独立行政法人 福祉医療機構

Research Report　経営サポートセンター　2014年8月14日
リサーチグループ
主査　徳橋　慶

「在宅強化型老健」と「従来型老健」の比較分析について

平成 24 年度介護報酬改定では、在宅復帰支援型の施設としての機能強化の観点から、介護老人保健施設に「在宅強化型」（＝在宅強化型老健）が創設されています。また、平成 26 年度診療報酬改定では、「7 対 1 入院基本料」をはじめとする各種病棟において「自宅等への退院割合」が要件化されており、自宅等の定義には、老健の中でも「在宅強化型老健」等が該当することとなったことから、患者（利用者）確保や連携体制の確立において、当該施設は今後益々注目されるものと思われます。

今次レポートでは、「在宅強化型老健」にスポットを当て、当機構のデータ（平成 24 年度決算等）を用いて「従来型老健」との比較を中心に、その運営実態について報告します。

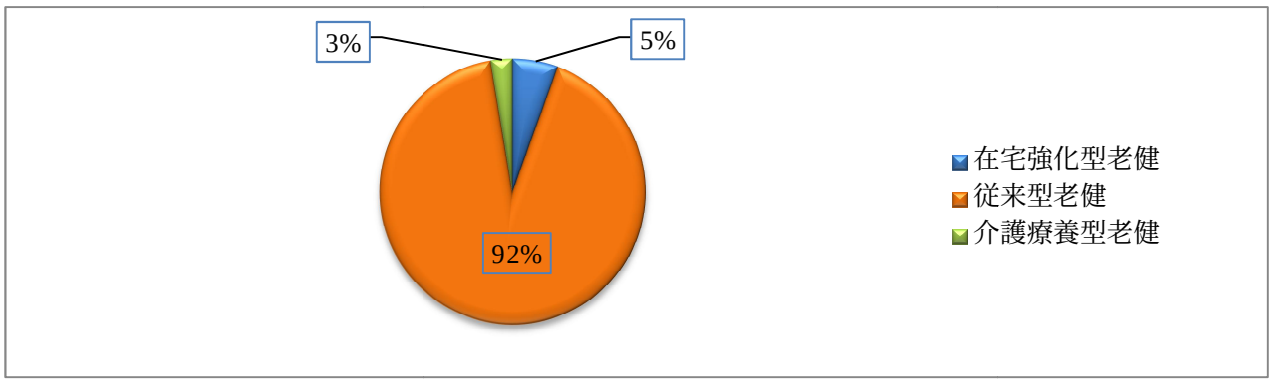
1.　「在宅強化型老健」の設置傾向

【現状では 5%にとどまっているものの、今後はさらなる増加が見込まれる。】

当機構における経営分析参考指標データ（平成 24 年度決算分）によると、「在宅強化型老健」は平成 24 年度介護報酬改定で創設されたばかりであることから、その施設割合は全体の 5%にとどまっており、「従来型老健」の 92%と比べると、まだ低い割合となっている（図表 1）。また、平成 26 年 7 月 23 日に開催された社会保障審議会介護給付費分科会の資料「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業（結果概要）」（以下「厚労省調査」という。）においても、平成 25 年 9 月時点における「在宅強化型老健」の施設割合は 7.3%となっている（図表 2）。

