

# 老健

全 国 老 人 保 健 施 設 協 会 機 関 誌

平成24年  
Vol.23 No.2

5  
月号

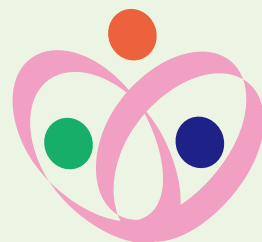


特集

## 介護報酬改定 説明会開く

特別インタビュー ● 老健施設の原点に立ち返ろう

渡辺俊介氏 東京女子医科大学医学部 / 国際医療福祉大学大学院教授



第23回 全国介護老人保健施設大会

美ら沖繩



平成24年  
10月3日(水)～5日(金)

会場  
沖縄コンベンションセンター  
ラグナガーデンホテル  
カルチャーリゾートフェストーン  
宜野湾市立体育館  
学びとリラクゼーションの沖縄大会エリア

大会会長 平良直樹  
全国老人保健施設協会沖縄県支部 支部長  
沖縄県老人保健施設協議会 会長

主催 公益社団法人 全国老人保健施設協会

お問い合わせ先

第23回全国介護老人保健施設大会 美ら沖繩 大会事務局 沖縄県老人保健施設協議会  
〒900-0005 沖縄県那覇市天久1123番地(介護老人保健施設パークヒル天久内) TEL.098-868-4108 FAX.098-868-4123  
URL:<http://www.roken2012-okinawa.jp> E-mail:[info@roken2012-okinawa.jp](mailto:info@roken2012-okinawa.jp)



第23回

# 全国介護老人保健施設大会

# ちゅ うちなあ 美ら沖縄

## ご挨拶

ご挨拶の前に、「東日本大震災」に対しまして、亡くなられた皆様のご冥福をお祈り申し上げます。また甚大な被害に遭われました皆様方、そのご家族の皆様方へ、心よりお見舞い申し上げるとともに一日も早い復旧をお祈り申し上げます。

平成24年度第23回全国介護老人保健施設大会は沖縄で開催することになりました。沖縄大会では、「命どう宝 ～老健が担う地域包括ケア～」をメインテーマに、長寿県沖縄の風土に触れさせていただきながら、命の尊さを含め、今老健が求められていること、老健ができることを皆で考える大会となるように準備を進めております。お誘い合わせのうえ、沖縄に大勢の皆様がお越し下さるようご案内申し上げます。日本の端から、日本へ東北地方へパワーを送りましょう。

第23回全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄  
大会会長 平良 直樹

### 日程表

※プログラムの内容は変更になる場合があります。(決定事項は随時ホームページでご案内します。)

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| 第1日目<br>10月3日(水) | 13:00~18:00 第6回老健医療研究会<br>13:00~18:00 各種研修会①~④   |  |
| 第2日目<br>10月4日(木) | 9:30~11:00 開会式・表彰式<br>11:00~11:50 特別講演Ⅰ (厚生労働省)<br>12:10~12:50 共催ランチョンセミナー<br>13:00~14:00 特別講演Ⅱ 山田和彦(公益社団法人全国老人保健施設協会会長)<br>14:15~15:15 教育講演Ⅰ アルフォンス・デーケン(上智大学名誉教授)<br>15:30~17:15 シンポジウムⅠ                     | 13:00~18:00 演題発表(口演)<br>13:00~18:00 演題発表(ポスターセッション)<br>9:00~18:00 福祉・医療機器展・物産展<br>18:30~20:30 懇親会(ラグナガーデンホテル)                        |
| 第3日目<br>10月5日(金) | 9:30~10:20 文化講演 藤木勇人(タレント)<br>10:30~11:50 教育講演Ⅱ 遠藤英俊(国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長)<br>12:10~12:50 共催ランチョンセミナー<br>13:00~14:45 シンポジウムⅡ<br>15:00~16:00 公開記念講演 人生を変えるひらめき脳～文化や芸術に親しむことの効能～ 茂木健一郎(脳科学者)<br>16:00~16:30 閉会式 | 9:00~12:00 演題発表(口演)<br>13:00~15:00 演題発表(口演)<br>10:00~12:00 演題発表(ポスターセッション)<br>13:00~15:00 演題発表(ポスターセッション)<br>9:00~15:00 福祉・医療機器展・物産展 |

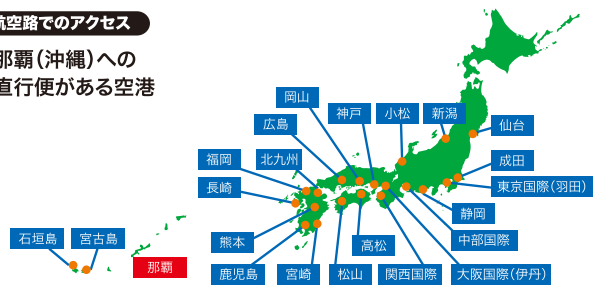
※敬称略

### アクセス



### 航空路でのアクセス

那覇(沖縄)への  
直行便がある空港



# 全老健のキャリアアップ研修

開催案内は開催日の1〜2か月前に発出する予定です。

(予定)

## ボトムアップ研修

### ●職員基礎研修会

新人(勤務2年未満)向け=ケアに必要な基本的な知識を身につける。費用10,500円(2日間) 老健施設職員等対象(定員各250名)

第1回 平成24年5月24日(木)~25日(金) 東京都:TOC有明 第2回 平成24年8月6日(月)~7日(火) 大阪府:ホテル大阪ベイトワ

第3回 平成25年1月16日(水)~17日(木) 福岡県:福岡国際会議場

### ●中堅職員研修会

中堅クラス(勤務5年程度)向け=さらに上のケアを目指すために必要な知識を身につける。費用15,750円(2日間) 老健施設職員等対象(定員各150名)

第1回 平成24年5月24日(木)~25日(金) 東京都:TOC有明 第2回 平成24年8月6日(月)~7日(火) 大阪府:ホテル大阪ベイトワ

第3回 平成25年1月16日(水)~17日(木) 福岡県:福岡国際会議場

### ●ケアマネジメント実践講座

ケアマネジメントにかかわる実務者向け=新しいケアマネジメント方式の基本的な考え方を学ぶ。費用10,500円(1日) 老健施設職員等対象

第1回 平成24年6月2日(土) 東京都:東京ビッグサイト(定員150名) 第2回 平成24年7月19日(木) 福岡県:福岡国際会議場(定員100名)

