

老人保健施設における透析医療

岸 常規

1 老人保健施設とは

1987年1月1日より老人保健法改正に伴って、老人保健施設が創設された。「老人保健法等の一部を改正する法律案要項」には、老人保健施設は「疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人に対して、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を行うとともに、その日常生活上の世話を行う事を目的とする施設」（老人保健法第6条4）と定義されている。老人保健施設は新たに高齢者用の療養施設として創設されたものである。従来の老人医療施設とは違って高齢者のための生活上のお世話、介護にもかなりの重点がおかれている。最近では、ショート・ステイ、デイ・ケアなど在宅介護を支える役割も強調されている。

従来高齢者の入所施設としては、いわゆる「老人病院」と特別養護老人ホームが代表であった。老人病院は介護力強化型老人病院に転換され、今後、経過期間をおいて長期療養型医療施設に転換していくといわれている。

従来の高齢者の入所施設は特別養護老人ホームという福祉の代表と、いわゆる老人病院という医療の代表の二者によって担われていた。

老人保健施設は両者の真ん中に位置する。それで「中間施設」といわれる。家庭復帰を主任務眼とし、3カ月程度の入所で、医療機関から家庭への復帰を目指す施設という意味でも「中間施設」と呼ばれる。特別養護老人ホームは老人介護施設の代表である

が、介護力中心で医療・看護の面では弱点があった。特養に若干の医療サービスを持たせた施設が必要だという訳で、医療と福祉の「中間施設」が求められたのである。

今後介護保険下では、老人保健施設は地域での在宅医療・家庭介護を支える施設として期待されている。正に、医療と福祉の間をつなぐ「中間施設」として期待されている。そこでは医療サービスと日常生活サービスを提供し、そして主に生活上のリハビリを行うことを主な任務としている。

医療制度からみれば、老人保健施設はかなり重要な制度上の特徴がある。まず従来の医療が出来高制であったのに対して、定額制である。一方、食費、生活費分に相当する自己負担分を基本的には施設の裁量で定めることができる。

老人保健施設は1996年現在、全国で約14万床ある。将来ゴールド・プランでは約28万床まで整備するという。

周知のように老健施設も介護保険導入によって大きく変貌を遂げようとしている。将来特別養護老人ホームも老人保健施設も、介護長期療養型病床群もすべて介護保険の管轄下におかれる。

1996年に療養費の逓減制が導入された。3カ月以上の入所療養費が逓減されることになった。1998年の改定で老健に痴呆加算、入所療養費の区分、デイ・ケアの制限等が導入された。

今後2000年4月をめどに、介護保険下の要介護認定を受けて、介護の等級に応じた報酬を受けるという大きな変化が待っている。老健入所者も要介護

認定3以上でなければ入所が難しいといわれている。寝たきり防止のための生活リハビリを中心的役割とし、車椅子レベル、痴呆患者を主に介護する施設になっていくと思われる。将来、特養、老健、長期療養が同じような施設になっていく可能性もある。

2 老健の医療・介護上の問題点

老健には70歳以上の老人が入所資格がある。身体障害者の場合、特例で65歳以上の入所が認められている。今後介護保険下では、特定疾病について40歳以上の入所が認められる。

老健施設の医療上の目的は生活リハビリである。一般病院のベッドを占めている長期社会的入院の高齢者を、生活上のリハビリによって在宅へ送り出すことにある。しかし今までの老健の成績からみると、老健から在宅への流れは不十分である。

1996年に導入された6カ月での療養費の通減制は、老健本来のリハビリと家庭復帰機能を再確認したものである。一方老健協会では、もっとリハビリ機能を積極的に評価をしてくれることを望んでいる。しかし、長期入所は痴呆患者を中心に今後も増えていくだろう。

そこで行政も在宅介護・看護施設の増設に力を入れている。ケアハウス、痴呆共同施設、訪問看護ステーションが整備されつつある。これを補う在宅ヘルパー、地域の在宅福祉体制の整備が急務の課題である。「民間活力」のヘルパー・ステーション等の介護力と在宅援助能力に期待が集まっている。