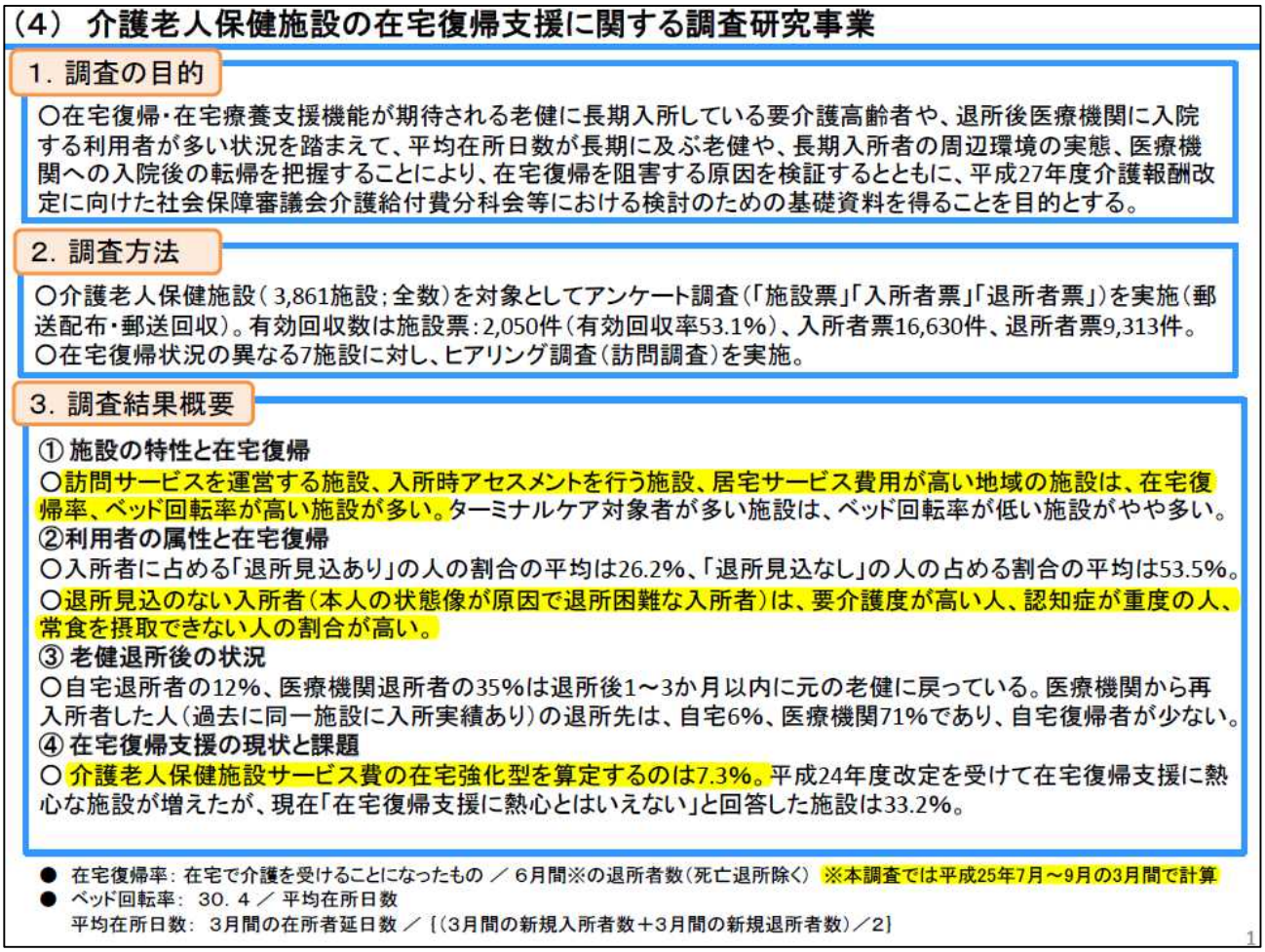
このように、現時点においては「在宅強化型老健」の施設割合は低いものの、平成 26 年度診療報酬改定において、各種病棟における自宅等への退院割合が要件化されたことに伴い、改めて「在宅強化型老健」はクローズアップされており、今後さらに増加していくものと思料される。次章以降、様々な角度から「在宅強化型老健」、「従来型老健」の違いについて、比較分析を行っていく。

（図表 1）介護老人保健施設構成割合



資料：当機構「経営分析参考指標」データより作成（以下特記しない場合同様）

（図表 2）介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業（結果概要）



資料：厚生労働省「社保審介護給付費分科会」 第 104 回（H26.7.23）資料 3-別紙 4

2． 機能性・従事者数比較

【「在宅強化型老健」は短期入所の有効活用と通所部門の充実がポイント。平均在所日数は短い反面、平均要介護度は高く、セラピストを中心とした手厚い人員配置。】

機能性・従事者数について、「在宅強化型老健」、「従来型老健」それぞれの施設の平均値をベースに比較することとした。

まず入所定員における規模別割合については、「在宅強化型老健」、「従来型老健」にほとんど違いは見られず、いずれも定員「51 名～100 名」の割合が最も高く、70%を超える状況（図表 3）となっており、「1 日平均入所定員数」はいずれも 100 名程度がスタンダードであることがわかる（図表 4）。

次に「平均在所日数」については、「従来型老健」が 322.1 日であるのに対し、「在宅強化型老健」は 195.7 日（約 0.6 倍）となっており、その差が顕著に表れている（図表 4）。

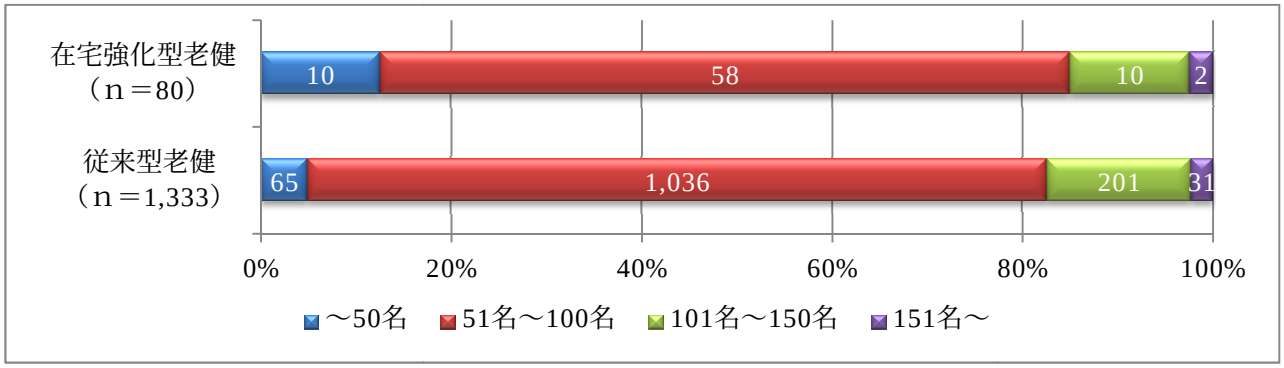
また、入所部門における「入所定員利用率（含：短期入所）」はいずれも 95%程度でその差はほとんどないものの、「１日平均短期入所者数」においては、「在宅強化型老健」が 8.1 人であるのに対し、「従来型老健」は 3.4 人と、4.7 人ほど上回っていることから、「在宅強化型老健」は短期入所を有効に活用することにより、平均在所日数を短縮させているものと推測される。