第3回 平成25年2月1日(金) 大阪府:大阪国際会議場(定員100名)

### ●安全推進セミナー(基礎研修)

新人(勤務2年未満)向け=転倒などの事故防止の基本を学ぶ。費用8,400円(1日) 老健施設職員等対象(定員300名)

平成24年6月1日(金) 東京都:砂防会館

### ●安全推進セミナー(ひやりはつと分析と苦情対応)

実務者(勤務5年以上)向け。費用18,900円(2日間) 老健施設職員等対象(定員150名)

平成24年9月13日(木)~14日(金) 東京都:品川フロントビル

### ●実地研修Aコース(基礎実技修得コース)

実務者(勤務1年以上)向け=実習をとおして基本業務を修得する。費用9,450円(1コース)(3日間) 老健施設職員等対象

開催日程、開催回数、受講定員は実地研修指定施設ごとに設定

## チームケア研修

### ●実地研修Bコース(専門実技修得コース)

実務者(勤務2年以上)向け=専門分野のケアを先行施設の現場で学ぶ。費用3,150円/日 老健施設職員等対象

開催日程、開催回数、受講定員は実地研修指定施設ごとに設定

### ●通所リハビリテーション研修会

実務者向け=通所リハビリに必要な知識を身につける。費用10,500円(1日) 老健施設職員等対象(定員各250名)

平成24年10月26日(金) 大阪府:ホテル大阪ベイトワ 平成24年12月20日(木) 東京都:TFTビル

### ●リハビリテーション研修会

リハビリテーション実務者向け=老健施設のリハビリテーションについてトータルに学ぶ。費用15,750円(2日間) 老健施設職員等対象(定員150名)

平成25年3月6日(水)~7日(木) 福岡県:ヒルトン福岡シーホーク

### 第23回 全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄で開催

#### ●認知症

ケア実務者向け=認知症高齢者ケアのさまざまな手法を学ぶ。(定員125名)

#### ●ケアマネジメント実践講座(初級)

ケアプランにかかわる実務者向け。(定員115名)

#### ●リハビリテーション

リハビリテーション実務者向け=老健施設のリハビリテーションについてテーマごとに学ぶ。(定員185名)

#### ●摂食・嚥下・栄養

食へることにかかわる実務者向け=摂食・嚥下障害への対応と栄養ケア・マネジメント技術を身につける。(定員150名)

平成24年10月3日(水) 沖縄県:沖縄コンベンションセンター カルチャーリゾートフェストーン 費用は各10,500円(1日) 老健施設職員等対象

## エキスパート研修

### ●医師研修会

医師向け=高齢者によくみられる病気の最新情報を学ぶ。費用31,500円(2日間) 老健施設等の医師対象(定員150名)

平成24年9月3日(月)~4日(火) 東京都:TOC有明

### ●看護職員研修会

看護職員向け=看護のプロとして高齢者医療・看護のポイントを再点検する。費用15,750円(2日間) 老健施設等の看護職員対象(定員150名)

平成24年9月3日(月)~4日(火) 東京都:TOC有明

### ●管理者(職)研修会 \*独立行政法人福祉医療機構との共催(予定)

管理者向け=質の高い老健施設を運営するために必要な知識を学ぶ。費用21,000円(1日) 老健施設の管理者(職)、老健施設開設予定者等対象(定員200名)

平成24年7月19日(木) 福岡県:福岡国際会議場

### ●認知症ケア研修会

医師向け=認知症短期集中リハビリテーションの手法等を学ぶ。費用12,600円(1日) (定員各150名)

平成24年6月2日(土) 東京都:東京ビッグサイト 平成24年10月27日(土) 大阪府:ホテル大阪ベイトワ

### ●認定資格取得研修:介護老人保健施設リスクマネジメント研修(医師)

全老健リスクマネジメント資格取得のためのリスクマネジメントの基礎から実務までを学ぶ。費用68,000円(Ⅰ期・Ⅱ期の合計)(6日間)

Ⅰ期:平成24年11月 東京都:フクラシア浜松町/平成24年11月 福岡県:KKRホテル博多 (各会場定員100名)  
Ⅱ期:平成25年2月 東京都:フクラシア浜松町/平成25年2月 福岡県:KKRホテル博多

※費用は会員価格(税込)のみ記載しております。 ※上記内容は平成24年4月9日現在のものです。  
※開催日や会場は変更になる場合があります。詳細は全老健ホームページ(<http://www.roken.or.jp>)や機関誌「老健」でご確認下さい。  
※お問い合わせは、(公社)全国老人保健施設協会 phone 03-3455-4165 fax 03-3455-4172 まで。

# 地域包括ケアの中心的役割を担う老健施設に

全老健副会長、介護老人保健施設グリーンリーフズ赤枝理事長

赤枝 雄一

このたびの介護報酬改定は、6年に一度の診療報酬との同時改定で決定し、本年4月1日から施行となった。結果は、在宅1.0%・施設0.2%のプラス。しかし処遇改善交付金の2.0%が本体報酬に組み込まれ、実質0.8%のマイナス改定である。期待していた改定内容には遠く及ばず、施設にとって大変厳しい改定率となってしまったのはご承知のとおりである。

思えば過去3回の改定では、2003年度マイナス2.3%、2006年度マイナス2.4%、2009年度にやっとプラス3.0%…そして今回である。二言目には「財源なき故」と言い、大震災の問題があるにしろ「物価の下落分」という実績・実態のわからない言い訳では納得できないものがある。基本的な「認識」、「考え」、「論点」と言いつつ“基本”報酬、つまりは本体を下げたことには不満が残る。経営の基盤と、なにより現場のモチベーションが下がる。

ただ、元々サイフの中身が“ない”なかでの改定であったことは理解するしかない。また、保険料の値上げも難しいものがあることも重々承知している。

東日本大震災の復興に日本が一つになっていかななくてはならないこの時期、行政のトップが示す改革の焦点は、いつしか社会保障の文字が消え、税(=消費税)のみの論争になっている。財政政策はほとんど兵糧が尽き、金融政策も効力を失っている現状を考えると暗い将来像が頭をよぎる。高齢社会・超高齢社会の到来は、介護保険制度発足時からわかっていたにもかかわらずの論争である。いつも社会保障は選挙・政争の具になってしまう。果たして増税はすべて社会保障に回るのか？

