

介護老人保健施設

【介護保険改定案と今後の介護老人保健施設】

平成 29 年 6 月 2 日付けで介護保険制度の見直しが前倒しで実施された。介護老人保健施設は「在宅復帰施設・在宅支援施設」として定義付けられた。

今年度は、医療・介護の改定前年度にあたり、高齢者がいつまでも在宅で過ごせるよう医療・介護の具体的な改定内容が示された。

介護老人保健施設の在宅復帰率、ベッドの回転率だけでなく、介護の取組み（排泄機能改善など）やリハビリ職員配置人数なども要件として示された。リハビリテーションでは、在宅生活に向けた IADL のリハビリが重視された。また、高齢者が在宅生活を過ごすにあたり、多剤投薬を管理するのは非常に困難なことでもあり、介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が連携し、減薬した場合の評価と口腔・栄養関連の評価など、在宅生活を見据えた改定内容が示された。

今までの介護報酬の考え方では、「お世話・医療管理」が中心で、要介護度が高いほど有利であったが、機能訓練・リハビリを行い、要介護度が下がれば「機能回復・自立」とみなされる成功報酬的な考え方が出てきた。

次期改定では社会保障費の削減も兼ね、医療と介護との連携を図り、高齢者が地域ケアで少しでも永く過ごせる地域包括ケア体制が進められる。

入所サービスでの介護施設区分は、長期入所対応のできる「介護療養病床施設・強化型老人保健施設（介護医療院）」と「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」の 3 区分にされた。

なかでも老人保健施設は、地域との関わりを持ちながら、地域の拠点施設として位置づけされた。

一方、在宅サービスの通所リハビリテーションは、医師、リハビリ職員、看護師、介護職員、管理栄養士など多職種が協同し、医療面、栄養面、リハビリ面をサポートする生活機能維持のリハビリを提供。医療保険から介護保険で行うリハビリに移行が進められている。

このこともあり、国は、通所リハビリテーションの短時間通所リハビリの推進と次期介護保険改定で 3 時間以上のリハビリテーションと通所介護との介護報酬の整合性を図るほかに、リハビリ施設としての機能を高め、通所リハビリテーションの卒業により地域の利用者が、より多く利用できる施設運営が期待されている。

このように、通所リハビリテーションの社会復帰加算の推進「通所リハビリテーションの卒業」がますますクローズアップされた。

また、高齢者の多剤処方対策として、かかりつけ医との連携が欠かせず、施設の医師と地域の医師と顔の見える関係づくりや、自立支援のためリハビリ職員のいない事業所への派遣（デイサービス、訪問介護、地域支援事業等）に対する地域貢献の評価も出てきて、医療と介護との連携、地域との連携が具体的に示された。