一方、通所部門における「1日平均通所定員数」でも「在宅強化型老健」は 51.4 人であるのに対し、「従来型老健」は 40.8 人と、10.6 人ほど上回っており、「通所定員利用率」でも「従来型老健」に比べ 1.7%ほど上回る状況となっている。通所定員数、通所利用率ともに「在宅強化型老健」は「従来型老健」を上回っており、通所部門の充実ぶりがうかがえる。つまり、短期入所の有効活用と通所部門の充実が「在宅強化型老健」の特徴の1つと考えられる。

なお、「在宅強化型老健」において、通所リハビリテーションを併設していない施設は若干存在するものの、こうした施設は極めて稀であり、おそらく関連施設や別の何らかの形でサポートする体制が確立しているもの思われる。

さらに、「利用者の要介護度平均」については、「入所利用者」、「短期入所利用者」において「在宅強化型老健」の方が「従来型老健」に比べ若干高くなっている。一般的には平均在所日数の長い「従来型老健」の利用者の方が、要介護度平均は高いと思われがちだが、当機構データでは、必ずしも要介護平均の高さと平均在所日数の長さとの関連は見られない結果となった。

（図表 3）入所定員における規模別割合



（図表 4）機能性

在宅強化型老健 (n=80)	平均在所日数 (除:短期入所)	1日平均 入所定員数	入所定員利用率 (含:短期入所)	1日平均 短期入所者数	入所利用者 要介護度平均	短期入所利用者 要介護度平均
	195.7 日	92.9 人	95.0%	**8.1 人**	**3.37**	**3.41**
	通所リハ 実施日数	1日平均 通所定員数	通所定員利用率	通所利用者 要介護度平均		
	304.2 日	**51.4 人**	**70.9%**	2.04		
従来型老健 (n=1,333)	平均在所日数 (除:短期入所)	1日平均 入所定員数	入所定員利用率 (含:短期入所)	1日平均 短期入所者数	入所利用者 要介護度平均	短期入所利用者 要介護度平均
	322.1 日	**98.3 人**	**95.1%**	3.4 人	3.27	3.23
	通所リハ 実施日数	1日平均 通所定員数	通所定員利用率	通所利用者 要介護度平均		
	300.4 日	40.8 人	69.2%	**2.08**		

（図表 5）「在宅強化型老健」の算定要件

※算定要件（介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅱ若しくはⅳ））
【体制要件】
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。
【在宅復帰要件】
・　算定日が属する月の前 6 月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が 1 月以上のものに限る。）の占める割合が 100 分の 50 を超えていること。
・　入所者の退所後 30 日以内（当該入所者が要介護４又は要介護５である場合は 14 日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が 1 月以上（当該入所者が要介護４又は要介護５である場合は 14 日以上）、継続する見込みであること。
【ベッド回転率要件】
・　30.4 を入所者の平均在所日数で除して得た数が 0.1 以上であること。
【重度者要件】（以下のいずれかである場合）
・　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護４又は要介護５である者の占める割合が 35%以上であること。
・　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が 10%以上又は経管栄養が実施された者の占める割合が 10%以上であること。

資料：厚生労働省「社保審‐介護給付費分科会」 第 88 回（H24.1.25）資料 1-2

むしろ「在宅強化型老健」の算定要件にある「要介護 4 又は要介護 5 である者の占める割合が 35%以上」とされている重度者要件の方が、要介護度平均に及ぼす影響は大きいものと考えられる（図表 5）。

最後に「利用者 100 人当たり従事者数」については、「在宅強化型老健」が看護・介護職員を含むすべての職種において上回っており、合計では 63.1 人と「従来型老健」を 4.1 人上回る人員配置となっている（図表 6）。「在宅強化型老健」の体制要件では「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。」と記載されており、当機構のデータにおいてもセラピストは「従来型老健」を 1.4 人上回る結果となった。このセラピストの充実も在宅復帰率の向上に深く関与しているものと思われる。