課題山積である。しかし決まったものには従い、向かって行かねばならない。留まることはできない。われわれは利用者様、ご家族の皆様に、日々

の安心と安全を提供しているわけであるから。しかし、経営の効率化を図るには何が必要だろうか？さらなる効率化と経営の安定に向け、創意と工夫を傾けていかねばならない。

2012年介護保険制度改正の目玉に、地域包括ケアシステムの実現がある。地域包括ケアシステムの構築とは、「その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現すべく、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す」というものである。今はその第5期計画期間(2012~2014年度)で、その一つが今回の新設の基本施設サービス費(在宅強化型老健施設)であり、こちらは少なからず老健施設への期待であると思われる。「入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない」という介護老人保健施設の基本方針が強く求められている。

また、『社会保障・税一体改革大綱』では「切れ目のない在宅サービスにより、在宅生活の限界点を高める」とされている。医療や福祉、介護の事業がスムーズに切れ目なく連携して、利用者が使いやすいサービスになっていくことが大切である。「地域連携」はすでに求められ、医療の現場ではなされている。しかし、さまざまな事業が連携する「地域包括ケア」では、各々の連携の責任の所在やそれぞれの状況をよくつかんだコーディネートがあり方が求められる。

在宅支援の強化、施設の多機能化、医療と介護の連携体制の強化など、現時点でも老健施設に課される課題は多い。利用者が安心して生活できる環境づくりに進むことを望む。地域包括ケアの中心的役割を担う老健施設でありたい。それが老健施設の使命である。

●巻頭言 5

地域包括ケアの中心的役割を担う老健施設に

赤枝雄一 全老健副会長、介護老人保健施設グリーンリーフズ赤枝理事長

特集 ● 介護報酬改定説明会開く 9

平成24年度介護報酬改定について 12

宇都宮 啓 厚生労働省老健局老人保健課長

老健運営への影響～基本サービス費引き下げへの対応～ 18

山田和彦 全老健会長

平成24年度介護報酬改定の概要 22

平川博之 全老健介護保険制度・報酬委員長、常務理事

介護老人保健施設と主な併設サービスの改定ポイントについて 28

漆間伸之 全老健介護保険制度・報酬委員会委員

●平成23年度 第2回臨時社員総会開く 34

●特別インタビュー 36

老健施設の原点に立ち返ろう

渡辺俊介氏 東京女子医科大学医学部/国際医療福祉大学大学院教授

●現場からのオピニオン～介護現場はいま～ 40

箱モノ完結型ではなく地域に愛される施設として

「地域包括医療・ケア」の実践を

青沼孝徳 全老健宮城県支部長、涌谷町老人保健施設管理者、涌谷町町民医療福祉センターセンター長

へき地における地域包括ケアこそ老健施設の役割

—「出向く」システムの構築に向けて—

大久保健作 全老健大分県支部長、介護老人保健施設ヴァル・ド・グラスくじゅう理事長



●全老健のマークの意味、正円三つが、老健施設を象徴する色になります。「オレンジ」は、太陽や炎の色で「明るさ」。「グリーン」は、若葉や木の芽の色で「若さ」。「紫」は、古くから貴いとされる色で「質の高さ」を表します。円を取り巻くリボン状のものは「心」を示すハート型になっています。なお、マークのカラーは表紙右下にあります。

●連載 全国介護老人保健施設大会 演題発表 優秀奨励賞 —第20回全国介護老人保健施設大会 新潟— 46

ゆとりケアの第一歩～5Sによるキッカケづくり～

千代谷麻美 (介護福祉士) 介護老人保健施設東大和ケアセンター (東京都)

介護レベルに応じた環境づくりをめざして

深津美和 (介護福祉士) 老人保健施設かずえの郷 (愛知県)

●ちょっと拝見老健施設 ①64

学校形式で利用者の「自律」を支援

介護老人保健施設おとなの学校 岡山校 (岡山県津山市)

●私の仕事 私の思い 56～58

◇支援相談 小名浜ときわ苑 (福島県) 加藤仁美

◇事務 ビハーラ光風 (福岡県) 古賀 崇

◇栄養 萌木の村 (京都府) 塚本奈央

◇介護 ほのぼの苑 (秋田県) 船木 亮

◇S T ミネルワ (愛媛県) 吉田葉月

BOOK REVIEW 59

●協会の活動 60～63

芝公園だより 60

委員会等活動報告 63

協会正・準会員加入・申込状況 65

News Today 66

●データファイル 68～93

①平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (平成24年3月16日) (抜粋) 68

②平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2) (平成24年3月30日) (抜粋) 90

平成24年度全老健研修会スケジュール案内 94

平成24年度実地研修指定施設一覧 96

表紙の写真: ハナオコゼ、2011年6月、石垣島 (沖縄県)

まだ幼魚ですね。海面を漂う流れ藻に隠れていました。泳ぐのが苦手で、手足の代わりに胸びれを上手に使い、ノシノシと歩くように移動します。……(三根浩一郎 全老健常務理事)

# 介護老人保健施設の 理念と役割

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

## 1. 包括的ケアサービス施設

利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援します。そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。

## 2. リハビリテーション施設

体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行います。

## 3. 在宅復帰施設

脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努めます。

## 4. 在宅生活支援施設

自立した在宅生活が続けられるよう、介護予防に努め、入所や通所・訪問リハビリテーションなどのサービスを提供するとともに、他サービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努めます。

## 5. 地域に根ざした施設

家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応します。市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担います。また、評価・情報公開を積極的に行い、サービスの向上に努めます。

特集  
Special

# 介護報酬改定 説明会開く



平成24年度 介護報酬改定説明会

全老健は3月12日、東京・大手町のサンケイプラザで「平成24年度 介護報酬改定説明会」を開き、厚労省の宇都宮啓老人保健課長などが介護報酬改定のポイントを解説した。その内容を紹介する。

(編集部)





