

特集

「21年改定に向けた老健施設の対応と これからの経営戦略を探る」

～2018年介護報酬改定で導入された在宅復帰・在宅療養支援評価指標10項目のポイント制導入と
5施設類型(超強化型・強化型・加算型・基本型・その他型)後の評価を含めて～

今日、老健施設の経営環境は深刻な人材不足をはじめ、経営概況調査結果での収支差率低下など年々厳しさを増している。昨年10月消費税の増税と特定処遇改善加算新設に伴う利用者負担増のなか、6月5日に成立した介護保険制度改正では、補足給付や高額介護サービス費の見直しなどで、一部の対象者には、さらに大幅な利用者負担の引き上げが予定され、老健施設の経営に大きな影響を及ぼすこととなる。そこで当会では、9月13日(日)「介護保険制度・報酬改革と老健施設の経営シンポジウム」を開催した。前半は第8期介護保険事業計画策定そして2021年度介護報酬改定の議論の論点について、公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎氏並びに介護給付費分科会委員・公益社団法人 日本医師会 常任理事 江澤 和彦氏にご講演をいただき、後半のシンポジウムでは江澤氏を座長に、小濱介護経営事務所 代表 小濱道博氏、地域包括ケア病棟協会 会長・ほうじゅグループ 代表 仲井培雄氏、当会代表 田中優至を迎え徹底討論を行った。『Visionと戦略 11月号』特集では、このシンポジウムを取りまとめたので報告する。

- | | | |
|---------------|--|---|
| Part 1 | 老健施設に問われ続けるのは
在宅復帰・在宅療養支援機能 | 『Visionと戦略』編集部 |
| Part 2 | 2021年度介護報酬改定と
老健施設経営の方向性 | 公益社団法人 全国老人保健施設協会 会長
東 憲太郎 氏 |
| Part 3 | 第8期計画と21年度改定を見据え
老健・通所リハ・訪問リハを展望 | 公益社団法人 日本医師会 常任理事
江澤 和彦 氏 |
| Part 4 | 次期介護報酬改定を克服する
老健施設の新たな経営戦略 | 小濱介護経営事務所 代表
小濱 道博 氏 |
| Part 5 | 地域包括ケア病棟と老健施設
連携の推移と実践状況を報告 | 地域包括ケア病棟協会 会長
ほうじゅグループ 代表
仲井 培雄 氏 |
| Part 6 | 老健施設長18年の実績から
高収益老健の絶対条件を見出す | 保健・医療・福祉サービス研究会 代表
田中 優至 |
| Part 7 | <div style="background-color: black; color: white; padding: 2px 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">Q&A</div> 報酬改定と老健経営の疑問に
第一級の専門家が徹底解説 | 公益社団法人 全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎 氏
公益社団法人 日本医師会 常任理事 江澤 和彦 氏
小濱介護経営事務所 代表 小濱 道博 氏
地域包括ケア病棟協会 会長 / ほうじゅグループ 代表 仲井 培雄 氏
保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至 |

老健施設に問われ続けるのは 在宅復帰・在宅療養支援機能

2021年介護報酬改定も 在宅復帰・在宅療養支援強化

2018年度介護報酬改定

でもっとも改革が進んだカテゴリーは老健施設である。改革が進んだというよりも、むしろ「リハビリを提供し、在宅支援・在宅復帰のための施設」という本来機能にシフトしたと言わなければならない。①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価②かかりつけ医との連携③入所者への医療の提供——などを主眼に、施設類型がそれまでの3類型から5類型に細分化され、10項目の指標と4項目の算定要件が新設された。その結果、多くの老健が在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向かった。

老健施設は、昨年10月時点で約7割を占めている。加算型が34・0%、基本型が32・8%、その他型が41%だった。老健施設全体から見れば着実に改革が進んでいるが、コ罗纳禍にあつて、加算型、基本型、その他型がこれまでと同様のベースで上位類型をめざす経営に向かうかどうか。老健改革は緒に就いたばかりである。

その意味で、2021年度介護報酬改定でも、老健施設のテーマは引き続き在宅復帰・在宅療養支援機能の強化だろう。この機能が強化されるかどうかは、経営トップの覚悟とリーダーシップが成否を分ける。

老健改革には、地域包括ケアのキーワードである「在宅限界を高める」という、病気や障害があつても家族とともに、自宅で暮らし続けたいという高齢者の願いを実現することであり、支援相談員任せの在宅復帰支援から、全職員参加型の多職種協働の在宅復帰支援への転換が重要となる。

参議院議員・医師の梅村聡氏（医療法人社団適塾会）などが内科クリニック理事長）は「地域包括ケアシステム構築の鍵を握るのはオンライン診療である。在宅医療にオンライン診療の導入が進めば、在宅医療が拡大して地域包括ケアシステム構築は一気に進む」と語るが、この流れに歩調を合わせるのが老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能である。

は4285事業所、受給者数は約36万人。入所者の特性は、年齢階級は「85～94歳」、障害高齢者の日常生活自立度は「B」、認知症高齢者の日常生活自立度としては「Ⅲ」がもっとも多い。また入所時の主病名の割合でもっとも多いのは「認知症」で、次に「脳卒中」が多い。

この現況に対して、リハビリテーションの質がADLの明暗を分けることも明らかになった。リハビリに係る医師の指示が「リハビリテーションの実施の有無のみ」と「その他の詳細が含まれる指示」を比較すると、後者に大きなADL向上が確認された。さらに厚生労働省調査で、居宅ケアマネジャーと入所に連携した場合、それ以降に連携した場合と比較して、入所期間が短かつたことも分かった。

こうして明らかになった事実や社会保障審議会介護保険部会での指摘、「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」などを踏まえて、さる8月27日に開かれた社会保障審議会介護給付費分科会では、老健について3つの論点が示された。①在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設として、これらの機能をより強化していくために、どのような方策が考えられるのか②かかりつけ医との連携を含め、介護老人保健施設で提供される医療、リハビリテーションについて、どのように考えるか③介護老人保健施設における感染症、災害等のリスクへの対応についてどのように考えるか。

2018年度改定の「在宅路線」が踏襲され、新たにリスクマネジメントが加わったのだ。年末にかけて議論が進み、老健改革に拍車がかかる。基本型老健施設も、その他型老健施設も「上位の類型をめざせ！」と脱皮を迫られていることは百も承知だろうが、改革の波にどう対応するのだろうか。2021年度介護報酬改定を経て、類型間の業績格差は一段と拡大していく。

リハビリに係る医師の指示で ADL向上に明確な違い

厚生労働省の調査によると、老健施設の請求事業所数

2021年度介護報酬改定と

老健施設経営の方向性

2018年度介護報酬改定で介護老人保健施設（以下、老健施設）は5類型に分類され、在宅復帰・在宅療養支援機能を高め、より上位の施設類型への移行が顕著に進んでいる。2021年度改定に向けてはどのような内容が論点となるのか。東憲太郎氏が詳説する。



公益社団法人 全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎 氏

東 憲太郎 氏
に向けては、以上の4つの柱が盛り込まれた2017年12月18日社会保障審議会介護給付費分科会の審議報告や、介護保険

発生・対応の状況や、介護給付費分科会での議論を踏まえて、分野横断的なテーマに「感染症や災害への対応力強化」を加え、年末の取りまとめに向けた議論が、介護給付費分科会で進んでいます。

機能は、入所サービス、短期入所療養介護、通所リハビリ、訪問リハビリの4つに整理されました。

法改正の前から全老健は「介護老人保健施設の理念と役割」を策定し、老健施設を「包括的ケアサービス施設」「リハビリテーション施設」「在宅復帰支援施設」「在宅生活支援施設」「地域に根ざした施設」と規定しました。改正介護保険法によって、全老健が策定した理念と役割が法律に担保されたのです。

■老健は2018年度介護報酬改定を経て、本来機能である在宅支援施設への移行が一気に進みました。

東 2018年度介護報酬改定は在宅復帰・在宅療養支援の考え方に基づく改定でした。老健施設の類型が3類型から5類型に細分化され、評価指標として①在宅復帰率②ベッド回転率③入所前後訪問指導割合④退所前後訪問指導割合⑤居宅サービス実施割合⑥リハ専門職の配置割合⑦支援相談員の配置割合⑧要介護

4又は5の割合⑨喀痰吸引の実施割合⑩経管栄養の実施割合——以上の10項目が設定されました。

さらに算定要件として、退所時指導等、リハビリテーションマネジメント、地域貢献活動、充実したリハが設けられました。この算定要件は老健施設の経営にとって重要なポイントです。