以上の機能性・従事者数について比較分析をまとめると、「短期入所の活用」、「通所部門の充実」、「手厚い人員配置」が在宅復帰率の向上に影響をあたえているとの構図が見て取れる。今後「在宅強化型老健」を目指すならば、このあたりがカギとなりそうである。

参考までに、今後益々認知症患者（利用者）の増加が見込まれていることを踏まえ、当該患者（利用者）が運営に及ぼす影響の有無について比較分析を行った。

まず認知症患者（利用者）の受け入れ状況について、認知症専門棟の設置の有無の観点より確認したところ「在宅強化型老健」、「従来型老健」いずれにおいても明確な違いは見られず、いずれも 40%前後となっている（図表 7）。

次に認知症専門棟の設置の有無が平均在所日数に及ぼす影響については、「在宅強化型老健」、「従来型老健」における平均在所日数の違いはあるものの、認知症専門棟の有無による平均在所日数に特徴は見受けられず、影響はほぼないことがわかった（図表 8）。

一般的に認知症患者（利用者）はケア等に手がかるイメージがあるため、平均在所日数の長期化もしくは在宅復帰が困難になると考えられるが、今回の調査ではその傾向は見られなか

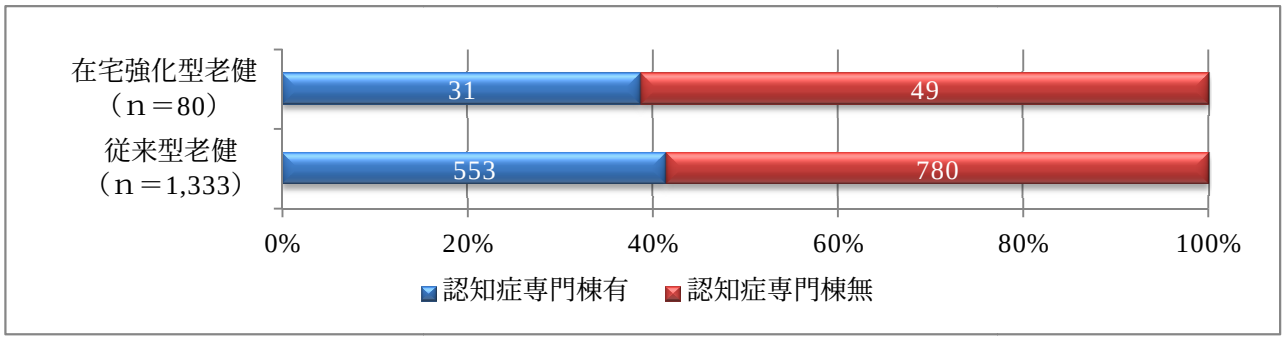
った。これは、平均在所日数に関しては認知症の有無ではなく、在宅復帰そのものに対する施設の方針による影響の方が大きいためと考えられる。

一方、「厚労省調査」では、退所見込のない入所者のなかに「認知症が重度の人」が挙げられている（図表 2）。当機構データでは認知症の程度までは定かにならないが、おそらく入所時のアセスメントにおいて、退所時における症状設定等がきちんとなされているのではないかと推察される。