質疑応答。左から漆間氏、平川氏、山田会長

### 地域包括ケアの核となるよう 在宅支援のために訪問・通所サービスを

全老健は3月12日、東京・大手町のサンケイプラザで「平成24年度介護報酬改定説明会」を開き、厚労省の宇都宮啓老人保健課長、山田和彦全老健会長、平川博之全老健介護保険制度・報酬委員長・常務理事、漆間伸之全老健介護保険制度・報酬委員会委員が介護報酬改定の内容を説明した。この模様をお伝えする。(編集部)

### 自立支援に立ち返り 訪問・通所サービスを

開会にあたって山田会長は「今回の介護報酬改定は報道などではプラス1.2%というが、介護職

員処遇改善交付金を入れ込んでいるので、実質マイナス0.8%である。なおかつ『施設から在宅へ』と地域区分の見直しなどで施設には非常に厳しい改定になっている。また、さまざまな項目の見直しや新しい加算もあり、その使い道や要領をしっかりと理解いただき、マイナス改定の影響を極力受けたくないよう努めていただきたい」と述べた。

はじめに厚労省の宇都宮啓老人保健課長は「平成24年度介護報酬改定について」と題して講演し、最後に「十分な財源がないなかで、皆さんの不満が必ずしも解消されていないと思うが、メッセージとしてぜひ自立支援に立ち返り、さらに老健施設が施設のなかだけではなく、地域包括ケアの核となるよう在宅支援のために訪問・通所サービスを行っていただきたい。改定率は施設はプラ

ス0.2%しかなく、在宅は1.0%であるから、訪問・通所サービスも上手に使うことで地域に貢献していただき、老健施設として活躍していただけたらと思う」と結んだ。

### 2025年の地域包括ケアへ 舵が切られた

続く山田和彦全老健会長と平川博之全老健介護保険制度・報酬委員長による「平成24年度介護報酬改定の概要」では、山田会長は「2025年の地域包括ケアの時代において期待される介護老人保健施設の方向へ、老健施設の報酬は舵が切られたと、加算項目から読み取れると思う。この舵を切られた方向はわれわれが進む方向である。在宅復帰に向けて知恵をしぼり、少なくとも在宅復帰・在宅療養支援機能加算21単位を取ることでマイナスをカバーできる。そのことを各施設で検討していただきたい。そして加算項目をしっかりと理解して活用していただきたい。

恐らく次の改定ではこうした方向はさらに強化

されるだろう。2025年に向け、これにきちんとした対応を行ったところが在宅支援拠点として生き残っていくということではないか」と述べた。

また、平川博之全老健介護保険制度・報酬委員長は「残念ながら今回の改定は実質マイナス改定となってしまった。しかし、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の21単位を取ることによって、要介護3・4・5の方については減額分をカバーできる。(中略) 今回の改定では特養など減額分を取り戻すのはなかなか難しいと伝え聞かすが、そういった意味では老健施設はまだ恵まれている」と述べた。

さらに漆間伸之全老健介護保険制度・報酬委員会委員は「介護老人保健施設と主な併設サービスの改定ポイントについて」で、解釈通知案に触れながら老健施設の介護報酬のなかの随所に「在宅復帰・在宅支援」の要素が盛り込まれていることを指摘した。

なお、データファイル「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A」(p.68)も参考にされたい。



# 平成24年度 介護報酬改定について

宇都宮 啓 厚生労働省老健局老人保健課長

## 財源が厳しいなか 制度の基本理念に戻る

今回の改定にあたって従来の改定と違う要因がいくつかあった。その1つ目が地域包括ケアシステムの構築・推進である。2つ目は財源が非常に厳しいことで、現在の日本が置かれている社会経済状況はリーマン・ショック以来特にひどくなっている。また1年経った東日本大震災の復興にお金を優先的に使わなければいけない。もちろん介護も重要であることは言うまでもないが、こうした制約のなかでどのようにしていくのが非常に大きな課題としてあった。3つ目は今回は6年に1度の診療報酬の同時改定であり、この機会に一層医療と介護の機能分化・連携を進めていくことを基本としたときに、財源が厳しいなかでどう考えていかなければいけないかである。

そこで現在の介護保険で行われているサービスを振り返ったとき、「お世話型の保険」になってしまっている面があるのではないかと。

平成23年2月、介護給付費分科会に提示した区分支給限度基準額の調査結果がある。区分支給限度基準額があるため、比較的値段の高い訪問看護・リハビリといった医療系サービスがなかなか受けられない。こういうサービスをプランに入れてしまうと限度基準額を超えてしまう。限度額を超えないために医療系のサービスを控える例も少

なくないという指摘があった。

実際はどうかを調べてみた。本当にそういう状況があるなら、対応をとらなければならないと考えたが、出てきた結果はまったく指摘のようなことではなかった。

支給限度基準額を超えた方は医療系のサービスをほとんど使っていない。訪問看護も平均1割しか使っていない。ではどのようなサービスがたくさん使われているかを見ると、訪問介護の場合、「掃除」であり、軽度の人ほど「掃除」が非常に多い。

現在実施されているサービスが必ずしも適切なサービスではない可能性があるのではないかと分科会でも指摘された。

財源が非常に厳しいときにお金をどこに使うべきかを考えると、やはり介護保険制度の基本理念に戻るべきではないか。つまり高齢者の「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」ことを制度としてめざすべきではないか。

高齢者の方がある機能が衰えてきたときに、「かわいそうだからやってあげましょう」ではなく、「失われた機能をどのようにすれば回復できるのか、それ以上悪くならないで維持できるのか。その機能が失われても別の残存機能でどういうことができるようになるか」を考え支援するためにこの保険を使うべきではないか。今回、そのよう

なメッセージを込めた改定を行った。

改定率は、介護報酬1.2%・診療報酬0.004%のプラス改定となった。この1.2%について、「実質マイナス改定」という声は多くある。その理由は「介護職員処遇改善交付金」を組み込んだことである。処遇改善交付金を国費として続けていくためには年間1,900億円が必要になる。この財源が厳しい折に、やむを得ないが介護報酬でその手当をすることになった。それを改定率に換算すると2.0%になるので、1.2%ではマイナスではないかということだ。

これに対して、前回の改定以後の3年間の賃金・物価の動向をみると、物価は2.2%下がった。介護費用で人件費が6~7割を占めている。それに対して物件費が3~4割であり、その3~4割についてこのマイナス2.2%を掛け算するとマイナス約0.8%で、2.0%マイナス0.8%で1.2%という数字になる。