2018年度改定で在宅復帰・在宅療養支援機能が評価されたことで、それまでは在宅復帰率・ベッド回転率・重度者要件による厳しい一本道経営でしたが、改定後は10項目の指標の組み合わせによって、経営に幅が広がりました（別掲の図参照）。

■老健施設の施設類型割合はどのように推移していますか。

東 介護給付費等実態統計によると、2018年7月審査分で超強化型10・3%、強化型6.4%、加算型29・3%、基型46・1%、その他型7.9%でした。2018年12月審査分では、それぞれ15・6%、

■2021年度介護報酬改定の論点は何でしょうか。

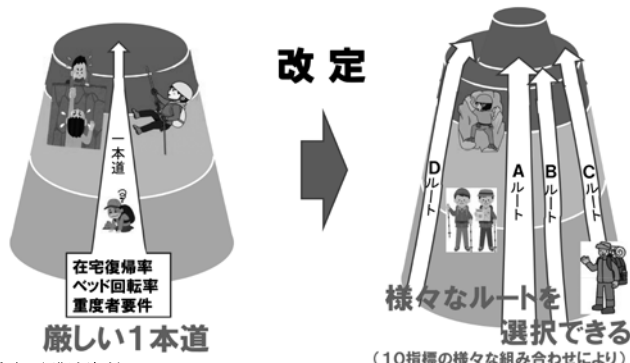
東 診療報酬と同時改定となった2018年度介護報酬改定の柱は①地域包括ケアシステムの推進②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現③多様な人材の確保と生産性の向上④介護サービスの適正化・重点化可能性の確保。以上の4つでした。

部会を取りまとめられた介護保険制度の見直しに関する意見、認知症施策推進大綱などを踏まえ、各サービス種類毎の論点と併せて、分野横断的な次のテーマについて議論を進めてきました。①地域包括ケアシステムの推進②自立支援・重度化防止の推進③介護人材の確保・介護現場の革新④制度の安定性・持続可能性の確保の4テーマです。

その後、新型コロナウイルス感染症拡大や自然災害の

「21年改定に向けた老健施設の対応と これからの経営戦略を探る」

在宅復帰・在宅療養支援機能の評価



出所・東憲太郎氏講演資料

■新設された10項目の指標について、超強化型はどのような水準を達成しているのでしょうか。

超強化型と強化型の施設類型割合を合わせると、2018年7月に16・7%、2018年12月に22・6%、2019年10月に29・2%へと増加しています。年々、在

7.0%、31・8%、40・9%、5.7%に変わりました。さらに2019年10月審査分になると、19・8%、9.4%、34・0%、32・8%、4.1%に変わりました。

■上位施設類型への移行が進んでいる実態は、老健施設の業績にも反映されているのでしょうか。

東 2018年度介護報酬改定は0・54%のプラス改定でしたが、介護事業経営概況調査では収支差率が全サービス平均で前年度比マイナス0.8%、老健施設はマイナス0.3%でした。プラス改定だったのに、なぜ収支差率の平均が前年度比マイナスだったのか。給与費が

宅復帰・在宅療養支援機能の高い老健施設が増加しているといえます。

■評価項目で示される「地域貢献活動」という文言は、分かりにくいのではないのでしょうか。算定要件には「地域に貢献する活動を行っていること」と一般論が書かれているだけですね。

東 先の調査では、地域貢献活動を行っている施設の割合は、超強化型で97・1%でした。地域貢献活動と言えは、

東 2019年度「介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」によると、在宅復帰率は超強化型の平均が60・2%、ベッド回転率は超強化型の平均が14・4%でした。5類型の分類が適切だったことが実証されたのです。

高 齢者の健康と自立をサポートするには、フレイルに至る前のプレフレイルの段階で働きかける必要があります。それが地域を耕すことで、買い物支援サービス、介護予防サロン、認知症予防教室などに老健施設が関わることを提言しています。

例えば介護予防サロンは、「元気がなくなった」「あまり外出しなくなった」「食欲が落ちてきた」「やせてきた」「気になる物忘れなどがある」「つまずくことが多い」などに該当する人を対象に開きます。プログラムには、料理、絵描き、運動、談話など趣味活動、体力測定、交流活動を盛り込み、スタッフとして医師、看護士、リハビリ専門職、介護福祉士、支援相談員などが対

年1回の地域に開放したお祭りの開催を思い浮かべる方が多いかもしれません。地域貢献活動という言葉が分かりにくいのであって、全老健は分かりやすくするために「地域を耕すこと」と言い換えています。これは田中滋先生の言葉をお借りしたものです。

東 現状の介護保険における認知症の評価は、『認知症高齢者の日常生活自立度』が用いられており、「暴行」「徘徊」「不潔行為」「妄想」など手間のかかり度々的な指標です。尊厳を損ねる酷い指標ではないのでしょうか。認知症の方の状態像を適切に評価することが重要なので、今後の指標として、例えばICFス

■介護給付費分科会では認知症の評価を見直す議論が進んでいると伺っています。どんな方針で見直されそうでしょうか。

東 介護予防サロンにはフレイルの人を見つけ出す「地域を耕す」という役割もあります。地域包括支援センターではフレイルの人を把握できませんし、民生委員でも把握するのは難しいのが実情です。

■老健施設が提供する居宅サービスでは、通所リハビリテーションの大規模減算が焦点になりました。次期改定ではどのような扱いになりそうですか。

東 規模別に比較すると延べ利用者数の増加に伴って収支差率がプラスに推移していますが、「751〜900人」と「901人以上」の収支差率が2018年度に逆転しています。2017年度に「751〜900人」の収支差率は6.6%で、「901人以上」は6.9%でしたが、2018年度にはそれぞれ5.5%、3.6%でした。要因は大規模減算です。

次期改定では大規模減算を修正するか廃止しなければなりません。今後の分科会では、通所リハビリの基本報酬について、例えば3段階評価の包括報酬など機能別に評価する方法が議論されていく見通しです。

■新型コロナウイルス感染拡大によって、老健施設の経営はどんな影響を受けましたか。

東 新型コロナウイルスによる介護施設での死亡者数の割合は、イギリスが36・7%、フランスが50・9%、スペインが66・5%、ドイツが37・6%、スウェーデンが40・6%でしたが、日本は14・2%でした。日本の介護施設の感染症対策がすぐれていたことが証明されたのです。

しかし、一方で経営に大きな打撃を受けました。老健施設では入所・退所をストップせざるを得ない状況も発生し、併設事業の通所・訪問サービスやショート在宅支援サービスや休業せざるを得ない状況にも陥りました。その結果、在宅支援・在宅復帰機能を果たせなくなり、経営に大きなダメージを受けました。

この苦境に対しては、原則として政府は損失補填をしてくれないので、介護事業者にとって経営のダメージは拭えません。来年の介護報酬改定がマイナス改定になると、ダブルダメージとなって経営が立ち行かなくなってしまう。私は「プラス改定しかない」と考えています。

■今後、どのような働きかけをすべきとお考えでしょうか。

東 2014年10月8日に財政制度等審議会が2015年度介護報酬改定について「改定率マイナス6%の適正化」と提言して、私は腰を抜かすほど驚きました。全老健は翌々日の10日に緊急記者会見を開いてマイナス改定断固反対を表明し、142万9915筆の署名を集めて、首相・財務大臣・厚生労働大臣と自民党に提出しました。そのときに麻生太郎財務大臣から「介護の関連団体が一致団結しないと意味がない」と指摘されました。

結局、2015年度介護報酬改定の改定率はマイナス2・27%になりましたが、このマイナス改定を受けて、財源を確保するには政治の力つまり議員への働きかけが重要であると痛感しました。その後、2018年度改定に向けては、介護関連団体とともに182万超筆の署名を集め、改定率は0・54%のプラス改定になりました。

■介護業界全体を統括する団体設立の動きはないのでしょうか。

東 2015年に結成された「地域包括ケアシステム・介護推進議員連盟」（麻生太郎会長）のカウンターパートとして介護関連団体による「地域包括ケアシステム・介護推進事業者団体連絡協議会」ができました。その中心を担う組織として、「全国老人保健施設連盟」に期待をしているところなんです。