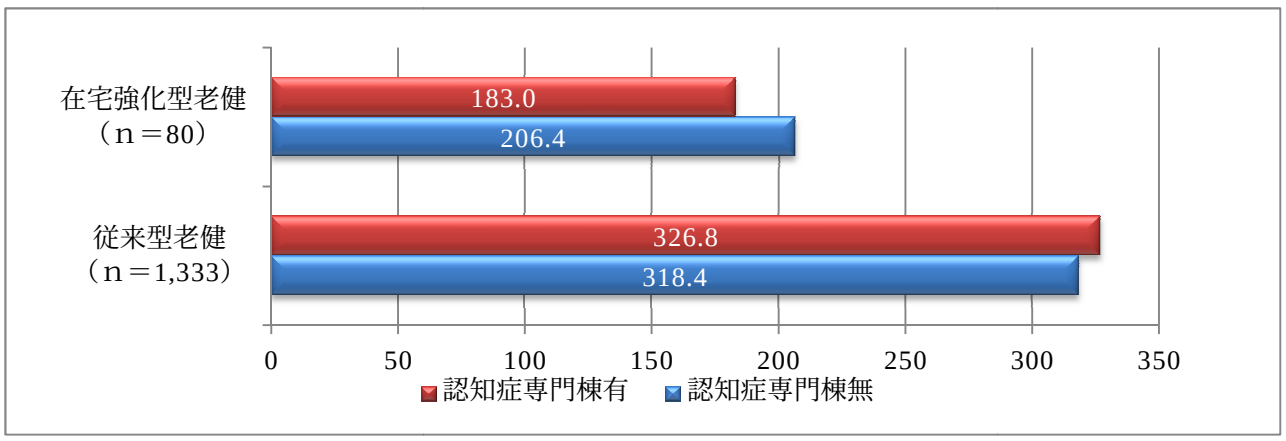
（図表 6）利用者 100 人当たり従事者数

在宅強化型老健 (n=80)	医師	看護職員 9.8 人		介護職員	支援相談員
		(看護師)	(准看護師)		
	1.1 人	5.3 人	4.5 人	34.9 人	2.2 人
	セラピスト 5.7 人			その他職員	合計
	(理学療法士)	(作業療法士)	(言語聴覚士)		
	3.1 人	2.2 人	0.4 人	9.4 人	63.1 人
従来型老健 (n=1,333)	医師	看護職員 9.6 人		介護職員	支援相談員
		(看護師)	(准看護師)		
	1.0 人	4.6 人	5.0 人	33.3 人	1.9 人
	セラピスト 4.3 人			その他職員	合計
	(理学療法士)	(作業療法士)	(言語聴覚士)		
	2.3 人	1.7 人	0.3 人	8.9 人	59.0 人

（図表 7）認知症専門棟設置割合



（図表 8）平均在所日数



3. 収支比較

【「在宅強化型老健」は通所・短期入所の収益割合が高い一方、費用面では重い人件費負担も。また利益率はやや低いものの、赤字割合は低く安定経営。】

「在宅強化型老健」、「従来型老健」の収支状況についても、比較分析を行ったところ、「在宅強化型老健」では、事業収益は「従来型老健」を上回るものの、それに伴う費用も増加し、結果として事業利益率 1%、金額にして 3,003 千円ほど「従来型老健」を下回る結果となった（図表 9）。

まず収益面であるが、入所収益は「従来型老健」が 24,134 千円上回る一方、通所収益、短期入所収益では「在宅強化型老健」がそれぞれ 26,404 千円、26,993 千円上回っている。各々の収益が多い理由については、概ね前章で述べたとおりであるが、特に事業収益に占める通所収益、短期入所収益の構成割合が高いことは、機能性の観点からみた「在宅強化型老健」の特徴を財務面からも裏付けるものとなった。

次に費用面であるが、「在宅強化型老健」は「従来型老健」を人件費率 3%、金額にして 35,608 千円ほど上回っており、人件費の差＝費用の差と言っても過言ではない。こちらも前章で述べたとおり、「従来型老健」を 4.1 人ほど上回る手厚い人員配置が「在宅強化型老健」の特徴である半面、費用負担に繋がっている実態も見てとれる。その他、医療材料費、給食材料費については、「在宅強化型老健」が「従来型老健」をやや下回っているものの、費用全般においてさほど大きな違いは見られなかった。

（図表 9）収支比較

区分		在宅強化型老健 (n=80)		従来型老健 (n=1,333)	
		金額（千円）	率（%）	金額（千円）	率（%）
総収益構成比	事業収益	580,321	97.8%	546,831	97.5%
	事業外収益	10,494	1.8%	11,437	2.0%
	特別利益	2,580	0.4%	2,476	0.4%
	計	593,395	100.0%	560,744	100.0%
事業収益構成比	入所収益	398,073	68.6%	422,207	77.2%
	通所収益	117,063	20.2%	90,659	16.6%
	短期入所収益	45,095	7.8%	18,102	3.3%
	居宅介護収益	5,102	0.9%	5,511	1.0%
	その他事業収益	14,988	2.6%	10,352	1.9%
	計	580,321	100.0%	546,831	100.0%
事業収益に対する事業費用の割合	人件費	340,441	58.7%	304,833	55.7%
	医療材料費	13,652	2.4%	14,152	2.6%
	給食材料費	44,112	7.6%	45,641	8.3%
	経費	108,844	18.8%	106,267	19.4%
	減価償却費	29,214	5.0%	28,877	5.3%
	計	536,263	92.4%	499,770	91.4%
事業利益		44,058	7.6%	47,061	8.6%
経常利益		41,727	7.1%	44,677	8.0%

