

居宅介護支援事業所ケアマネージャーおよび老健協会の皆様へ

平素より大変お世話になっております。

居宅ケアマネの皆様方と老健との連携を図るべく意見交換会を予定しましたが、COVID19の影響で開催延期となってしまいました。機会をみて後日予定したいと思います。その際は是非ご参加いただけますようお願いいたします。

また、老健に対するご意見を多数いただき、誠に有難うございました。

報告が遅くなってしまい大変恐縮ですが、下記項目に関してご参照ください

1 入所受け入れが困難な理由について

「医療行為が対応できない」場合

ア 高価な服薬内容（新規抗凝固剤、新規抗癌薬、新規抗リウマチ薬、抗認知症薬など）
→老健入所者の方には一か月当たりの利用料（施設サービス費）に医療費がくみこまれています。医療機関における出来高払いのように、処方内容に応じた請求がほぼできません。そのため、高額薬剤の服用やインスリン投与量が多い方では施設負担が重いです。また、外来受診においても薬剤費や治療費は殆どが医療保険対象外で全額施設負担になり、定期通院を頻回に要する方も受け入れが難しい場合がみられます。ショートステイ利用中の外来受診についても上記同様、全額施設負担になります。

イ 看取り対応、癌疾患対応

→老衰や慢性疾患により徐々に心身機能が低下し、最期の時を迎える「平穏死」を住み慣れた自宅で迎えたいという方は多くなっています。とはいえ在宅看取りの態勢はまだまだ充足していません。また病院は医療主体の場であり、積極的な医療行為を行わない場合は入院継続が難しいこともあります。癌終末期の方などを対象とした緩和ケア病棟も徐々に増えてきているものの、老衰などによる終末期状態では入院対象になっていません。その点、老健は常勤医師がおり、看護師人員基準も特養や他施設より多いため看取り対応する役割を担うようになってきました。

しかしながら老健は在宅復帰を目指す施設であり、介護保険導入当初は看取りを念頭においていなかったため、まだ全ての老健で看取り態勢が整っている状況ではありません。

また、癌終末期における疼痛対策、呼吸苦や腹水増大への対応といった医療行為を病院と同様に行うことは困難なため、担癌者の看取り対応を行える施設は少ないです。なお、小康状態の担癌患者様でしたら、病状悪化時の対応が整っていれば受け入れ可能なこともあります。

ウ 人工呼吸器または人工透析

→人工呼吸器や人工透析をされている方の受け入れに関しては併設病院や各老健での医療対応により状況がかなり異なります。個別にご相談していただければ幸いです。

エ 夜間の吸痰、酸素吸入

→研修を受けた介護士なら吸痰行為を行うことができるようになりましたが、頻回の吸痰を要する状態や酸素投与を継続して行う場合では対応困難な施設が多いです。こちらも個別にご相談していただけますようお願いいたします。

「介護対応ができない」場合

・重度 BPSD（暴力・暴言・大声など）がある

→認知症などの精神疾患や環境変化などにより不穏が顕著で、徘徊による転倒や不潔行為・自傷行為など本人の危険がみられたり、他利用者様およびスタッフに危険が及ぶ状態では受け入れが困難な場合が多いです。ただし、そのような行為が生じる「原因」および「適切な対応」ができれば危険な状態は回避できることもあります。

その人にとって何が不安・不穏をきたす要因となっているのか、**Dementia Care Mapping**などを用いて検討している施設もあります。身体面（発熱や便秘など）、他者との関係性（他利用者やスタッフとの関わりなど）、環境変化（夜間譫妄、居場所の変更など）といった ICF の視点を元に、日々のミーティングや定期的なケアカンファレンスを老健では多職種協働して実施しています。また、ユマニチュードのような接遇を継続することで安心できる介護を受けていただけるよう図っている施設もあります。入所検討時に施設スタッフが在宅や入院先を訪問させていただき、受け入れに関して検討を図ることもあります。そのような依頼がありましたらご協力をお願いいたします。

2 入所中の経過が不明

老健では在宅復帰のみならず、看取りも含めた幅広いニーズの実現のため、入所後一か月以内、その後は三か月毎および状態変化や介護度変更時に多職種によるケアカンファレンスを開催します。老健では「R4 システム」など、各施設ごとにアセスメントする方式があるため統一した様式ではありませんが、「目標、ニーズの把握」「日常生活動作の評価」「リハビリ内容、リハビリ評価」「治療・介護内容（服薬や処置など）」「本人、家族の意向」などを各職種の視点から捉え、ケアプランの維持・変更を行い多職種協働の共通理解に役立てています。