■老健施設の今後の政策課題は何でしょうか。

東 6つあります。第一に、回復期・地域包括ケア病棟から老健施設への流れの実現です。これについては、老健施設のショートへの退院のみですが、地域包括ケア病棟だけでなく回復期リハ病棟から在宅復帰率の退所先として認められたところです。

第二に、通所リハビリにおける大規模減算の撤廃。老健施設の在宅支援機能を発揮させるため、通所リハビリを規模で判断するのではなく、役

割・維持で評価するように見直すことです。

第三に、高額な薬剤の医療保険対応。老健施設で使用する薬剤をさらに提供しやすくするように、一定以上の高額な薬剤は医療保険で対応できるように制度を見直すことです。

第四に、所定疾患施設療養費の対象疾患の拡大。所定疾患施設療養費によって老健施設では、肺炎・尿路感染・带状疱疹に関しては病院に転院させずに治療ができ、利用者の負担軽減や医療費抑制につながっていますので、その対象疾患を増やすことです。

第五に、透析・難病の利用者受け入れ対応の充実。老健施設が透析・難病の利用者を受け入れやすくなるように制度を充実させることです。

第六に、働きやすい職場の環境整備。インカムの導入とICT機器活用の補助制度の充実、さらに防犯カメラ設置などへの補助制度を充実させることです。

(文／編集部)

第8期計画と21年度改定を見据え

老健・通所リハ・訪問リハを展望

2018年度介護報酬改定において、老人保健健康増進等事業の研究班長として、主に老健施設の介護報酬改定に携わり、現在、社会保障審議会 介護給付費分科会委員を務める江澤和彦氏。2040年問題を視野に進められている第8期介護保険事業計画策定そして2021年度介護報酬改定の論点と議論について解説する。



公益社団法人 日本医師会 常任理事
江澤 和彦 氏

乗り切っていく
のか世界中から
注目されていま
す。

この状況下で
老健施設の運営
を考えたときに、
当然、待ち受け

のサービスでは立ち行かなく
なるでしょう。要は地域の

員として地域づくりに参画す
ることが重要となりますし、
老健施設独自の機能を地域で

遺憾なく発揮していくことが
期待されています。

地域包括ケアシステムの概

念は深化しています。田中滋

先生（埼玉県立大学理事長）

が中心になって作成された有

名な植木鉢図は、2015年

に改訂されました。それまで

の「保健・予防」が「保健・

福祉」へ、「生活支援・福祉サ

ビス」が「介護予防・生活支

援」へ、即ち「予防」が植木

鉢の土の中へと変更されまし

た。この改訂が意味するのは、

専門職が関わっていた介護予

防を住民主体で担っていくこ

とで、今は施策として実現し

ています。

その一環となる「高齢者の

保健事業と介護予防の一体的

な実施」の取り組みが全国の

市町村で始まっています。

この取り組みは義務ではあり

ませんが、健康チェックを踏

まえた医療機関との連携に取

り組んでいる市町村は現時点

で、全国1700あまりのう

ち約65%を占めています。老

健施設の医療専門職も関わっ

ていくべきでしょうし、ある

いは市町村の企画立案段階か

ら医師会など関係団体と連携
するようにと運営にあたって
明記されています。

フレイルには必須アミノ酸
の摂取と筋肉の負荷運動を同
時に実行すると成果が出るこ
とが、医学的に証明されてい
ます。こうした医学的な取り
組みに老健施設も寄与してい
る面があるかと思えます。フ
レイルは他の疾患と違って、
取り組み次第では十分に改善
が見られます。私も臨床現場
でよく経験しますが、リハビ
リテーションや栄養の評価も
含めて老健施設が担う役割だ
ろうと思っています。

■一般介護予防事業では地域
リハビリテーション活動支援
事業の推進に医師会が関わる
と伺っています。どのように
関わるのでしょうか。

江澤 一般介護予防事業は総
合事業に位置付けられ、定め
られた5つの柱のひとつが地
域リハビリテーション活動支
援事業です。この事業に先進
的な取り組みをしている市町
村もありますが、尻すばみに
なっている市町村もあるので、

日本医師会は、都道府県が都
道府県医師会と提携して、都
道府県リハビリテーション協
議会の会長を都道府県医師会
の会長が務めることなども推
奨しています。これは、医師
会がバックアップをして都道
府県のリハビリテーション提
供体制をしっかりと支えるこ
ういうスキームです。このスキ
ームは、リハビリ専門の先生方
や有識者の方々からも「医師
会がバックアップして地域リ
ハビリテーション提供の火が
消えることのないようにして
ほしい」と要望されたことが
背景になりました。

さらに病院や老健施設から
市区町村にリハビリ専門職を
派遣するスキームがあります。
これに対して市区町村からは
「リハビリ専門職が安定的・継
続的に派遣されるかが不安で
ある」という指摘があったの
で、郡市区等医師会が窓口と
なって、地域内の老健施設や
病院に協力を要請して派遣す
る方式も提案しています。

検討会では、介護予防に関
する成果の評価イメージに関
して、通いの場に参加する高

高齢者の状態のデータがないので、少しずつですが、調査を始めることになりました。通所に通う高齢者の割合は現行4～5%で、国の目標は2025年までに8%となっていますが、通いたくても通えない人や、通ったほうがよいのに通いたくない人もいますでしょう。通いの場の関与についても、老健施設の取り組みとして期待されると思います。

地域リハビリテーションの理念は地域包括ケアシステムと同じで、老健施設内のリハビリとは少し概念が異なっています。地域リハビリテーションのための研修機会がきわめて少ないのが現実なので、老健協会や医師会が市町村と連携して、人材育成に取り組むことを期待しています。

■以上が「介護保険制度の見直しに関する意見」の1番目の柱ですね。2番目以降の柱である保険者機能の強化、認知症施策の総合的な推進、持続可能な制度の構築・介護現場の革新ではどのようなことが焦点になっていますか。

江澤 2番目の柱である保険者機能の強化では①PDCAプロセスの推進②保険者機能強化推進交付金③調整交付金④データ利活用の推進の4点が示されています。当面はデータをどう活用するかが大きな課題になっています。

3番目の柱は地域包括ケアシステムの推進です。首都圏のようにこれから高齢者が急増する地域もあれば、すでに後期高齢者人口が減っている地域もあります。地域の実情に応じることと、今回の取り組みは、有料老人ホームやサ高住など高齢者向け住まいの入居者の約3～5割が要介護3～5の方なので、この実態を踏まえて施設整備を進めることになっています。

一方で、高齢者向け住まいは低所得者の受け皿ではありません。市町村は所得層を踏まえて受け皿を整備すべきであることを私も部会で提言しました。

4番目の柱は認知症施策の総合的な推進で、認知症施策推進大綱に則った「共生」と「予防」を推進します。この

予防は認知症の発症予防ではなく、向こう10年間で認知症の発症を1歳ぐらい遅らせるという予防です。

5番目の柱は持続可能な制度の構築・介護現場の革新です。ICT活用・ロボット導入は全ての業界で取り組むことで、介護人材の確保策ではないと私は申し上げています。

介護職員は目の前の利用者さんが元気になったり、笑顔になったり、ときには「ありがとう」と言葉をかけられることにモチベーションを感じています。10年以上勤続している介護福祉士を調査したところ、長期にわたって勤続できた理由のトップはどの年代も「やりがい」でした。退職理由のトップは「職場の人間関係」、以下は「妊娠・出産・育児など女性が働きやすい環境」「法人や施設の基本方針や理念」という順だったので、こうした問題の解決に着手する必要があります。これまでも考えています。

持続可能な制度の構築に関わる給付と負担については、低所得者の負担が若干増えました。これまで優遇され

ていたというのが理由ですが、負担金を説明するのは現場の職員です。厳しい状況も想定されるなかで、円滑に説明できるように、市町村には十分な支援を行うよう国から要望しています。施設は市町村と十分に連携していただきたいと思っています。

■2040年を見据えると高齢者医療の役割も変わっていくと思いますが、とくにどのようなことが重視されるとお考えでしょうか。

江澤 これからは看取りが大きな問題になります。85歳以上の死亡者数は2039年のピーク時に166万人に増加しますが、この方々は医療や介護を利用して亡くなったいくわけです。一方で、2025年には75歳以上人口が全人口の2割に達します。この方々はガンが見つかったも根治をめざす侵襲性の高い医療などを必ずしも選択しませんし、すでに現在もその傾向が見られます。従って、今後は一定の年齢以上の方々に対しては「治すこと」「救う