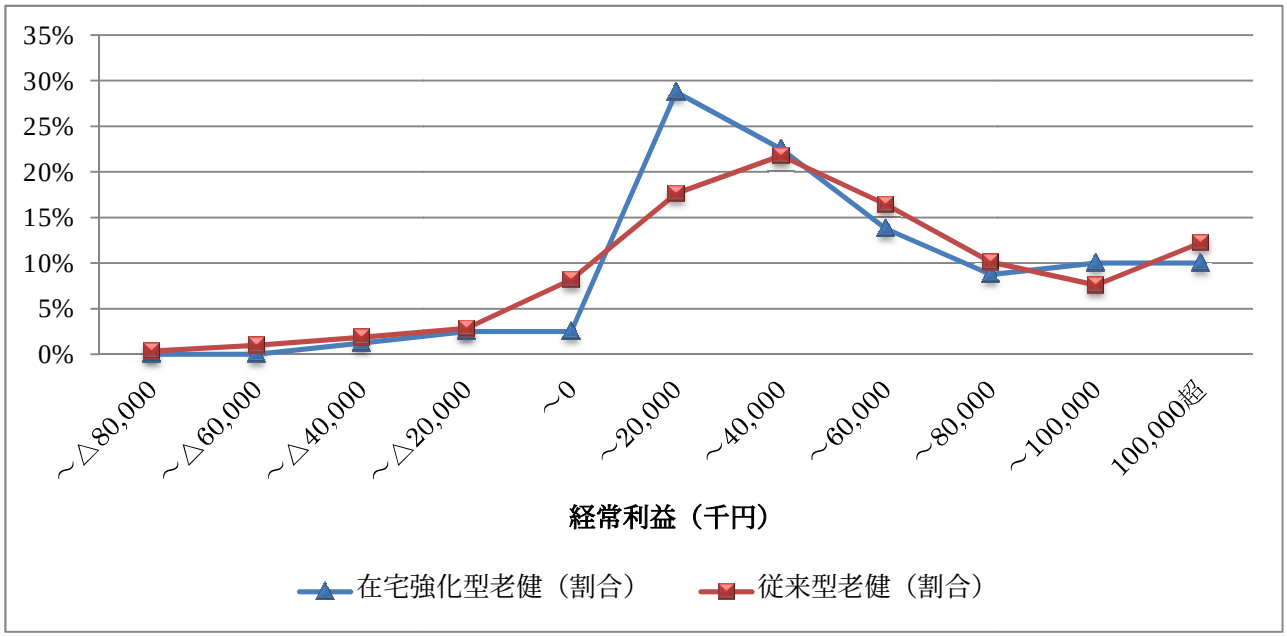
以上のことより「在宅強化型老健」の収支状況については、通所収益、短期入所収益を中心に収益そのものは大きいものの、人件費の負担も大きく、結果として利益は「従来型老健」を若干下回るが、経常利益率は 7%を維持する結果となった。

「在宅強化型老健」が「従来型老健」の利益を下回る結果となった要因については、2 つのことが考えられる。1 つは平成 24 年度介護報酬改定で創設された基準であり、かつ当機構のデータも平成 24 年度決算（創設後の初年度決算）となっている点である。つまり、年度途中で取得した施設も多いことや手厚い人員配置に係る先行人件費等がかさんでいること等が考えられる。もう 1 つは「在宅強化型老健」そのものの経営実態として、必要な人件費をはじめとする費用に対し、収益（介護報酬等）がそれに見合うものとなっていない可能性等が考えられる。

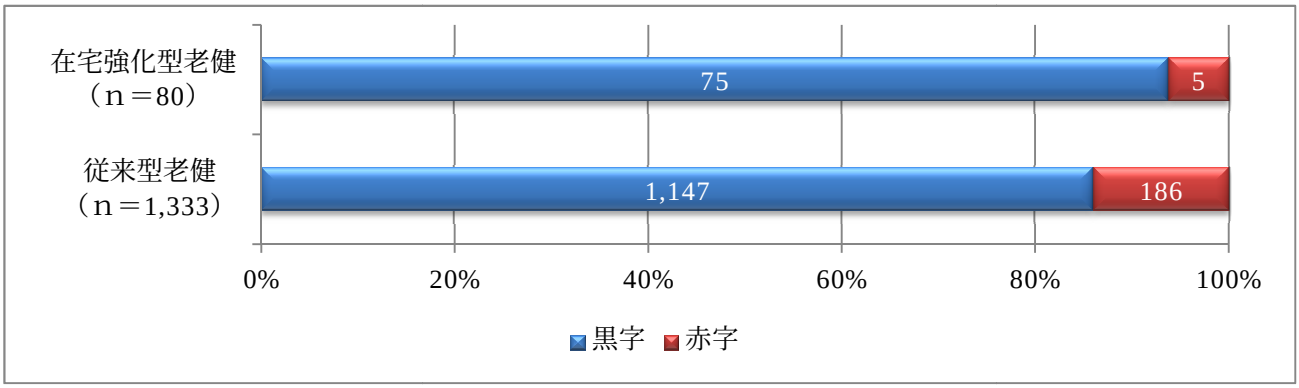
利益については、あくまで平均値データ上の結果であって、もちろん各施設が利益の大小によって「在宅強化型老健」か「従来型老健」を選択している訳でなく、介護老人保健施設のあり方や経営方針に基づき「在宅強化型老健」を選択しているケースが大多数であると思われる。

さらに念のため、2 つの観点で分析を行った。1 つは施設別の経常利益分布についてである。「在宅強化型老健」では経常利益が 1 円以上 20,000 千円以下のところに分布のピークがあるのに対し、「従来型老健」では 20,000 千円超 40,000 千円以下のところにピークがあることがわかった（図表 10）。つまり「従来型老健」の方が経常利益は高い傾向にあることが分布からもうかがえる。もう 1 つは施設別の経常利益（黒字・赤字）割合についてである。「在宅強化型老健」の黒字割合は 94%であるのに対し、「従来型老健」の黒字割合は 86%であった（図表 11）。「在宅強化型老健」は「従来型老健」に比べ、経常利益はやや低い傾向にあるものの、赤字となる割合は低く、施設経営そのものは安定していることが明らかとなった。

