

会議名	神奈川県老人保健施設協会 支援相談員部会 北・南ブロック 神奈川県医療社会事業協会 横浜ブロック 合同研修会	<input type="checkbox"/> 全体会 <input checked="" type="checkbox"/> ブロック会 <input type="checkbox"/> 執行部会
開催日	平成 25 年 1 月 24 日	
場所	かながわ県民センター	
参加者	<p>【相談部会】</p> <p>(北ブロック) 青葉の丘、ウェルケア新吉田、荏田あすなろ、神奈川苑、希望の森、ソフィア都筑、たかつ、都筑シニアセンター、ハートケア左近山、ハートフル瀬谷、ファイン新横浜、遊花園、リハビリートわかたけ、フォーシーズンズヴィラいろいろ、つくしの里</p> <p style="text-align: right;">20 名</p> <p>(南ブロック) グリーンハウス逗子、コスモス、こもれび、スカイ、すこやか、ソフィア横浜、第三湘南グリーンぬかだ、能見台パートリア、ハートケア横浜小雀、ヒルズ東戸塚、ふるさと、ユトリアム、横浜磯子、リハビリート横浜</p> <p style="text-align: right;">22 名</p> <p>(医療社会事業協会)</p> <p>新横浜リハビリテーション病院、横浜市立大学付属市民総合医療センター、緑共和病院 Cアミーユ新横浜、横浜なみきリハビリテーション病院、県立汐見台病院、横浜市立大学付属病院、横浜市立みなと赤十字病院、菊名記念病院、金沢病院、生協戸塚病院、 済生会神奈川県病院</p> <p style="text-align: right;">19 名</p> <p style="text-align: right;">全 61 名</p>	
内容	<p>司会: 支援相談員部会 都筑シニアセンター 南 氏</p> <p>1.開会挨拶 支援相談員部会 遊花園 山根 氏</p> <p>2.シンポジウム「医療・介護同時改定にみる現状と取り組み」 シンポジスト三名より、レジメに沿って発表が行われる。なお、発表は急性期病院→回復期病院→介護老人保健施設の順で行われた。</p> <p>I 横浜市立大学附属病院(急性期) 若杉 美千子 氏</p> <p>(1)病院の紹介 場所: 横浜市金沢区福浦 分類: 特定機能病院 ベッド数: 654 床 診療科: 28 診療科</p> <p>(2)SW 業務について 経済的な支援、転院や施設入所の相談、在宅生活の調整、児童・高齢者虐待等に関する権利擁護がある。また、がん相談支援センター等があるため、院内の患者以外にも対応している。</p> <p>(3)SW が関与する H24 年度改定項目 ・患者サポート体制充実加算: 患者からの相談に幅広く対応する体制を充実させるための取り組みを評価する。</p>	

内容

・精神科リエゾンチーム加算:

一般病棟における精神科医療に対するニーズに対してチームで取り組むことを評価する。

・救急患者搬送地域連携加算:

急性期病院の機能を守るための早期転院への取り組みを評価する。

・退院調整加算:

後に詳しく説明とする。

(4) 退院調整加算

1) 制度的な背景とソーシャルワーク

昨今では医療機能の分化が求められている。急性期病院では、治療が終了した患者を早期に退院させることが求められている。つまり、在院日数の短縮が求められている。患者は病気が完治していなくても退院を迫られることがある。このため、ソーシャルワーカーが早期に介入し、退院や転院の支援を行う必要がある。

こうした制度的な背景がある一方で、SWとしてはクライアントの思いに添う援助を展開したい。不安や戸惑いに寄り添い、クライアントの強みを教えていただく。そして、ゴール像を教わり、退院後の生活がその人らしいものになるように支援していく。

こうした支援を展開するには、SW自身の余裕と支援期間の確保が必要だが、そのためには支援が必要な患者を早期に把握し、適切な時期に支援を開始する必要がある。病棟との連携も必要で、スクリーニングの体制を整えないと退院調整加算の要件をクリアしていくことが難しいと考えられる。

SWは依頼を待つ受け身の姿勢ではなく、各診療科、病棟にアウトリーチしていかななくてはならない。

2) スクリーニング体制の構築と運用開始後の効果

「退院支援スクリーニングシート」を作成し、これを患者が入院した当日に病棟看護師に記入してもらう。これによりハイリスク患者を抽出し、SWの早期介入の必要性の有無について検討してもらう。介入が必要とされた場合は依頼票により連絡をしてもらう。