賃金についてもマイナス1.7%であるが、「今回は介護職処遇改善や人材確保の面から賃金のマイナス分については目をつぶろう」と、物件費だけで1.2%になった。

## 整合性とバランスを とることを心がけて

今回の改定のポイントは、1つ目は「在宅サービスの充実と施設の重点化」で、地域包括ケアの考えに従ってできるだけ軽度の方は自宅で、自宅で難しくなった人は居住系、それでもなかなか難しい重度の人を施設は引き受けていただくという視点である。2つ目に、「自立支援型サービスの強化と重点化」で、予防やリハビリを強化していく。3つ目に、「医療と介護の機能分担・連携」、そして4つ目に、「介護人材の確保とサービスの質の向上」である。

今回の改定に当たって、似たような事業を比べるとバランスがおかしいというものが少なからず

あった。老人保健課は保健医療にかかわりがあるもの、振興課は訪問介護・通所介護・ケアマネジメント、さらに高齢者支援課は施設関係を中心に担当している。従来の改定ではそれぞれが作業を進めてきたためか、全体として整合性がとれないものがあつた。今回はできるだけ横並びで見て、整合性とバランスをとることを心がけた。

まず、ショートステイだが、緊急短期入所のネットワーク加算が使い勝手が悪いということからこれを廃止し、より単純に緊急時の受け入れの加算をつけている。短期入所療養介護（療養ショート）の場合は医療スタッフなど人件費の関係もあり、短期入所生活介護（生活ショート）よりも少し高い設定にしている。生活ショートの場合は空床確保が難しい地域における確保についても評価している。療養ショートの場合はもともと空床利用という設定になっているので、この空床確保の加算はない。

次に、介護保険3施設共通で、認知症に対して症状が悪化して在宅での対応が困難という場合の受け入れの評価を行っている。

また、特養を中心に第3段階・ユニット型個室の居住費負担限度額が第1・2段階に比べて急に増えることから、個室ユニット化のさらなる推進のため1月約1万円の減額を行った。

重度化への対応については、軽度より重度のほうが高い点数設定になっているが、フラット型のグループホームも含めて軽度のほうが少し低くする傾斜をつけた。

「自立支援型サービスの強化と重点化」については、今回改定の目玉の1つである訪問介護と訪問リハビリの連携の推進である。「訪問介護は特に軽度の方について単なる“お世話型の介護”になっているのではないかと」という指摘から、リハビリの視点を入れた介護にすることによって、少しでも機能の維持改善・残存機能を活用してADLの向上などを図るため、訪問リハビリ実施時にサ

ービス提供責任者とリハビリ専門職が同時に訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することに対して評価を行う。介護側が行くと毎月100単位、訪問リハビリは3か月に1回300単位である。

## 栄養改善サービスと 口腔機能向上の取り組みを

選択的サービス（運動器機能向上サービス・栄養改善サービス・口腔機能向上）では、運動器機能向上サービスは非常に算定が多いが、栄養改善と口腔機能はほとんど算定されていない。高齢者の方はメタボよりも低栄養の問題が多い。夫婦だけの世帯や独り暮らしの場合、ご飯をつくるのが面倒くさくなり、お菓子や何かでお腹をふくらませたりすることが続き、結果的に低栄養状態になっている。また、口腔機能が維持されるかどうかで嚥下性肺炎の発生率がまったく違うというデータもある。

そこで予防給付は生活機能向上に資するサービスに重点化し、予防の段階から栄養や口腔にもっと取り組んでいただきたいと加算をつけている。ぜひこういうものを活用していただきたい。

事業所評価加算については、選択的サービスを60%以上実施していることを要件に、120単位と少し高く評価した。

また、生活機能向上グループ活動加算（介護予防通所介護）については、アクティビティ実施加算を廃止し、生活機能に資するような複数のプログラムを用意して、利用者が自分で選べてやる気が起こるようなプログラムを少人数のグループで実施した場合の加算である。

訪問系サービスで、利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化は、養護老人ホーム、軽費老人ホームなどに月平均で30人以上にサービスを提供している場合、1割減である。

これについては、診療報酬においては事業所が

同一の建物に所在しようがしまいが、利用者が同じ建物に2人以上いて、同じ日に訪問すれば減算になる。それと比べて大分違うのではないかということから、サービス付き高齢者向け住宅を含めて不適切な利用が増えないように、早いうちに調査を行い、問題がある場合には適宜見直す。

通所系サービスで、同一建物やお泊りデイの場合、送迎費用がかからないので減算になる。

## 医療と介護の連携・機能分担と 看取り対応強化

ケアマネジメントは基本的に医療に合わせたものが多い。医療連携加算については内容がはっきりとわかるように、医療情報連携加算に名称変更したことと、病院・診療所に訪問しない場合は100単位とし、訪問する場合は200単位にした。

看取り対応の強化では、これまでサービス事業ごとに点数設定がバラバラだった。それを死亡日は手間がかかるので、そこを高くして傾斜をつけた。介護施設である程度みていただいても、お亡くなりになる間際に救急車を呼んで病院に運んでしまう。要は「死ぬときだけ病院に」という批判が医療側からよく聞かれた。もちろん本人の希望で「最後は病院で看取ってほしい」ということであれば希望に添うようにするのが当然だが、必ずしもそうではない。「なじんだ介護施設で静かに看取っていただきたい」という希望がある方に対しても、施設側が「看取りまでなかなか面倒をみきれない」と、救急車で搬送してしまうケースがある。今後、介護施設でも看取りが進むようにと、今回の改定を行った。

また、トレーニングをした介護職がたんの吸引などを実施できるようになった。介護側からは、「今までやらなかったことがやれるようになったのだから、たんの吸引を行ったときに加算なり点数をつけてほしい」という声もあった。しかし、これはそもそも報酬としてはなじまないし、また

例えば介護職がたんの吸引を行って10単位なら、看護職なら20単位、医師なら30単位などという話になりかねず、報酬として非常に混乱してしまう。

そもそもそうした手技が必要な重い方を施設として受けた場合の加算がふさわしいのではないかと、特定事業所加算、あるいは日常生活継続支援加算の条件追加ということにした。