（図表 10）経常利益分布割合



（図表 11）経常利益（黒字・赤字）割合



4. まとめ

【今後は「在宅強化型老健」取得への流れも。特に単体施設は連携体制の構築や在宅復帰を意識した施設経営にシフトを。】

前述のとおり、平成 26 年 4 月に診療報酬改定が行われたが、介護報酬がベースとなる介護老人保健施設にとっては関係がないものと思われた方々も少なくないものと思われる。しかし、今次診療報酬改定では「医療機関の機能分化・強化と連携」がキーワードとなっており、その連携先として介護老人保健施設が含まれていることは、どの程度認識されているのだろうか（図表 12）。

特に 7 対 1 入院基本料や地域包括ケア病棟においては、自宅等への退院割合が要件化され、「在宅強化型老健」もしくは「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」を取得した介護老人保健施設は、この自宅等の定義に含まれることとなった。さらに先般実施した当機構のアンケート結果[1]においても今後の病院の収入増にかかる具体的な対策として、在宅復帰の推進、加算等の取得を挙げる声が複数聞かれた。

このことは、介護老人保健施設にも少なからず影響はあるものと思われる。なぜなら、立場を変えて考えてみれば、より在宅復帰に力を入れている「在宅強化型老健」は、病院にとって魅力的に映るものに違いない。例えば急性期治療を終えた患者の退院に際し、リハビリ等に力を入れている介護老人保健施設を紹介することは在宅への近道となり、また患者や家族に対する説明も容易なものと思われる。さらに、自宅等への退院割合が問われる病棟を運営する病院にとって「在宅強化型老健」は、当該割合のカウントに換算できることから運営にも寄与することとなる。よって「在宅強化型老健」への患者紹介は、まさに病院にとって一石二鳥となるものと考えられる。

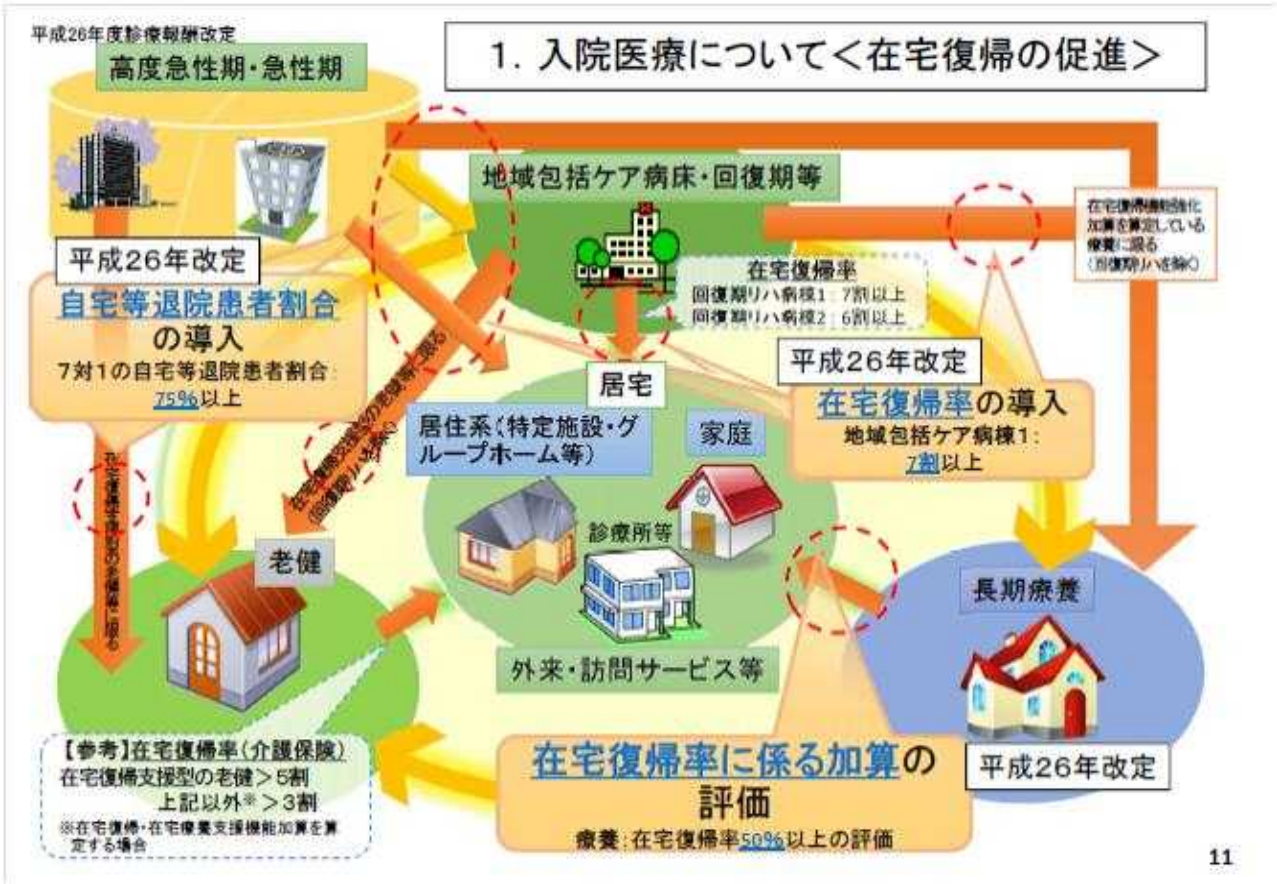
診療報酬改定後 4 ヶ月が経過し、実際に現場ではどの程度影響が出ているか定かではないが、今後「在宅強化型老健」取得への動きは、少なからず加速するものと推測される。また、平成 27 年度には介護報酬改定も控えている。昨今の在宅への方向性を踏まえると、今まで以上に「在宅強化型老健」と「従来型老健」の点数格差が生じることと見る向きもある。元々の介護老人保健施設のあり方や意義を考えれば、在宅復帰を評価する方向性はむしろ自然な流れとも考えられる。