要介護高齢者にとって現状の老健は様々な問題を抱えている。医療面での制約は外来での薬剤、検査費が療養費に包括化されていることである。医療費が別個に請求できないのである。入院については、現状では病院併設型の老健が多く、重症化すれば病院へ転送される。

現在の老健評価の多くはそのリハビリ能力で測られている。老健は「通過」施設で、あくまでも在宅への通過点として位置付けられている。老健のリハ

ビリ機能を高めるためには在宅での医療・介護の充実が急務である。

3 透析患者と老人保健施設

透析患者の高齢化が問題になっている。ここ10年で透析導入年齢は約10歳以上もあがった。それとともに通院困難な患者や要介護透析患者も増え続けてきている。現疾患に糖尿病が増え続けているのも、要介護透析患者の増加に大きく寄与している。従来型の外来中心のサテライト型透析施設で、これらの要介護者・高齢透析患者を診ていくのは困難になりつつある。一方で入院施設のある透析施設は、高齢者、要介護者のいわゆる長期社会的入院患者でベッドが埋まりつつある。透析医学会のデータでは全透析患者の約10%が入院しているという。

しかし今後の医療法改正では、一般病床を急性期病床と慢性期病床に分けて、長期社会的入院患者を病院から出して、介護施設に収容させようとしている。今後も増え続けるであろう要介護・入院必要透析患者に如何に対応していくのか、老健も含めた各種介護施設・福祉施設を如何に活用していくのか、が今後の課題となる。

長期療養型病床群、老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、宅老所、グループ・ホームなど各種の介護施設、福祉施設をうまく利用することがポイントである。

老人保健施設の場合、透析患者であれ非透析患者であれ療養費は同一である。薬剤、検査費は別個に請求できない。すなわち定額制（いわゆるマルメ）である。これは大きな制約である。透析患者に必須である検査、投薬をすればするだけ、それだけ費用がかかる。これでは老人保健施設の方で透析患者を敬遠することになりかねない。

この点外来医療機関では、特養などの介護・福祉施設のほうが選択されるかもしれない。介護・福祉施設に入って外来透析にかよう場合、透析に必須な検査・投薬費は保険請求できるからである。

老健も含めて定額制の介護施設の場合、元来透析患者のような有疾病患者を収容するシステムにはなっていない。透析に必須な高額な薬剤・検査が十分に使えないからである。今後介護保険下で老健施設を活用しようとするれば、薬剤等の別枠での医療保険からの支払いを認める必要がある。

老健に透析患者を収容しようと思えば、それなりの制度上の配慮が必要である。それは透析に必須な薬剤・検査を別個に保険請求できることである。介護保険下では高額の薬剤を医療保険でカバーして欲しい。この点さえ解決できれば、現在老健の数は急速に増えているので、高齢透析患者にとって、十分利用可能になるだろう。

介護保険制度の下で今後、40歳以上の糖尿病性腎症等の特定疾病患者も入所できる。この点もさらに改善して欲しい。今後若干の制度の手直しで、老健は要介護透析患者のために活用できる余地は十分あると考えられる。

4 かわな病院併設型老健「ヴィラ・かわな」の透析患者

「ヴィラ・かわな」は今から約10年前、1989年に創設された。かわな病院とともに地域の老人医療に貢献するために設立された。現在、主に地域の一般の要介護老人の収容・リハビリ施設として活用されている。ベッド数は36床である。

かわな病院にはグループ全体で約180人の透析患者がいるが、老健利用透析患者は常時10～15名である。現在までの老健利用透析患者は延べ約141名である。

老健利用透析患者について調べてみると、全員が病院より入所した患者である。利用動機については、家庭での受け入れ体制がない、いわゆる社会的理由が高い比率を占めている。入所最長者は約5年半である。最近は痴呆の合併率が増加している。