こと」よりも「癒すこと」「支えること」が必要になってきます（別掲のグラフ参照）。

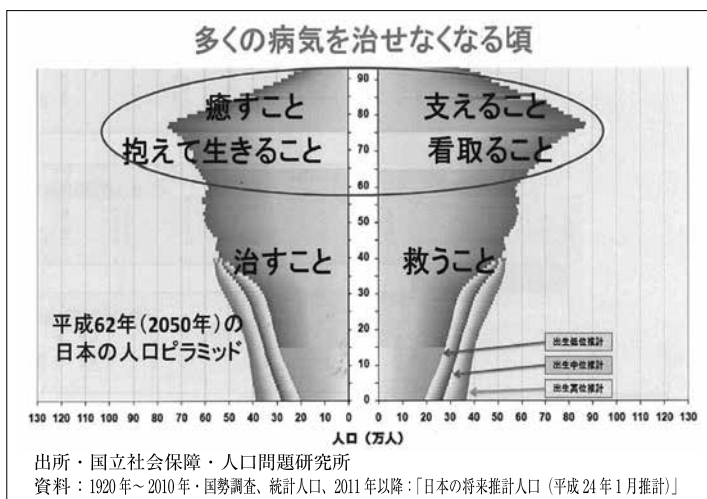
その中で課題になっているのがアドバンス・ケア・プランニング（ACP）です。ACPは本人に帰属し、本人の意思が最大限に尊重されます。ACPで話し合われたことは必ず記録して定期的に見直し、いざというときに誰に委ねるかを決めることがミッションになっていきます。従って、ACPは意思表示のできる方にしか適用できません。

これに関して国は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を策定しました。本人の意思を確認できない場合は、医療・ケアチームによる合意形成というプロセスがあります。意思決定の根拠で重要なのは「自立尊重の原則」「与益最大化の原則」「不加害原則」「正義・公正原則」の4つの倫理原則に基づくことです。先般の介護給付費分科会では介護分野に特化した看取りの研修や、グリーフケアも含めて大々的に行っていく

必要がある」と申し上げておきました。

■2021年度介護報酬改定について、通所リハビリテーションから改定の検討課題を教えてください。

江澤 通所リハビリテーションについては、前々回の改定から心身機能のみならず活動と参加にバランスよく提供することが唱えられていますが、将来的には活動と参加の評価を高めることが必要ではないかと思っています。とくに車



短期集中リハを活用できるように、現行の退院・退所から3カ月に加えて、急性増悪時から3カ月以内の実施を提案しています。

一方、通所リハビリテーションにおける各加算の算定状況を見ると、認知症短期集中リハ加算と生活行為向上リハ加算の算定率が低いことが分かります。リハビリテーションサービス提供体制加算の算定が困難な理由について、算定していない事業所は「PT・OT・STの人員

椅子に乗って買
い物に出かけた
り、公共交通機
関に乗る練習を
することは相
当な時間を費や
すので、どう評
価していくかは
今後の検討課題
であると思っ
ています。

急性増悪等で
ADLが低下し
た利用者への対
応については、
タイムリーに

■大規模減算についての見解
はいかがですか。

江澤 通所リハビリテーションの事業所規模の内訳は、通常規模が81%、大規模Ⅰが8%、大規模Ⅱが11%です。大規模減算は、経営効率が良く利益が出やすいという背景から、質の評価もなく利用者数が多いというだけで実施されました。国は介護事業所に對して、規模を拡大して効率的かつ安定的に質の高いサービスを提供するようにと要請

数が不足している」「常時25対1になるような勤務調整が煩雑である」を多く挙げています。さらにリハマネ加算ⅡⅣの届出がある場合は、届出のない場合に比べて、医師が「運動の負荷量」「リハビリテーションの方針」「修了の目安・時期」について指示する割合の高いことが分かりました。リハマネ加算を算定していると、有意に状態が改善することもデータで明らかになりました。医師の関与については引き続き推進・強化すべきだと思っています。

■社会参加支援加算にはどのような検討が必要でしょうか。

江澤 社会参加支援加算の背景はリハビリテーションの視点によって地域で利用者を支えることです。現行ではデイケアを卒業してデイサービスに一定程度移行しますが、デイサービスや福祉系の施設からデイケアへの利用者が逆紹介されることはほとんどありません。従って卒業する一方であればデイケアに経営的なインセンティブがなかなか働かないでしょうし、そもそも卒業してしまうと医師の指示によるPT・OT・STのリハビリテーションを受けられ

しています。

大規模減算は時代の流れに逆行し、経営の自助努力を阻害しかねないので「ぜひ見直すべきだ」と東憲太郎全老健会長とともに介護給付費分科会で申し上げているところで、最近ではリハマネ加算の物差しも定まってきたので、質の評価を組み合わせて評価することも可能ではないかと思っています。

■老健施設については前回改定の路線をさらに推進することになるのでしょうか。

江澤 老健施設に関する前回の介護報酬改定は「老健施設をあるべき姿に導く改定」でした。少し努力していただければ超えられるハードルをいくつか設定して、あるべき姿に老健施設を移行していただくという趣旨で、そのハードルが在宅復帰・在宅療養支援等指標の10項目です。全老健の研究事業で明らかにりましたが、言い換えれば10項目は在宅復帰率の高い老健施設がしっかりと取り組んでいる項目でもあります。

この10項目と評価項目・算定要件については、次回改定で微修正があるかもしれませんが、基本構造は維持していただくように強く要望しています。

ないという弊害が出てきます。「生活期リハではプロによるリハとデイサービスなどを組み合わせることが重要である」と意見を申し上げます。

次期介護報酬改定を克服する 老健施設の新たな経営戦略

2021年度介護報酬改定の改定率を見通し、老健施設のビジネスモデルから重点戦略を見抜く——
全国各地で介護経営支援を手がける小濱道博氏が、新型コロナウイルス感染症対策も含めて解説する。



小濱介護経営事務所 代表

氏 道博 小濱

■これまでの介護報酬改定率の推移から2021年度改定の改定率をどのように見ておられますか。

小濱 2015年度の改定率がマイナス2・27%をつけて以降、直近の3回の改定率は1・14%、0・54%、2・13%とプラス改定が続きました。これだけプラス改定が続いたので、本来なら2021年度改定はマイナス改定になる見通しもありました。ところがコロナ禍という免罪符が出現したので、プラス・マイ

ナスはトントンになるという予想が有力です。プラス改定であつても、マイナス改定であつても、微増や微減という水準にとどまって大きな振り幅の改定率にはならないでしょう（別掲のグラフ参照）。ただ、本来マイナス改定になるはずだったのに、微増や微減にとどまれば、その反動が2024年度の同時改定に跳ね返ってくる可能性があります。介護保険制度改正で先送りになった項目も少なくありません。

医療介護事業者は同時改定が厳しい改定になることを念頭に、準備をしておく必要があります。

■「施設から在宅へ」という政策は、施設系と在宅系それぞれの介護報酬割合にどのように反映されていますか。

小濱 2001年、2007年、2012年、2017年のサービス種類別介護費用割合の推移を見ると、時を経るに従って介護保険施設の割合が減ってきています。介護保険制度のキャッチフレーズは「施設から在宅へ」でした。施設を増やさずに在宅サービスを増やすという政策の結果が如実に反映されています。

この推移にあつて、老健における介護報酬の届出は、超強化型と強化型の割合が増えて、その他型が減っています。その他型は「整理銘柄」になるという見方もありましたが、2019年5月審査分では全体の48%に過ぎませんでし

た。老健施設から退場しても問題のない割合にまで低下したので、2021年度改定から2024年度改定に廃止される可能性も捨てられません。

■老健施設の常勤換算職員数や併設医療機関の状況では、どのようなことが特徴に挙げられますか。

小濱 ケアマネジャーが減少傾向を辿っています。全国的なトレンドとして、受験資格の見直しに伴う受験者数の6割減少、合格率低下の影響、処遇改善加算の影響で介護職からケアマネジャーに移行した。ベテランのケアマネ

ジャーが引退する時期に入っていますが、新規ケアマネジャーが補充されず、実数が減っています。

一方、老健施設で併設病院を持つていない割合は2019年度に34・6%、有床診療所の併設は71%、無床診療所は55%でした。老健施設の利用者は、外来診療や在宅サービスからショートステイに受け入れて、重症化が進めば入所に移行するというフローです。従って老健施設のビジネスモデルを考えれば、訪問診療やコミュニケーション活動を通じて地域を囲い込んで、利用者予備軍の裾野を広げておくことが非常に重要です。