しかしながら居宅ケアマネの方へのケアカンファレンス内容の情報提供に関しては、各施設に委ねられています。脳卒中連携パスのように定期的な情報提供を行う取組は施設によって違います。誠に恐縮ですが、個別にお問い合わせいただければ幸甚です。

3 退所からスムーズな在宅生活再開とならない

・入所期間をあらかじめ三か月と区切られている場合がある

→老健の入所期間は一律三か月といった規定はありません。ところが状態や状況に応じて入所期間は各老健で個別に検討されるため、あらかじめ入所期間の目途についてはお問合せいただくようお願いいたします。

なお、新規入所時などにおける老健加算項目として、「短期集中リハビリ」「認知症短期集中リハビリ」があります。これは入所から三か月までの期間、施設サービス費（介護度に応じた「基本」入所料）とは別に、実施件数ごとに算定されます。三か月が過ぎると週2回のリハビリが目安となり、こちらは施設サービス費に包括されています。老健入所してしばらくは連日リハビリを頑張ってください ADL 向上などを目指し、ある程度したら「維持」を目指していきましょうという厚労省の制度設計です。また、入退所回転率を上げたり入所期間短縮を目指すため、施設によっては三か月を目途に入所期間が区切られるように伝えられたケースもあったかもしれません。いずれにせよ、安心・安全な在宅生活を送れるまでしっかり心身・生活リハビリを行うことが老健の役割です。

・退所後に入所していた老健での通所リハビリを強く要望される

退所後も継続して入所されていた施設でのリハビリを行うことで、一貫したリハ目標の達成につながることもあります。本人や家族の要望も勘案していただき、情報共有を図り納得したケアプランにつなげていただくよう退所前カンファレンスなどでサービス内容を吟味していただくようお願いいたします。

「利用者の方のアセスメント、ケアプラン作成に関する情報共有および共通理解不足」

1 入所の目的、目標が曖昧

・自宅の環境や食事・トイレの状況把握が乏しく、在宅復帰を目指すためのリハビリになっていないことがある

→入所前後の訪問などで在宅状況を把握し、どのような状態ならば在宅生活が行えるのか、それに向けたリハビリを計画・実施するはずなのに、自宅環境が考慮されていないというご意見がありました。在宅での介護状況、住環境について本人やご家族はもちろん、在宅ケアマネの方たちとも入所時・入所中・退所前に話し合う機会を設けていただき、病状や在宅での状況に応じたスムーズな退所を図っていただければ幸いです。

2 退所前の調整について

居宅ケアマネの方から、退所日が突然決まったり、退所後のサービスについて疑義が生じるご意見がありました。退所前カンファレンスあるいは在宅サービス担当者会議で調整することが望まれます。

まとめ

在宅復帰に向けて「どの ADL がどの程度回復すればいいのか」「家族を含め在宅介護態勢はどうすべきか」といった点に関して、課題点と対策をみなさんで共有することが新たな気づきやインフォーマルなサービスの利用、今まで気づかなかった利用者様の「出来る事」を見出すことにつながることもあります。

残念ながらせつかく老健入所していただいたにもかかわらず、病状が進行したり、活動

性低下をきたしてしまうこともあります。なかなか当初の見立て通りにいかないことがありますが、「生き甲斐のある安全・安心な在宅生活を送るためにはどうあるべきか」を念頭においた入所前・入所中・退所前の連携を図りたいと思います。

そのためにも老健で対応できるサービスについて、居宅ケアマネの皆様にご理解していただければありがたいのですが、老健によって受け入れ条件、医療・介護・リハビリなどのサービス内容、入所期間などがマチマチです。各老健および老健協会ホームページで情報提供をさせていただいておりますが、その時の状況次第で、以前は受け入れできる病状でも今は無理です、といったことも起こります。COVID19の影響で対応がかなり変わる場合もあります。

サービス状況などをご確認のうえ、誠に恐縮ですが、個別に老健支援相談員や老健ケアマネにご相談いただければ幸いです。