在宅復帰施設・在宅支援施設の機能がある介護老人保健施設は、地域包括ケアシステムにおける中核的な役割がますます期待されてきている。

【市町村総合事業】

平成 29 年 4 月から通所介護などの予防給付（通所リハビリテーションは除く）は、介護給付から市町村総合事業に切替わった。

次期改定では、国は、通所介護等に自立支援に取り組むインセンティブが設けられ、自治体に自立支援・重度化対策の交付金も支給される。

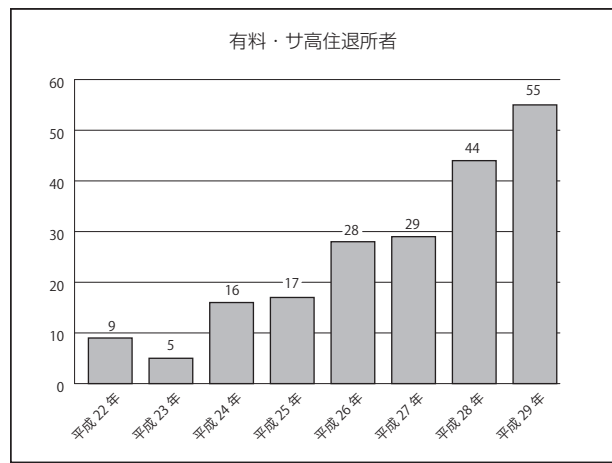
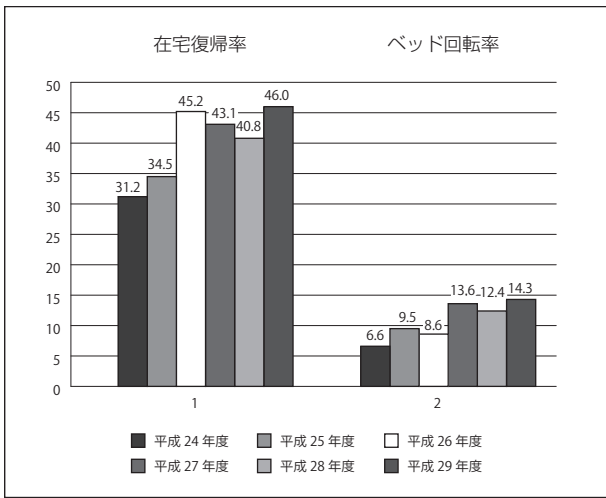
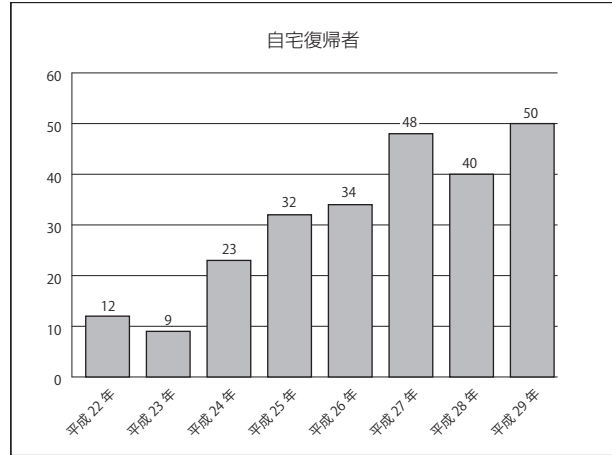
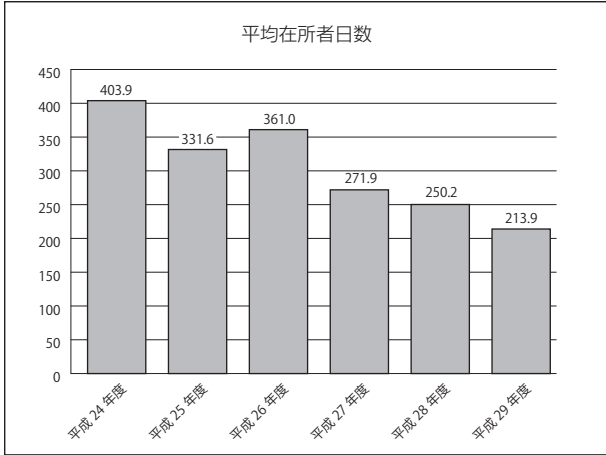
しかし、予防通所リハビリテーションでは、唯一介護給付を算定しているが、次期改定では、3 カ月毎にリハビリテーション計画を見直し、医師は、リハビリテーション実施毎に詳細な指示を行い、長期利用には継続利用理由を記載する必要が出てきた。

通所リハビリテーションは、予防給付・介護給付も同様にリハビリを提供し、在宅生活に早く戻り、地域の支援・サービスで過ごす地域包括ケア体制が敷かれたものの、市町村・住民参加型が余り進んでいないのが懸念される。