■介護給付費分科会で「かかりつけ医との連携を含め、老健施設で提供される医療、リハビリテーションについて、どのように考えるか」との論点

小濱 老健施設と管理者との連携強化が指摘されていますが、現実問題として、老健施設の管理者に就任する医師は高齢化が進んでいて、セカンドライフやサードライフとして管理者に就任しているケースが少なくありません。いわば形だけの管理者で、実際に老健施設を運営しているのは事務長というケースが多いのです。老健関係者の会議に出席した折に、こんな発言を聞きました。

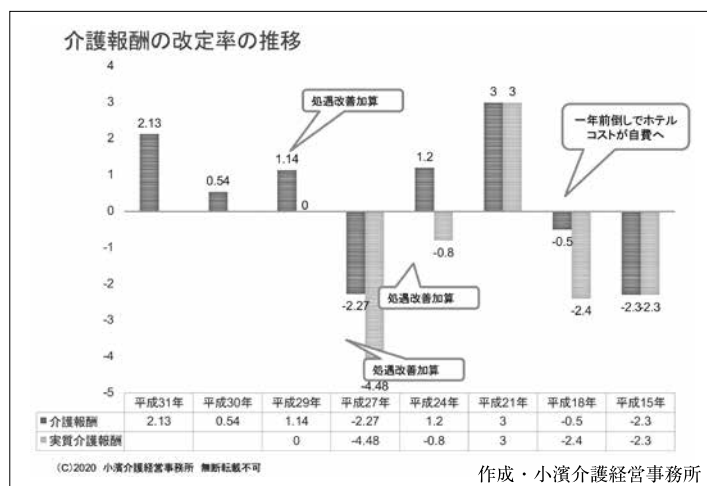
「形だけの医師とはいえ、医師を雇用する以上、相応の人件費が発生する。では40」

「21年改定に向けた老健施設の対応と

これからの経営戦略を探る」

50代の現役バリバリの医師を老健施設の管理者に起用すればどうかと言えば、窓際への左遷人事と受け止められてモチベーションが上がらないだろうし、なかなか就任してもらえないだろう」

医師のモチベーションと人件費は、これからの老健施設経営が直面する問題の一つだと思います。この問題はデイケアにも関わってきて、老健施設の医師はデイケアも兼務しているの、デイケアの医師も名ばかりの医師になって



逆に業績が伸びている老健施設では医師がしっかりと役割を果たしていますし、リハビリ会議にも参加しています。

■介護給付費分科会で「かかりつけ医との連携を含め、老健施設で提供される医療、リハビリテーションについてどう考えるか」という論点が示されました。かかりつけ医との連携ではどのようなことが問題になっていますか。

小濱 かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定があまり進ん

しまい、リハビリの提供が不十分で区分3をなかなか取れていないのが現状です。デイケアの区分3は医師がリハ会議に参加しないと取れません。現場ではかなり問題になっていくようです。医師に相談できない、医師が会議に参加してくれないという実態を多く聞いています。

でいせんが、算定しなかった理由に「入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難」が59・1%でした。老健の医師がかかりつけ医と本当に連携を取れているのかどうか。これが老健施設経営の根本的な問題になっている可能性があります。

■新型コロナ対応の特例措置で留意すべき事項は何でしょうか。

小濱 コロナ禍では、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の施設基準に「算定日が属する月の前6月間」は含めなくてもよいという特例措置が取られています。ただ、コロナ禍の影響が出てから9月で6カ月が経ったので、厚生労働省が新たな特例措置を出す可能性もあります。注目ポイントです。

さらにコロナ禍については、これからインフルエンザ流行の時期に入りますが、厚労省が37・5度以上の発熱者は出勤しないようにというガイドラインを出しているので、インフルエンザなのかコロナなのか分からない、発熱

した職員が出勤しないというリスクも想定できます。今のうちからシフトを組み立てておくことが必要です。

医療介護従事者に対するPCR検査が実施されれば、無症状者でも陽性とあぶり出される可能性があり、出勤を停止させなければなりません。そのシミュレーションも今のうちから実施しておいたほうがよいと思います。最悪の状態を想定したリスク管理が必要です。

■定額給付金や持続化給付金では、振り込み処理が大幅に遅れたことが問題になりました。新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金は円滑に交付されているのでしょうか。

小濱 私の仕事は元の日常に戻りつつあり、全国各地の介護事業者を訪問するようになりました。各地を廻って分かったのですが、支援金の申請に関するローカルルールがとんでもない状況になっています。

例えば東京都は7月末から受付が始まっていて「上限金

額を申請して使い切るように」と通知していますが、山形県は上限金額の申請は認められず、かかった費用をその都度請求することが基本と通知されています。鹿児島県では9月中旬時点でまだ通知が出ていません。大分県では、慰労金について職員全員の振込口座の報告が通知されています。慰労金は施設が申し込んで、施設に振り込まれ、施設が職員に振り込むという手続きになっていますが、大分県では施設に申請させて、国保連が職員に直接振り込むと通知しているのです。しかも大分県の場合、申請締め切りが9月末日ですが、東京の締め切り日は11月30日です。

また、東京都は振り込んでから2カ月以内に実績報告を提出することを通知していますが、山形県では実績報告の提出期限は来年3月末日です。

これほどバラバラなローカルルールは久しぶりに見ました。情報を確認して確実に受け取れるように申請していただきたいと思います。

(文／編集部)

地域包括ケア病棟と老健施設 連携の推移と実践状況を報告

2020年度診療報酬改定で、地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）からの退院先として老健施設の短期入所療養介護の利用者が、在宅復帰率の分子に含まれることになった。その経緯と自院での実践について、仲井培雄氏が解説する。



地域包括ケア病棟協会 会長
ほうじゅグループ 代表

氏 培雄 仲井

病院は全国で
2628病院、
推計病床数は
9万900床
です。

地ケア病棟
には、ポスト
アキユート機

■地ケア病棟の現況について
ご説明いただけますか。

仲井 2014年度に創設された地ケア病棟は「急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに在宅療養支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義されました。今年8月25日時点の地方厚生局確認データでは、地域包括ケア病棟入院料と地域包括ケア入院医療管理料を算定している

能、在宅等緊急受入機能、在宅等予定受入機能、在宅復帰支援機能と4つの病棟機能があります。また地ケア病棟を有する病院には、3つの病院機能と地域包括ケア病院があります。急性期一般病棟以上の病棟を有して施設全体で急性期機能をもつとも重視する「急性期ケアミックス型」、施設全体の実患者数の半数以上が他院からのポストアキユート患者である「ポストアキユート連携型」、この2つのどちら

でもない「地域密着型」、全病棟病室が地ケア病棟の「地域包括ケア病院」です。

■地ケア病棟と老健施設の関係はどのように組まれたのでしょうか。

仲井 2018年度診療報酬改定で急性期一般病棟、地ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟（以下回りハ病棟）、医療療養病棟、有床診療所、老健施設から、介護医療院を含む在宅への復帰や病床機能連携が整理されました。老健施設から地ケア病棟への入院時には在宅患者支援病床初期加算を算定できるようになり、地ケア病棟から老健施設への退院時には、それまで認められていた老健施設は在宅復帰率の分子から外れました。

■地ケア病棟と老健施設との連携は、2020年度診療報酬改定でどのように規定されたのでしょうか。

仲井 日本慢性期医療協会の調査で、2019年度には、老健施設が在宅復帰、在宅療養支援という方向をめざして努力を重ねた結果、全体的に上位の類型に移行しました。また全国老人保健施設協会の調査では、老健施設が回りハ病棟や地ケア病棟から直接自宅などに帰宅できなかった患者に対して、ADL向上やBPSDへの対応など在宅調整機能を発揮することで、在宅復帰を支援できる機能を有している可能性が示唆されました。こうした調査結果を踏まえて、2020年度診療報酬改定では、入院料・管理料1・2の在宅復帰率7割は据え置かれ、「在宅復帰率の分子に老健施設の短期入所療養介護を利用する者を含む」と規定されました。さらに地ケア病棟の3つの役割をバランスよく発揮できるように、地域包括ケアに係る実績や入院支援等に係る施設基準が見直さ