訪問看護については、利用者の状態を評価し、実際に吸引を行う介護職に伝え、一緒に計画をつくることを評価する。

## 訪問リハビリは 自立支援の要

介護職員処遇改善加算については、処遇改善交付金の要件をそのまま持ってきて同じ条件にしている。この加算になってから厳しくなったということはない。交付率もそのまま加算率に持ってきて数字はまったく変わらない。また、この加算は限度額の対象から外しているの、この加算をとったためにサービスができないというようなことはないように考えている。

さらに事務手続きをできるだけ簡素化してほしいという要望もあり、現在、処遇改善交付金をとっている事業所については、基本的に加算の要件を満たしているとみなし、計画等の提出は5月末まででもよいことにした。さらに、都道府県や市町村にまたがって事業所を持っている法人については、法人単位で出していると思うが、内容としては基本的に同じものでよく、事務負担を軽くすることを心がけている。自治体によって独自の様式をつくったところがあるので、都道府県の担当者課長会議のときに、「できるだけ国の様式に統一してください」とお願いした。

地域区分については今回7区分に見直した。人件費割合については訪問看護が55%から70%に上がった。また新規の定期巡回・随時対応型訪問介護看護については70%、複合型サービスについて

は小規模多機能型に合わせて55%になった。

訪問リハビリはまさに自立支援の要となるので、われわれとしても大いに伸ばそうと思っている。そこでいくつかの要件を緩和した。1つはリハビリの指示を出す医師の診察頻度について1月以内を3月以内にした。2つ目は老健施設からのリハビリについて病院・診療所と同様の要件に緩和した。つまり改定前は老健施設からのリハビリは、老健施設とかかわったときから1か月に限られ、それ以降は地域の病院・診療所に利用者を渡さなければいけなかった。今回、老健施設での医師の3か月ごとの診察によって継続的に老健施設から訪問リハビリをできるようにした。

また、サテライト型の訪問リハビリ事業所も今回つくれるようになったので、ぜひ活用していただきたい。

## 個別リハビリ実施加算 短時間で複数回算定可能に

通所リハビリについては、リハビリとして機能の維持回復を行う機能と「お預かり機能」を分けるべきではないかという声があり検討したが、これをはっきり分けるのは難しかった。しかし、例えば「6時間以上8時間未満」の長時間のリハビリでは、リハビリを6時間続けて行うことはないだろう。従って長時間のリハビリについては今回適正化した。その代わりに「1時間以上2時間未満」の場合、個別リハビリ実施加算については複数回算定可能とした。きちんと短時間に集中してリハビリを行うところは高く、「お預かり」は低く評価した。

もう1つはリハビリテーションマネジメント加算である。医療保険では月8回以上はほとんどない。医療保険から介護保険に移行してくると8回以上通所する必要があり、ハードルが高くなるのはおかしいと、1月4回以上に緩和した。その代わり新たに利用する利用者について利用開始後1

か月までの間、または利用開始前に利用者の居宅を訪問してリハビリ専門職がその人や家の状態を見て、その上で計画を立てる場合にリハビリテーションマネジメント加算を取れるようにした。

リハビリ専門職は施設に来る人についてのリハビリを行うだけではない。広い施設ではできないが、狭い家なら壁に寄りかかってうまくできることもある。そういうことも評価して実際に役に立つリハビリ・自立支援を行っていただきたい。

通所リハビリについては、1時間以上2時間未満と、3時間以上の部分で算定構造が違い、2時間から3時間の部分が抜け落ちていたり報酬の構造がわかりにくかったが、この部分をすべて見直した。

通所リハビリの機能回復は大事だが、「お預かり」にも大事な機能がある。通所リハビリができるのは医療提供施設である病院・診療所・老健施設だけである。老健施設は医療法で定める医療提供施設である。こうした医療の必要な重度の方はデイサービスや特養では受け入れてもらえない。従って、リハビリも大事だが、もう1つの側面は医療提供施設として医療が必要な人を預かっていることも大事な機能であることから今回、重度療養管理加算を設けた。

短期入所療養介護についても老健施設に新たに重度療養管理加算をつけて、医療が必要な方のショートステイとしてのお預かり機能を評価した。ぜひこのようなものを活用していただければと思う。

介護保険施設における入・退所者の状況であるが、特養や老健施設から医療機関に運ばれることが多い。これをさらに3年前と比べてみると、特に老健施設では家庭への復帰が減り、医療機関が少し増えている。これは老健施設のあり方としてどうなのか。

## 在宅復帰支援機能の強化のため 基本施設サービス費を見直す

老健施設は「基本方針」として「その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならぬ」と明記されている。しかし、施設ごとの在所日数の中央値を見ると約1年入所している施設が多い。長いところは3年以上入所している。退所の状況についても1月当たり10%未満である施設が約7割を占めた。さらに在宅復帰になるともっと少ない。

一昨年の横断調査の結果、老健施設側から見て入所している人のうち「老健施設がふさわしい」というのは約3割しかいない。それどころか、「入所している人は特養がふさわしい」というのが約4割いるという驚きのデータがあった。そうすると「基本方針」と実際の老健施設の状況がかなり違っているのではないか。

前回改定の宿題になっていた「質の評価」について調査研究を行い、アウトカム（結果）としてどういうことが見られたか。嚥下・食事摂取・排尿・排便・褥瘡の変化について、施設側の要因として見るとほとんどが「まったく関連なし」だが、唯一、関連があったのが老健施設の「平均在所日数」であった。つまり入所者に対してリハビリを一生懸命行って早く在宅に帰したという施設については嚥下・食事摂取・排尿・排便機能などが向上しているという結論が出た。

これらを踏まえて老健施設には在宅復帰機能の強化に立ち返ってもらおうと、今回、基本施設サービス費を見直した。その指標は在宅復帰率とベッドの回転率である。平均在所日数を指標にすると、その施設に1人でも長期入所者がいると、一気に平均を引き上げてしまうので、加算をとるために長期入所者に「他に移っていただけませんか」ということが当然起こってしまう。そうした「追い出し」は絶対にしてはいけない。

まわりに特養や介護施設がないためにどうしても引き受けざるを得ないという地域もあると思う。老健施設としてリハビリを一生懸命に行いたいが、なかなかそうできない人も入所している。そういう場合に「追い出し」につながらないように回転率という概念を採用した。

