方が多いと聞きます。
適切な施設選びで、お年寄りやハンデを抱えた方が
末永く、幸せに過ごせますように...



最後まで、つたない話をご清聴いただき
ありがとうございました。



老健やまお