れ、在宅復帰がさらに後押しされました。

■ほうじゅグループの取り組みについて概観していただけませんか。

仲井 ほうじゅグループが事業所を構える石川県能美市は人口5万人超で、「住みよさランキング2020」（東洋経済オンライン）で全国10位にランクされるなど、圧倒的な住みよさから2020年代まで人口が増える傾向にあります。医療・介護の需要は2040年以降も伸びる見通しにあり、能美市医師会の求心力で地域に一体感が生まれています。市民生活を互いに支える活動も盛んです。ほうじゅグループは芳珠記念病院と関連施設で構成され、合い言葉は「おうちで暮らそう」です。急性期ケアミックス型の芳珠記念病院は許可病床260床（急性期一般86床、地域包括ケア82床、障害者32床、医療療養病床60床＝休床中）、介護老人保健施設「陽翠の里」は54床です。病院と老健施設の価値観

はともに「ときどき施設、ほぼ在宅」です。

芳珠記念病院の2019年度実績では、新規入院患者数（2829人）、紹介患者数（4022人）、救急車受け入れ台数（928台）、冠動脈PCI件数（41件）、薬剤管理指導算定件数（2791件）、居宅介護支援事業所利用件数（2438件）、訪問看護ステーション訪問件数（5238件）の各項目が対前年比3%超となりました。

■地ケア病棟における患者の流れはどのように推移していますか。

仲井 2014年9月から2018年3月までの流れと2018年4月から2020年3月までの流れを比較したところ、介護施設などとの入・退棟の割合が数ポイント増加していました。一方で、老健施設からの入棟は1%未満、老健施設への退棟は3%強と変化が見られませんでした。同様に、自宅や自院一般病棟の入・退棟の割合、死亡者の割合にも変化が見られませんでした。

芳珠記念病院の全病棟から老健施設に退院した患者数を比較すると、退院患者数は減少し、減少数とほぼ同数の法人内の訪問看護ステーション利用者が増えました。退院先の老健施設に占める陽翠の里のシェアは20ポイント近く下がりました。

■陽翠の里の実績数値について教えてください。

仲井 陽翠の里は超強化型です。2020年8月末における6カ月平均の実績は、在宅復帰率75・0%、ベッド回転率15・4%、入所前後訪問指導割合76・9%、退所前後訪問指導割合70・0%、居宅サービス実施状況2サービス、リハ専門職員の配置割合7.6、支援相談員の配置割合4.0、要介護4または5の割合56・7%、喀痰吸引の割合8.7%、経管栄養の実施割合12・4%でした。陽翠の里における利用者の流れは、2015年4月から2018年3月までの流れと2018年4月から2020年3月までの流れを比較すると、芳珠記念病院からの入所

者数は9ポイント強減少し、在宅からの入所者数は13ポイント強増加して、リビーターも増加しました。

一方、陽翠の里から芳珠記念病院への退所者数が20ポイント弱減少し、特別養護老人ホームや有料老人ホームの待機者は5ポイント減少しました。看取り件数は約9ポイント増加し、自宅復帰が16ポイント強増加しました。まさに中間施設の役割を果たしていると思います。（別掲の表参照）

■陽翠の里の運営課題についてお聞かせください。

仲井 新型コロナウイルス感染症などの感染対策を強化して、利用者・家族と職員、地域を守ります。さらに①居宅介護支援事業所との連携を強化して、医療依存度の高い重症者の受け入れ②ほうじゅグループ内・外のリハビリテーションとの連携強化③ほうじゅグループ内・外の訪問看護ステーション連携の強化④頻発する自然災害に対して、

防災福祉避難所としての機能を強化——以上の強化により、在宅療養支援機能を充実させます。

そのなかで芳珠記念病院と陽翠の里は、それぞれ独立した入院・入所事業を展開しつつ、共通の通所・訪問サービスを活性化し、それぞれが受け入れる地域住民を取り合うことなく、互いに支え合いながら地域包括ケアシステムの一翼を担っています。

（文／編集部）

※介護老人保健施設陽翠の里における利用者の流れ
(2015.04～2018.03 実績 n=475)

入所元		退所先	
自宅	51.2%	自宅	50.6%
介護老人保健施設	0.0%	介護老人保健施設	0.4%
介護療養病床	1.2%	介護療養病床	0.0%
特別養護老人ホーム	0.0%	特別養護老人ホーム	4.7%
有料老人ホーム	0.0%	有料老人ホーム	3.9%
その他の居住系介護施設	0.0%	その他の居住系介護施設	3.0%
障害者支援施設	0.0%	障害者支援施設	0.0%
他院	5.8%	他院	0.0%
芳珠記念病院	41.7%	芳珠記念病院	36.5%
内入院後の再入所(47.5%)		看取り(施設内死亡) 0.9%	

※ 芳珠記念病院に併設された社会福祉法人陽翠の里の介護老人保健施設

出所：仲井培雄氏講演資料

※介護老人保健施設陽翠の里における利用者の流れ
(2018.04～2020.03 実績 n=335)

入所元		退所先	
自宅	64.3%	自宅	64.1%
介護老人保健施設	0.0%	介護老人保健施設	0.6%
介護医療院	2.4%	介護医療院	0.0%
特別養護老人ホーム	0.0%	特別養護老人ホーム	2.4%
有料老人ホーム	0.0%	有料老人ホーム	1.2%
その他の居住系介護施設	0.0%	その他の居住系介護施設	3.0%
障害者支援施設	0.0%	障害者支援施設	0.0%
他院	2.4%	他院	1.2%
芳珠記念病院	31.0%	芳珠記念病院	18.0%
内入院後の再入所(55.8%)		看取り(施設内死亡) 9.6%	

※ 芳珠記念病院に併設された社会福祉法人陽翠の里の介護老人保健施設

出所：仲井培雄氏講演資料

老健施設長18年の実績から

高収益老健の絶対条件を見出す

「相談室が老健経営の要」「もっとも提唱したいのはご家族との二人三脚」——老健施設長として18年の実績を積んだ保健・医療・福祉サービス研究会代表の田中優至が、超強化型老健へのシナリオを解き明かす！



保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至

■老健施設長を18年務めた蓄積から、これからの老健経営の鉄則は何でしょうか。

田中 老健経営の条件について10項目に整理しました。

第一に、社会保障政策における国難とも言われる2040年を医療福祉もDX（デジタルトランスフォーメーション）戦略で乗り切ることです。

第二に、世界の中で唯一日本にしか存在しない介護施設カテゴリーである老健施設について、その存在意義は、在

宅復帰・在宅療養支援を行い、地域包括ケアシステムの拠点施設の使命を果たすことだと思えます。現に、老健施設は入所を

含めて在宅サービスと考え直したほうが、現場の改革は上手いと思います。

第三に、老健施設に関する前回の介護報酬改定は、老人保健健康増進等事業の研究班長だった日本医師会の江澤和彦常任理事が携わられた。江澤改定とも言われました。老健施設のあるべき機能に注力した老健施設が報われる精度の高い、ホームラン改定だったと思います。後ほど厚生労働省が示した図で説明しますが、強化型こそ老健施設

の基本で、失礼な言い方になりますが、加算型以下は、欠陥老健です。

第四に、老健施設の経営モデルの形態は裾野が広い富士山型であり、在宅復帰・在宅療養支援機能なくして老健施設の成長発展はありません。

老健施設は在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に取り組み、高収益を獲得できます。努力すれば経常利益率8〜10%を上げられるほど経営環境は非常に恵まれているのです（別掲の図参照）。

第五に、老健運営の「要」は相談室です。相談室が収益を左右する機能強化と健全経営を担うので、支援相談員にエース級の職員を配置すべきです。

第六に、私がつとも提唱している取り組みが「ご家

族と二人三脚の在宅復帰支援システム」の構築です。これを現場に導入すると、家族との信頼関係が深まり、地域との信頼関係が高まっていきます。老健運営のひとつのキーワードは「家族（介護者）ケアです」

第七に、現場の経営力がいかに育てるか。経営情報の開示がなければ、有能な経営管理者の育成は困難です。すりがラス状態で運転させるのは事故（赤字）のもとで、NGです。経営情報の開示で経営