回転率を計算する際に出てくる平均在所日数の考え方は、3か月間の在所者の延べ日数を3か月間の新規入所者数と新規退所者数の平均で割る。こうすれば1年の入所者がいようが10年の入所者がいようが影響してこない。やむを得ず何人が長い入所者がいたとしても残りの人で回転を上げていけばこの要件はクリアし得る。従ってこの加算をとるために追い出すことは絶対にしないでほしい。

しかし、回転率ばかりをあまり強調すると今度は要介護度の軽い人ばかりを入れて重い人を出すことになってしまうため、そこは一定の歯止めとして重度の人もある程度以上受け入れるという要件がある。

ただし、「在宅復帰要件50%、ベッド回転率要件10%は厳しすぎる。うちはうちなりに頑張っているが、もう少し緩くできないか」という声もあるため、「在宅復帰要件30%・ベッド回転率要件5%」についても加算で担保したので、ぜひ皆さん方も頑張って在宅復帰機能を発揮していただきたい。

## 医療提供施設としての 機能がある老健施設

入所前後訪問指導加算であるが、入所前に入所（予定）者の居宅を訪問して、きちんと利用者の状態だけではなく、家も評価した上で、「ではこの人がうちの施設に入ったときにどのようなリハビリが必要か」という「施設サービス計画の策定及び診療方針の決定」を行った場合の加算である。

短期集中リハビリテーション実施加算であるが、これまでこの加算を1回とった後、脳卒中、骨折で病院に入ってすぐ退院してきた場合にはこの実施加算がとれなかった。しかし、この場合でも、脳卒中など疾患限定ではあるが、加算をとれるようにした。ただし、老健施設から他の法人の老健施設に行った場合は加算をとれなくなった。

所定疾患施設療養費については、肺炎などすぐに病院に運ばれてしまうということもあったが、老健施設は医療提供施設のため、多少は医療を行ってもよいのではないかということから、1週間程度、抗生剤を投与すれば治るようなものについては診ることができるようにした。もちろん財源の問題があるので疾患は限定した。

これまで老健施設の診察はリハビリもそうであるが、基本的にほとんど認められていなかった。しかし、老健施設は医療提供施設としての機能があるのではないかということから、今回設けた。ぜひこういうものも使っていただければと思う。

## 施設のなかだけでなく 訪問・通所で地域に貢献を

まだ課題もいろいろ残っているため、今回の改定の検証と合わせて今後の改定に向けた調査研究も行っていく予定である。十分な財源がないなかで、皆さんの不満が必ずしも解消されていないと思うが、メッセージとしてぜひ自立支援に立ち返り、さらに老健施設が施設のなかだけではなく、地域包括ケアの核となるよう在宅支援のために訪問・通所サービスを行っていただきたい。改定率は施設はプラス0.2%しかなく、在宅は1.0%であるから、訪問・通所サービスも上手に使って地域に貢献していただき、老健施設として活躍していただけたらと思う。



# 老健運営への影響 ～基本サービス費引き下げへの対応～

山田和彦 全老健会長

## 在宅復帰・在宅療養 支援機能加算で取り戻そう

施設サービス費の引き下げ幅を老健施設・特養・介護療養型で要介護別に比較すると、老健施設は下げ幅が要介護3・4・5で小さくなった。要介護3・4・5も18単位・19単位・19単位下がっているのだが、その分在宅復帰・在宅療養支援機能加算の21単位をとれば、取り戻せることになる。どうかして、この21単位を取ってほしい。

在宅復帰要件では、今までの在宅復帰支援機能加算の考え方は、死亡退所も退所者総数に入れ、在宅復帰をしたとみなされる人は、在宅に帰っても1か月以上いなければならぬ。これに私はかなり異論がある。在宅復帰要件で、医療保険の回復期リハビリ病棟では1日帰っても在宅復帰とみなしている。「要介護3・4・5は1週間でよいのではないか」と反論したが、最終的に要介護4・5が2週間ということになった。

もう1つは、死亡退所の取り扱いである。結果として対象者総数から外すということになった。

ベッド回転率の要件であるが、確かにベッドがある程度回転しないと在宅支援施設としての機能は発揮できないという趣旨はわかる。

老健施設入所者で「特養が望ましい」という方が4割いるが、それは地域の現実の状況なのだ。特養へ入所できるルートを行政的につくっていた

だきたい。長期入所者がいけないということではなく、過去3か月間にどれだけのベッド回転率であるかを見る必要がある。従って、何年も入所している方がいても、平均在所日数は3か月以上にはならない。その都度計算をしていくという形で、ベッドの回転率を出すということが決まった。

100床の場合、回転率5%は、3か月平均して1月当たり5人が退所して、そのうちの2人が在宅に帰る。要介護4・5の人は14日でよい。もし4・5の人がいれば、14日間は頑張ってもらいたい。そうすれば在宅復帰・在宅療養支援機能加算の21単位はとれる。

## 「自宅」ではない「在宅」の幅は非常に広い

「在宅復帰」というのはもともと「自宅復帰」からスタートしている。「老健施設は自宅復帰施設だ」と昭和63年創設以来ずっと言われてきた。それが「在宅」に変わり、そして現在まで来ている。どうしてもこの「自宅」の発想が消えない。ときどき勘違いしそうになるのだが、十分注意いただきたい。従って、「在宅」の幅が非常に広いということだ。

もう1つは、在宅で生活しているというスタンスに立てば、居宅サービスは利用できる。基本的には居宅サービスはケアプランに位置づけて利用できるということになる。

表 退所時関連加算の変化

|                  | 平成12年 | 平成15年 | 平成18年 | 平成21年 | 平成24年           |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| 入所前後訪問指導加算       |       |       |       |       | 460             |
| 退所前後訪問指導         | 1380  | 1380  | 1380  | 1380  | 920             |
| 退所時指導            | 1070  | 400   | 400   | 400   | 400             |
| 退所時情報提供          |       | 500   | 500   | 500   | 500             |
| 退所前連携            |       | 500   | 500   | 500   | 500             |
| 在宅復帰支援機能加算（Ⅰ）50% |       |       | 10    | 15    | 在宅強化型基本サービス費の新設 |
| 在宅復帰支援機能加算（Ⅱ）30% |       |       |       | 5     | 21              |