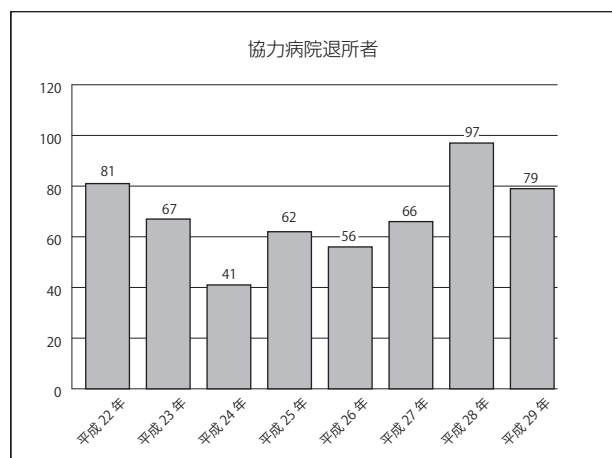
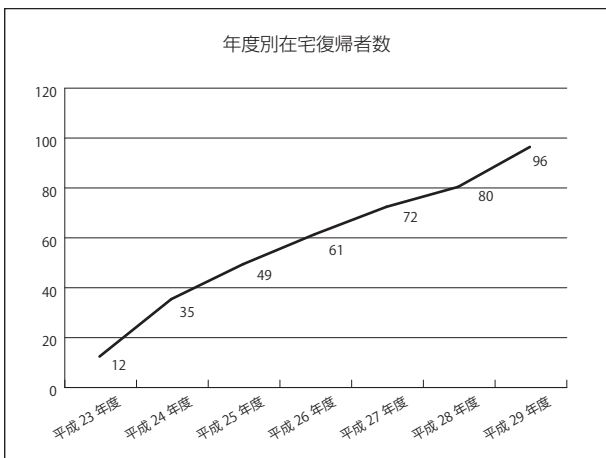
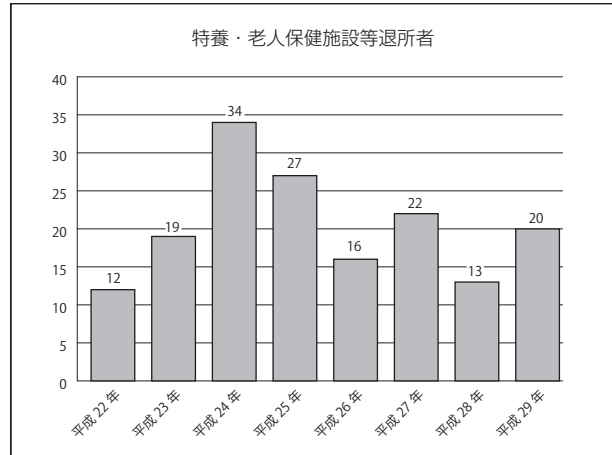
【人員体制】

医師 2 人、薬剤師 1 人、
看護師 19 人、
介護職員 57 人、
理学療法士・作業療法士・言語療法士・
柔道整復師 15 人、管理栄養士 1 人
支援相談員 2 人、
介護支援専門員 2 人
事務職員 5 人

〔文責：三嶋生夫〕



月平均	在宅復帰率 %	ベッド回転率 %
平成24年度	31.2	6.6
平成25年度	34.5	9.5
平成26年度	45.2	8.6
平成27年度	43.1	13.6
平成28年度	40.8	12.4
平成29年度	46.0	14.3



まつなみケアプランセンター

【まつなみケアプランセンター人員体制】

部長 1 名
 管理者 (主任介護支援専門員) 1 名
 部員 (介護支援専門員) 6 名

【居宅介護支援事業所の概要】

所属する介護支援専門員 (ケアマネージャー) が、介護保険法の趣旨に従い、介護サービス計画書 (利用者、利用者家族の希望される在宅での療養生活が可能となるよう支援する) の作成を主な業務としている。

【現状】

当事業所は、6 市町 (笠松町・岐南町・岐阜市・羽島市・各務原市・愛知県一宮市) の行政と関わりを持ち、それぞれの市町の特色に合わせ、多岐にわたり利用者を支援している。(別表 1)

要介護者の疾患別割合は、平成 28 年度と同様の結果、1 位「骨折」15%、2 位「脳血管疾患」14%、3 位「認知症」10%、4 位「悪性腫瘍」9%であった。(別表 2：平成 29 年度調査結果)

平成 29 年度の新規利用者だけの疾患別割合は、1 位「悪性腫瘍」14%、2 位「認知症」13%、3 位「骨折」「脳血管疾患」11%の結果であった。(別表 3：平成 29 年度新規利用者結果)

連携医の割合は、地域の主治医 66%、当院が 34%であった。(別表 4：連携医)

上記の結果から、病院の主治医や看護師、入院センターの相談員等の働きにより、病院で最期を迎えるのではなく、急性期病棟から直接退院し最期を自宅で過ごす利用者様が多い傾向にあり、ケアマネージャーとしていかに在宅での生活をコーディネートしていくかが問われている。

また、院内の主治医のみならず、地域の連携医をはじめ多職種の方々と密に連携している。

【今後の当事業所の取り組み】

平成 30 年度は、医療・介護報酬の同時改定があり、介護においては、2025 年に向けて、国民一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進している。

具体的には、①地域包括ケアシステムの推進、

②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保を打ち出されている。

当事業所においても、6 市町の地域の方々がどのような状態 (医療処置が必要、認知症等) になっても安心して在宅生活が継続できるよう、在宅医、薬剤師、看護師、介護サービス関係者等の多職種と連携し、切れ目のない質の高いサービス提供を行い、よりよい支援ができるよう取り組みを行っていききたい。

多職種との連携を強化するため、ICT の導入段階である。まだ取り組みが十分普及されていないが、連携の促進、業務の簡素化のために推進していききたい。

〔文責：堀 昭江〕