

在宅復帰・在宅支援に向けた施設ケアマネの役割

原澤 史明¹⁾ 大塚 彰太²⁾ 瀬間 良礎³⁾ 美原 恵里⁴⁾

1) 公益財団法人脳血管研究所 介護老人保健施設アルボース 介護支援専門員

2) 公益財団法人脳血管研究所 介護老人保健施設アルボース 支援相談員

3) 公益財団法人脳血管研究所 地域事業局地域事業部 社会福祉士

4) 公益財団法人脳血管研究所 介護老人保健施設アルボース 施設長

[はじめに]当施設は、平成8年の開設当初より在宅復帰・在宅支援に対し積極的に取り組み、高い在宅復帰率、短い入所期間で施設を運営しており、その結果、平成24年度介護報酬改定においては改定当初より在宅強化型の施設基準を満たし（群馬県初）、今日に至っている。当施設の在宅復帰・在宅支援体制の構築要因としては、利用者が疾患を発症した際は必要とされる医療を施設内で提供できる医師、看護師を確保していること、介護スタッフの人員配置を多くし、かつ、その75%以上を介護福祉士が占めており、質の高いケアが提供できること、併設医療機関である美原記念病院のリハビリ科と連携し、経験豊富なリハビリスタッフを配置していること、支援相談員の人員配置が多いことなどが挙げられる。これらはストラクチャー（構造）による面が大きい。そこで今回は、利用者の入所から退所までのプロセス（過程）における施設ケアマネの業務を明らかにした。

[プロセス]1. 事前訪問の同行：新規で利用を希望する方の状態を把握するため、居宅ケアマネからの照会や家族からの情報の他、支援相談員や看護師などと病院や自宅を訪問し、病状、身体状況、看護や介護の方法、生活上の問題点などを確認する。リピーターの方でも状態の変化が認められたときは同様に実施する。2. 入所前後訪問指導の同行：支援相談員やリハビリスタッフなどと退所後に生活する居宅を訪問し家屋環境の確認、在宅生活を見据えて利用者・家族へ指導を行うとともに施設サービス計画（ケアプラン）へ反映させる。3. 暫定ケアプランの作成：支援相談員が行ったインテーク、事前訪問や入所前後訪問指導で得た情報をもとに、医師、看護師、介護スタッフ、リハビリスタッフ、管理栄養士、支援相談員ら、多職種で情報を共有、協議する。その結果をもとに介護スタッフとしての経験を活かし、実際に提供しやすいケア内容の暫定ケアプランを作成することで在宅復帰に向けた早期のアプローチを開始する。4. アセスメントの実施：入所前に得た情報に加え、電子カルテの記録や多職種から情報を収集する。より多くの情報を収集するため、利用者・家族と直接話をし、生活の様子を確認する機会を作っている。5. ケアプラン（原案）の作

成：アセスメントをもとに利用者や家族のニーズにあったケアが提供できるように計画を作成する。安全の確保、退所後の生活に必要な機能の獲得、その人らしい生活などに配慮した内容とする。6. リハ・ケア合同カンファレンスの開催：入所後、約2週間を目安に開催。多職種が参加。カンファレンスに臨むに当たり、事前に参加者にケアプラン（原案）を確認することを依頼しケアプランに対する理解度を深める。カンファレンスでは課題ごとにそれぞれの参加者が専門的な意見を述べ合えるようにマネジメントする。そして援助目標や援助内容をより精度の高いものに修正し、多職種に周知徹底させる。7. 家族カンファレンスの開催：新規の利用者を中心に実施。入所後、3～4週を目安に開催。利用者・家族に参加を依頼。施設ケアマネからケアプランの説明、各職種は各々の立場から病状、生活状況、身体状況、今後の身体機能の予後などを伝え、目標の共有化を図る。説明内容に対し利用者・家族の意向や意見を確認し、必要に応じて内容を修正、ケアプランを確定させる。リピーターの方でも状態の変化が認められたときは、その都度カンファレンスを開催する。8. モニタリングの実施：ケアプランの作成から1ヶ月毎に実施。ケアの実施状況、目標に対してのケアの効果、利用者・家族の意向や満足度を確認する。モニタリングの結果によりケアプラン変更の必要性が認められたときは、再アセスメント、ケアプラン（原案）の作成、リハ・ケア合同カンファレンスの開催と手順を踏み、改めて目標を共有する機会を作る。9. サービス担当者会議の参加：利用者の退所に際し利用者・家族、居宅ケアマネ、各サービス事業者利用者の身体状況、介護方法、入所中の生活状況、在宅で介護する上での留意点などを報告する。施設から在宅への移行に伴って、在宅生活支援がシームレスに行えるように居宅サービス計画に対する助言を行う。以上、9つの項目が施設ケアマネの業務として挙げられた。

[考察]施設ケアマネが上記のような多様な業務を果たすことにより、利用者・家族も含めたチームケアの実践、適切なケアプランの作成が可能となっていると考えられる。すなわち、老健に求められる在宅復帰・在宅支援を適切に実践するために、チームケアをマネジメントすることが施設ケアマネに求められる大きな役割と言える。一方、現在、制度上の施設ケアマネの配置基準は入所定員100名に対して1人であり、到底十分とは言えないように思われる。当施設は、年間300例を超える入所者（短期入所除く）がおり、80%以上の高い在宅復帰率を保っている。しかし、独居や老-老介護、認-認介護が増加すると想定されており、今後も適切な在宅復帰・在宅支援を実践するため、平成26年度より施設ケアマネを2人体制に強化した。しかし、このようなマンパワーの投入は介護保険制度では評価され

ていない。わが国のケアマネジメントの質の向上を求めるのであれば、施設ケアマネの配置基準の見直しを行うべきであると思われる。

[結語] 利用者の入所から退所までのプロセス（過程）において、施設ケアマネは、利用者・家族も含めたチームケアをマネジメントすることにより、老健の重要な役割である在宅復帰・在宅支援に大きな役割を果たしていた。わが国のケアマネジメントの質の向上を求めるのであれば、介護保険制度における施設ケアマネの配置基準の見直しを行うべきである。