や利益の必要性を正しく理解できるようにする必要があります。

第八に、満床が当たり前の老健運営は十分可能です。

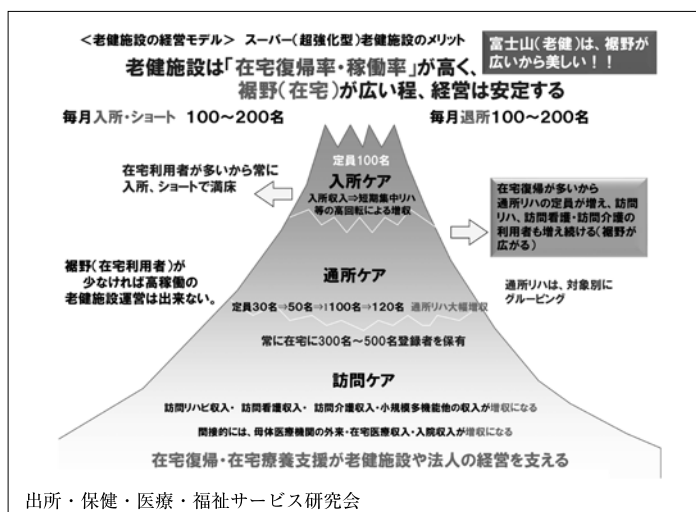
介護事業は、一に稼働、二に稼働、そして、三、四に加算です。支援相談員のベツドコントロールの高度なス

キルは、高稼働でなければ高められません。

第九に、広報（地域連携）活動は地域包括ケア拠点施設の使命であり、必須の役割です。さらに老健施設は、介護予防・障害・子育て支援・看取りも視野に地域全体を支える役割を持っています。

第十に、医療介護事業の全てに該当することですが、老健運営でもっとも大切なのは生活者の視点です。

■多くの高齢者が自宅で暮ら



したいと思っけていても、家族介護力の限界から在宅療養が困難になるのが現状です。在宅療養を支える方策は何でしょうか。

田中 家族が介護に疲弊して、虐待や心中などの事件に至るケースも散見されます。その意味で、高齢者本人も大切ですが、家族（介護者）に重点を置いた支援が在宅療養を支えるポイントになります。期待されるのがショート、通所、訪問看護、訪問介護、訪問診療、訪問栄養・薬剤指導、定期巡回、さらに生活支援などを多職種協働で提供する在宅チームケア体制です。そのなかで老健施設は在宅療養を支える「Home care home」（在宅支援の拠点）なのです。

■2018年度介護報酬改定で老健施設が従来の3類型から5類型に分類されました。類型が上位に移行するにつれて、年間売上高はどのぐらいアップしていくのでしょうか。

田中 「100床・平均介護度が要介護3・多床室・稼働率97%」という前提で、5

類型それぞれの年間の入所の基本報酬を試算すると、その他型は3億500万円、基本型は656万円増の3億1156億円、加算型になると1204万円増えて3億2360万円、強化型はさらに1416万円増えて3億3776億円、超強化型にステップアップすると1629万円増えて3億5405万円です。つまり、その他型と超強化型では、年間売上高に4905万円もの開きが出てきますが、加算を含めると両者の差は6000～7000万円に拡大します。

■「加算型以下は欠陥老健」という指摘の根拠は何でしょうか。

田中 各施設類型の機能別算定の4つの要件を厚労省が示しています。①退所時指導等②リハビリテーションマネジメント③地域貢献活動④充実したリハをクリアしているかどうかを類型別に比較すると、超強化型と強化型は4要件をすべてクリアしていま

す。加算型は充実したリハをクリアせず、基本型は地域貢献活動と充実したリハをクリアしていません。その他型は全てクリアしていません。

先ほど「加算型以下は欠陥老健」と申し上げたのは、加算型以下が老健施設の売りである④充実したリハをクリアしていないからです。強化型こそが老健施設の基本とし、望ましい老健施設のあり方から5類型を再類型化すると、超強化型「スーパー老健」、強化型は「基本型」、加算型は「その他型1」、基本型は「その他型2」、その他型は「その他型3」と言えるでしょう。私のコンサルでは、これらをバネに現場管理者と一緒に強化型、超強化型をめざした取り組みをしっかりと行っています。

■相談室の役割と支援相談員がどのような成果を生み出すのか、説明していただけますか。

田中 相談室の機能は①相談支援②インテーク③アセスメント④サービス調整⑤在宅復帰支援⑥ベッドコントロール

⑦地域支援⑧家族（介護者）ケア⑨在宅療養支援⑩地域広報。以上の10機能です。相談室は情報ステーションとして、いち早く利用者情報を得て、関係部署・機関に高品質の情報を提供し、多職種協働による良質なチームケアに貢献するという役割を担っています。

支援相談員が実力を発揮すると「ベッドの高稼働」「通所・訪問リハ他の利用者増」「ショートステイ利用者増」「高い平均介護度」「各種加算の完全算定」「超強化型の取得」などの成果が出ます。

実際、実力を発揮すればどのくらい増収になるのでしょうか。試算すると、占床率が3%アップすると年間1840万円、強化型から超強化型に移行すると年間1595万円、通所リハが1日10名増えると年間3215万円、さらに各種加算の完全算定、地域の信頼獲得などを加えると、年間約6650～1億円増収となります。当然、支援相談員だけで稼ぐ数字ではなく、支援相談員を中心に全職員で稼ぎ出

すのです。

■もつとも提唱している取り組みとして「ご家族と二人三脚の在宅復帰支援システム」の構築という説明がありました。二人三脚のポイントは何かでしょうか。

田中 先ずは、在宅復帰の鍵を握るご家族へ、全職員あがての「来苑時の歓待とご家族が長居が出来る老健運営」です。次に、支援相談員の利用者情報を把握する「朝の対面」、システムの中枢である月1回の充実した「家族面談（本人・ご家族参加のケアカンファレンス）」、そして、在宅介護とともに語り、学び、労り合う「家族会」。この4つの実践によって、老健施設でのご家族の感動が口コミとなって、地域の信頼を築きます。ご家族や地域との信頼関係や協力体制こそ高稼働率・高在宅復帰率・高回転率の確保に直結し、高い在宅復帰率にもかかわらず利用者のご家族が離れない「マグネット老健」へと導くのです。

Q&A

報酬改定と老健施設経営の疑問に
第一級の専門家が徹底解説

さる9月13日に保健・医療・福祉サービス研究会が開催した「介護報酬制度・報酬改革と老健施設の経営シンポジウム」で、東憲太郎氏、江澤和彦氏、仲井培雄氏、小濱道博氏、田中優至の各登壇者に対して、出席者から数多くの質問が寄せられた。各質問に対して、業界団体、政策立案、コンサルティング、施設経営などそれぞれの立場から核心を突いた回答が示された。回答者別に質疑応答を報告する。



江澤 和彦氏



東 憲太郎氏



田中 優至



小濱 道博氏



仲井 培雄氏

公益社団法人

全国老人保健施設協会

会長 東憲太郎氏

出席者A 「加算型以上でない」と老健施設はやっていけない」と聞きます。基本型を運営していますが、在宅復帰を希望する家族もほとんどいませんし、2021年度介護報酬改定も含め、基本型の老健施設経営の見通しについて教えてください。

東 基本型が老健施設としてやっていけないことはないと思います。その他型はいろいろな加算を取れないので、経営的にも厳しいかもしれませんが、基本型でもやっていけるように制度設計して頂いたつもりですし、生き残

れないことはありません。ただ、生き残るというよりも一歩でも上の加算型をめざしていただきたいと考えています。加算型をめざせば何かあっても基本型に残れるという安心感があります。

それから、在宅復帰を希望する家族がほとんどいらっしゃらないということですが、今の入所者が未来永劫入所し続けるわけではありません。今の入所者が亡くなったり、いろいろな理由で退所したときに空きベッドに在宅に戻れる方を受け入れて、その数が増えれば基本型から加算型に移行できると思います。

出席者B 老健施設では薬剤費が一部を除いてまるめとなり、薬剤費は全て老健施設の負担です。そこで老健施設の医師が不要と思われる薬剤の減薬を行っていますが、処方した病院医師やかかりつけ医に減薬を相談するのは敷居が高いので、施設医の判断で行っています。処方医師への上手な説明の仕方を教えてください。

東 自分が考える薬剤の扱い方を病院医師やかかりつけ医に「先生、どうですか?」と話せばよいと思います。「包括報酬で単価も低いので、何かひとつの薬剤を切つていいでしょうか?」という聞き方は好ましくないと思います。なぜ切るのかという理由をきちんと説明することです。

例えば血圧の薬ならば「入所して1週間血圧が低く安定していたので、降圧剤を2種類処方しているが、どちらかを切つていいだろうか」というように減薬する理由をはっきりと話せば、病院医師やかかりつけ医とのコミュニケーションを図れると思います。