そうすると要介護4・5の人は14日間、老健施設に再入所せず、きちんと居宅サービスの利用をケアプランに位置づけて在宅で生活していただければ、この21単位は取れる。そういう知恵を働かせてほしいというメッセージで、施設から在宅への流れをつくってほしい。

## 地域包括ケアに向かう機能を持つのは老健施設しかない

今回の改定は、2025年の地域包括ケアシステムに向かつての第1回目の改定であった。2025年は地域包括ケアシステムの完成年になっている。30分以内の日常生活圏域内で、すべてのサービスが提供できる体制である。

ポイントは、この介護保険施設の本来機能であるリハビリ機能を充実し、在宅復帰、在宅生活支援へ向かってほしい。ここへ向かうことができる介護保険施設として機能を持っているのは老健施設しかない。

その1つが、在宅復帰への流れの強化である（表）。過去の退所時関連加算の変化を見ると、毎回、在宅退所時関連の加算は強化されている。在宅復帰支援機能加算（Ⅰ）50%は在宅強化型基本サービス費の新設とプラス改定の方向へ動き、在

宅復帰支援機能加算の（Ⅱ）は5単位から21単位へと変わり、この算定要件の緩和があった。それは在宅へどうしても帰ってほしいという基本的な考え方からである。

もう1つはリハビリ関連加算である。今回、入所・通所・訪問リハビリを合わせた見直しが行われている。短期集中リハビリ加算の算定要件で入所のリセット要件が、実態に合うように変わってきた。また、通所リハビリでもリハビリテーションマネジメント加算の要件緩和と、医療に合わせて個別リハビリの切り出しを行った。

通所リハビリではリハビリを行っていると言いつつながら、通所介護と変わらないこともある。そうであるならば、個別リハビリを報酬上切り出し、リハビリをきちんと行っているところに評価すると変えた。また、短期集中リハビリで個別リハビリを切り出すということも行った。

短時間通所リハビリでは医療保険から介護保険への流れをつくった。いわゆる医療の生活リハビリは介護保険に移すというメッセージである。長時間と短時間の通所リハビリが一緒では調整が難しいと思うが、そこは将来の方向づけとして正面から受けとめて実施していただきたい。

## 所定疾患施設療養費で 突破口を開けた

訪問リハビリは病院・診療所と算定要件を同じ並びにすることから、老健施設のリハビリ機能を高めるとい方向がある。

新設・見直された主な加算項目は、入所では、在宅復帰・在宅療養支援機能加算が新設され、在宅の考え方に対する要件の見直しがあった。また、入所前後訪問指導加算で、入所前から在宅への訪問調査をしている場合を評価した。さらに短期集中リハビリ実施加算のリセット要件の見直し、地域連携診療計画情報提供加算で医療との連携、認知症行動・心理症状緊急対応加算、そして所定疾患施設療養費がある。

老健施設は医療提供施設と言われながら、医療提供ができないことにどうにかして突破口を開けた。肺炎・尿路感染症・带状疱疹の3疾患300単位である。

肺炎と尿路感染症はどうにかなるが、带状疱疹は抗ウイルス剤の注射を使うと採算上厳しい。標準治療薬は4,700円くらいするため、1日3回使うと完全な赤字になる。しかし、「では、带状疱疹は外しましょうか」と言われる。「それは困るから残してほしい」ということで残った。これまで带状疱疹を治療をしている施設では、3,000円でも加算されれば少し楽になるだろう。

老健施設が医療提供施設として機能するために、ぜひ所定疾患施設療養費の肺炎・尿路感染症・带状疱疹にはきちんとした診断のもとに治療をしていかなければならない。

## 生活機能向上連携加算は 老健施設から直接で

訪問リハビリは、病院・診療所が提供するものと同様の要件となった。介護給付費分科会などで「老健施設は生活リハビリを提供する施設なのに、訪問リハビリが非常に少ない」と指摘があった。これに「老健施設の訪問リハビリは、退所者に対し医師は退所時に1回しか指示を出せず、1か月しか有効ではない。そのように手足を縛っておいて、訪問リハビリの提供が少ないというのはおかしい」と反論した。それに対する答えとして、「では、病院・診療所と同じようにしましょう」となった。

これから積極的に訪問リハビリをぜひ提供してほしい。訪問介護事業所との連携に対する評価がついたが、実際、高い割合で訪問看護ステーションにリハビリ職員を配置して訪問リハビリを行っているところがある。「訪問看護の7」という報酬である。この訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算300単位/回(3月に1回を限度として算定)は訪問リハビリの加算で、訪問看護の加算ではないため、訪問看護ではこの加算をとれない。従って、便宜的に訪問看護のなかで行っているところは、ぜひ老健施設から直接訪問リハビリを提供し、地域の訪問介護の事業者との連携に活用していただきたい。

## 2025年の地域包括ケアへ 舵は切られた

短期入所療養介護で新設・見直された主な項目は、緊急短期入所受入加算と重度療養管理加算である。通所リハビリでは、リハビリマネジメント

加算の見直し、個別リハビリ実施加算の見直し、重度療養管理加算、1～2時間通所リハビリの重点見直しである。そして訪問リハビリでは医療機関並びに見直し、訪問介護事業所との連携加算がある。

これはすべて在宅復帰支援・生活機能の維持向上、あるいは24時間の在宅生活への安全・安心の担保、地域との連携、そして老健施設に対するバックアップ拠点あるいは支援拠点としての機能の強化、そして医療ニーズへもきちんと対応してほしいということにつながっている。

最終的に、2025年の地域包括ケアの時代において期待される介護老人保健施設の方向へ、老健施設の報酬は舵が切られたと、加算項目から読み取れると思う。この舵を切られた方向はわれわれが進む方向である。在宅復帰に向けて知恵をしぼり、少なくとも在宅復帰・在宅療養支援機能加算21単位を取ることによってマイナスをカバーできる。そのことを各施設で検討していただきたい。そして加算



項目をしっかりと理解して活用していただきたい。恐らく次の改定ではこうした方向はさらに強化されるだろう。2025年に向け、これにきちんとした対応を行ったところが在宅支援拠点として生き残っていくということではないか。