透析導入後、在宅での日常生活に自信がもてない患者を老健に移して生活リハビリを行い、在宅へ帰

したケースがある。この外、老健でリハビリを行い在宅へ復帰できた患者もいる。老健の理想的な活用である。家庭復帰例延べ22名である。しかしいつもこういう訳にはいかない。老健入所が長期になり退所意欲が薄れた患者もいる。患者が老健での集団生活に馴染んで、家庭に帰りたがらないのである。

在宅への復帰を妨げている大きな要因は、家庭の受け入れ体制がないことと同時に、患者自身が人間関係のために家庭に帰りたがらないこともある。特に嫁姑関係が大きい。

また老健に入所していて合併症を起こすと、病院に移さなくてはいけない。併設型老健ではすぐ病院に移すことができる。しかしどの老健でも迅速な転院処置がとれるとは限らない。合併症がでると医療的にみれば老健には限界がある。透析患者の場合これは大きな欠点である。今まで老健より病院へ移った透析患者延べ91名は肺炎、癌の治療、呼吸不全、心不全等医療上の合併症のためである。

現在かわな病院に入院中で、老健に入所させたい透析患者がいる。しかし自己負担の問題、集団生活の問題などでなかなか入所させられないでいる。

「ヴィラ・かわな」で透析患者を診て、老健の長所と欠点を考察してみれば以下ようになる。

- ① 老健は集団生活を軸にして、高齢者の生活リハビリを行うところである。患者には集団生活に馴染む者と馴染まない者がいる。この理由で老健には入りたがらない透析患者もいる。
- ② 老健の食事での会食、おやつ、お茶などの生活慣例も透析患者の管理に馴染まない。集団生活のなかで水分制限を指導することはなかなか難しい。
- ③ 多くの老健でのリハビリはあくまでも生活リハビリであって、本格的な理学療養ではない。本格的なりハビリ報酬の請求できる体制が欲しい。
- ④ 老健での日常生活は病院より外出、散歩等が自由である。教育が不十分であると水分管理な

ど自己管理が徹底できないこともある。

- ⑤ 透析患者のシャント管理，血圧管理等の医学的管理は教育によって十分可能である。

5 透析患者にとっての老健の意義

- ① 透析患者は一見安定していても，常に合併症をきたす可能性がある。特養等の介護施設より医療スタッフが充実している老健のほうが，高齢透析患者の入所施設として優れている。
- ② 老健は「中間施設」であり，療養費に上限があるので，高額な検査・薬剤を使用することは難しい。この点は介護保険下で是正して欲しい。適切な医療保険でのカバーが望まれる。
- ③ 老健には5～7万円の自己負担金がある。介護保険下でも療養費の1割負担と食事代が自己負担となる。入院より自己負担がかかることもある。この為老健を敬遠する患者もいる。
- ④ 老健は在宅への「通過施設」であるといわれるが，老健入所者の在院日数はのびている。通減性の導入は老健の役割をリハビリと3カ月での在宅復帰におくものである。今後長期入所と共に，ショート・ステイ，デイ・ケア施設とし

ても活用していくべきである。

- ⑤ 介護施設で要介護透析患者を収容できる所が求められている。特養，長期療養型病床群と並んで，老健も一つの候補である。
- ⑥ 長期療養型病床群は，月約46万円の施設利用費になるといわれている。特養等，福祉施設は在宅医療としての医療保険請求が可能である。これに対し老健は介護保険下で，月約33.9万円の療養費である。これでは癌や糖尿病，腎不全患者は敬遠される。
- ⑦ 介護保険下での老健の役割は，寝たきり防止のリハビリと痴呆のケアである。要介護度認定のクラス3級以上，おおむね車椅子レベルに対応する必要があるといわれている。透析患者でもこのレベルの患者しか利用できなくなる可能性がある。
- ⑧ 介護保険下では，40歳から65歳までの特定疾病患者で車椅子レベルの要介護透析患者も老健入所ができる。
- ⑨ 介護保険下で，老健施設は単独では長期社会的入院，要介護透析患者の受け皿にはなりにくい。