出席者C 訪問リハについては、訪問診療の要件や指示箋の期間など訪問看護ステーションに比べて不利な気がします。主治医要件の見直しを強く希望します。老健施設から訪問リハの利用者だけでも老健施設の医師が訪問診療を行い、管理費などの名目で、介護報酬による評価ができないでしょうか。

これからの経営戦略を探る」

東 なかなかセンシティブな意見ですね。考え方としてはあり得ると思いますが、老健施設の管理医師が老健施設から出て行って、居宅にいる方を診察することに報酬をつけることは訪問診療とどう違うのかなど、いろいろな問題があります。正直、お答えしにくいといき言いようがありません。

公益社団法人 日本医師会

常任理事 江澤和彦氏

出席者D その他型老健は、2021年度介護報酬改定で廃止となりますか。その際、経過措置などがありますか。

江澤 これからの問題なので、確実なこととは言えませんが、おそらく次回の改定でその他型老健がなくなることはないであろうと予測しています。その他型老健は老健施設として存在しづらくなりますが、たとえ全体の5%程度でも存在していれば、政策上、一気に廃止することは難しい状況にあります。

ただし、その他型老健が来年度は老健施設として存在で

きて、2024年度介護報酬改定では経過措置をもって廃止される可能性も十分に考えられるので、今から十分に対応していただきたいと思っています。

出席者E 全ての利用者に週3回の個別リハの必要性はあります。また、認知症高齢者は集団リハで認めていたいただきたいのですが、今回の改定での見通しはいかがでしょうか。

江澤 強化型の充実したリハについておっしゃっているのだと思います。1回20分程度の個別リハを週3回行うことになっています。認知症高齢者については集団リハの効果が見えており、現時点では要望を出しているところで、改定の結果を見ないと分かりません。介護給付費分科会の第2ラウンドが始まり、老健施設についても2回目の議論の場があるので、いろいろと検討したいと思っています。

出席者F PT・OT・STのリハビリ3職種配置に加算が創設されるのでしょうか。

江澤 次回の改定でPT・O

T・STの配置に加算するかどうかは、論点になると思います。加算が創設される可能性はあると思っています。

出席者G 入所前・入所時のケアマネジャーの関わりで、連携加算が誕生するのでしょうか。

江澤 介護給付費分科会の資料で示しましたが、入所前後にケアマネジャーが早い段階で関わりと老健施設の入所期間が短くなったり、在宅復帰につながりやすくなっていることが分かりました。診療報酬においては入院支援加算が良い結果につながっていることがあるので、このことも参考にしながら入退所前後のケアマネジャーの関わりが、介護給付費分科会で論点として示される可能性はあると思います。

ただ、全ては財源によって決まるので、改定率により、できることとできないことがあるだろうと想像しています。

出席者H 老健施設からの主治医の要件等の問題もありますが、訪問リハ配置の促進策

をどのように考えられていますか。

江澤 老健施設のうち約3割しか訪問リハを行っていないという結果が出ています。本来、訪問リハは老健施設が中心になって提供する役割もあるので、今後のアイデアとしては、例えば訪問リハを誘導する政策として、マトリックスによる3職種の評価で訪問リハの要件に重みを付けるとか、いろいろな方法があると思います。

老健施設における訪問リハの促進は政策上の大きな課題になっているので、訪問リハを行っていない老健施設においては、ぜひ組織的に取り組むことを検討していただきたいと思っています。併せて現場の視点から申し上げますと、理事長や施設長などによる法人経営方針と施設運営方針が、大きく施設機能に影響することが調査研究事業で分かっています。

従って、経営方針や運営方針で在宅復帰をめざしている老健施設では、在宅復帰が進んでいます。過去の介護給付

費分科会で何度も検討してきましたが、経営方針と運営方針が大事だと思っています。多くの職員は自宅から近く通いやすい老健施設に勤務していて、現場職員の質に差はないと思うので、ぜひ組織一丸となって取り組んでいただきたいと思っています。

出席者I 所定疾患療養費やかかりつけ医連携加算など医療提供体制の質の向上に対して、体制づくりのポイントは何か。

江澤 今後の医療提供体制の質については十分に検討していただいて、場合によっては医療機関と連携することも多々あるので、状況に応じて取り組んでいただきたいと思っています。一例を申し上げますと、最近はいろいろ新しい治療薬が開発されているので、処方においても老健施設の管理医師がかかりつけ医と連携することが重要だと思っています。

地域包括ケア病棟協会

会長 仲井 培雄氏

出席者J 地ケア病棟から老

健施設へのショート入所の事例は、どのくらいありますか。

仲井 今年はコロナの影響で地域包括ケア病棟協会はアンケート調査をまだ実施していないので、把握できていません。芳珠記念病院では今年に入ってから1例あります。

出席者K 全国で地ケア病棟が増加していますが、どこまで増えるをご覧になってい

仲井 高齢者や要介護の方が

どんどん増えていきますが、コロナのピーク時にはサブアキユートの患者数が減りました。コロナが落ちれば患者数も増えていくので、もうすぐ全国で10万床に到達する地ケア病棟は、15万床、さらに20万床に増えていくと思います。

出席者L 雪が深い北陸は在宅復帰が難しいと伺いますが、実態はいかがでしょうか。

仲井 この10年を振り返ると本当に雪が深かったのは、福井県と石川県の県境で交通止めになった3年前ぐら

いです。それ以外の年で雪が障害になったことはありません。3年前の大雪の時期には、お年寄りが外に出られなくて、外来患者さんが減りました。その時、薬を届けられなかったの、ドローンで運んだらどうかという話も出ましたが、最近温暖化の影響で雪が在宅復帰の妨げになるケースは発生していません。

小濱介護経営事務所

代表 小濱道博氏

出席者M 老健施設の今後の実地指導は何が強化されますか。

小濱 間違いなく衛生管理が強化されるでしょうし、ここ数年の傾向を見れば処遇改善加算の指導も強化されるでしょう。処遇改善加算が厳しく見られているという情報が全国各地から入ってきています。この2点を強化項目として挙げておきます。

出席者N 2021年度介護報酬改定の改定率は、どのよう

小濱 全体の改定率はプラス・マイナスでトントンでしょう。微増か微減だと思います。改定率を上げると国民負担が増えるので、明確に上げることは厳しいのではないのでしょうか。経営実態委調査の集計が遅れています。調査結果を見ないと改定率の見通しについては何とも言えないという面もあります。

出席者O 2021年度介護報酬改定の答申はいつになりますか。

小濱 2021年1月25日前後と考えています。これまでの改定では1月25日前後の答申が一般的でしたが、それは2月に入ると国保連のシステム改定が間に合わなくなるのです。2月に答申された改定には2009年度改定がありました。この年度は4月分と5月分の申請受付が暫定措置になりました。

これまでに一番早かった答申はマイナス改定となつた2015年度改定で、前年の12月26日に答申されま

した。それ以外の改定では1月25日前後の答申なので、2021年度改定でも同様のスケジュールになると思います。

保健医療福祉サービス研究会

代表 田中優至

出席者P 高稼働を期待したいのですが、支援相談員は「ショートがあるから、つねに5床くらい空けておきたい」と言っています。どのように対応すべきでしょうか。

田中 いろいろな老健施設を訪問していますが、とくに社会福祉法人系の老健施設はショートベッドを一般ベッド数と別に考えています。これでは高稼働は全く上手くいきません。私たちが関与した老健施設では、空きベッドをショートに活用しています。高稼働になれば否応でもそうやっていきます。高稼働になれば、それが当たり前になってショートの運用も上手になっていくので、全く心配ありません。

出席者Q 家族面談を進めたいのですが、家族の協力が

得られません。どうすればいいでしょうか。

田中 ご家族の協力を得られないのは、協力を得るための仕組みがないからです。仕組みがなければ協力を得られないのは当然です。入所時に家族面談という仕組みがあれば「月に1回面談をしましょう」と協力を取りつけることができます。それから入所時に、ご家族の役割を書いていただき、そこに月1回の家族面談も書いていただくと、まず協力を得られないことはありません。

入所して途中から家族面談を始めようとすると上手くいかない場合もあるので、新規の入所時に説明をして、納得していただいたうえで家族面談を導入し、それを繰り返して徐々に家族面談を浸透させるのです。この仕組みをつくれば簡単です。私も関わっている業績のすばらしい老健施設では、ご家族が家族面談で感動を得て、毎月の面談を楽しみにしている例もあります。

(文／編集部)