一方、「従来型老健」が在宅復帰に全く力を入れていないかと言えばそうではなく、「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」を取得している施設も 3 割程度存在している。気になるのは、「従来型老健」でかつ当該加算が取得できてい

[1]「平成 26 年度診療報酬改定等の影響に関するアンケートの分析結果について」は、独立行政法人福祉医療機構のホームページにて公表しています。http://hp.wam.go.jp/tabid/1853/Default.aspx

ない施設の行く末である。各施設において様々な理由があるものと思われるが、今まで以上に利用者確保や経営面において厳しくなることが想定される。

（図表 12）在宅復帰の促進



資料：厚生労働省「平成 26 年度診療報改定の概要」 - 2014 年 4 月 15 日版

あくまで一例ではあるが、同一法人内に病院があるような場合、病院側の平均在院日数を優先するあまり、本来介護老人保健施設にとって在宅復帰が困難又は時間を要するような患者（利用者）も引き受けざるを得ないケースもあるようである。このようなケースでは、当然のことながら、「在宅強化型老健」もしくは「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」取得への道のりは程遠いものとなる。介護老人保健施設のあり方や意義という点ではややグレーゾーンであるかもしれないが、これにより病院のベッドが空くこと、また経営面において仮に介護老人保健施設単体での収支が厳しくなったとしても、病院との合算においてプラスとなれば、許容範囲内と考えるべきなのかもしれない。実際、各種機関の連携により在宅への流れは滞りなく回るかと言えば、このように必ずしもそうではないケースも少なからず存在するものと思料される。

ここで問題となるのは、介護老人保健施設の単体経営、もしくは併設施設の規模が小さく介護老人保健施設が経営の主体となる場合である。国が示す方向性を的確に捉え、臨機応変に舵取りを行わなければ、施設経営そのものが立ち行かなくなるケースが出てくるものと思われる。理由はともあれ、在宅への流れはもはや

無視できないものとして捉え、改めて在宅復帰を意識した施設経営にシフトすべき時期が来ているものと考えられる。さらに患者（利用者）や家族はもとより、近隣の各種機関から選ばれる施設になることもまた重要な要素の１つと認識される。

これまで在宅復帰機能の向上の必要性について述べてきたが、ただ在宅といっても簡単なことではないのであろう。今回の分析では、「短期入所の活用」、「通所部門の充実」、「手厚い人員配置」が在宅復帰率の向上のカギとなることが明らかとなった。在宅ケアをサポートするような通所部門をはじめとする各種事業部門の充実、さらにその前提として、入所時におけるアセスメントや利用者を含むその家族との信頼関係構築等も必要不可欠なものと思料される。

なお、今次分析における「在宅強化型老健」のサンプル数は 80 と限られており、その実態を把握・分析するにはまだまだ不十分と認識している。現在、当機構では利用者の皆様に対し、平成 25 年度分の決算書をはじめとする事業報告書のご提出を依頼しているところであり、新たなデータ（平成 25 年度決算）においてどのような数値や傾向が見えてくるのか、結果が待たれるところである。引き続き、今次レポートと同様のテーマで分析・報告を行いたいと考えている。

※　本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません。
※　本資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません。
※　本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません。

≪本件に関するお問い合わせ≫
独立行政法人福祉医療機構
経営サポートセンター　リサーチグループ
TEL：03-3438-9932　FAX：03-3438-0371
E-mail：wam_sc@wam.go.jp