シートはあくまで指標である。同じチェック項目が付く患者でも、家族のマンパワー等の背景等によって事情が異なってくるため、これらを踏まえて支援を展開していく。また、シートの作成にあたっては、個人の考えの違いも出てくる。また、判断に迷うケースも出てくるため、SWとNSが相談できるようにSWは病棟ラウンドを定期的に行う。

シートの運用を開始したことにより、患者をアセスメントする力が強化された。また、早期に介入が必要と思われる患者に関する情報交換がSWとNS間で出来るようになり、支援期間の確保につながった。病棟ラウンドでは、病棟とSWが顔の見える関係となり、連携がとりやすくなった。

(5) まとめ

在院日数の短縮が言われる中、質を落とさずにソーシャルワークを展開するためには、院内の連携を強化して支援期間を十分に確保することが必要である。また、退院後も患者の人生は続いていくことを考えると、院外との連携も必要である。転院が単なる患者の受け渡しになるのではなく、患者のゴールが共有されたソーシャルワークの連続性が確保されるような支援が必要である。

そのためには、病院も他医療機関や介護施設などの置かれている状況、役割、限界、取り組みを知ろうとする努力が必要である。

一方で病院側も他の機関に協力してもらいたいことがある。すなわち、在院日数の短縮や機能分化が求められている急性期病院の事情を理解したうえで、早期の患者の受け入れや空き状況等の情報交換をお願いしたい。

<p>内容</p>	<p>Ⅱ 横浜なみきリハビリテーション病院（回復期） 飯田 悠太 氏</p> <p>(1) 病院の紹介</p> <p>場所 : 横浜市金沢区並木 沿革: 平成 24 年 9 月並木に新築移転(以前の名称は屏風ヶ浦病院)</p> <p>ベッド数: 224 病棟: 回復期リハビリテーション病棟、障害者病棟、医療療養病棟</p> <p>機能 : 主に急性期病院より相談を受ける</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病院の概要</p> <p>1) 概要</p> <p>脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL 向上による在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う。対象疾患により入院可能な期間が定められている。また、同じく対象疾患により、発症してから入院までの日数制限が設けられている。</p> <p>2) 回復期リハビリテーション病棟入院料</p> <p>平成 24 年の改定により、入院料の構成が変わった。以前は回復期リハビリテーション病棟入院料(以降、入院料)1 と入院料 2 だった。これが、新設の入院料 1 が設定され、かつての入院料 2 が入院料 2 と入院料 3 に分けられた。合計 3 種類の入院料が設定されることになった。</p> <p>3) 施設基準</p> <p>新入院料 1 と旧入院料 2 とでは次のような違いが見られる。</p> <p>新入院料 1 では職種の配置に社会福祉士の名称が設けられた。求められる在宅復帰率が旧入院料 2 では 6 割以上だったものが、新入院料 1 では 7 割以上となった。また、新規入院患者のうち重症患者の割合が旧入院料 2 では 2 割以上だったものが新入院料 1 では 3 割以上となった。こうした改定から、回復期リハビリテーション病院には、①重傷者のリハビリ及び治療に対応できること、②高い在宅復帰支援機能が求められていると言える。</p> <p>(3) 改定を受けての横浜なみき病院の取り組み</p> <p>1) 加算要件のクリア</p> <p>平成 24 年 4 月に新設の入院料 1 を取得した。現在は新規受け入れ患者のうち重傷者は 3 割台、在宅復帰率は 8 割台となっている。</p> <p>2) 新規重症患者の受け入れ</p> <p>重症患者の受け入れ要件をクリアするために、重症患者受け入れ状況表の活用、急性期病院への啓蒙、患者の早期受け入れに取り組んでいる。</p> <p>受け入れ状況表では、現在の重症患者の割合だけでなく、今後見込まれる割合も示されている。平成 24 年の診療報酬改定で入院料算定の要件が厳しくなったことから、これまでのように入院の調整をする相談室だけでなく、医事課や病棟でも重症患者の割合を把握する必要が出てきた。重症患者受け入れ状況表により、各部署で情報を共有するようにしている。</p> <p>早期の受け入れでは、回復期リハ病棟への入院が目的の患者を一時的に療養病棟で入院を引き受けたり、逆に障害者病棟や療養病棟への入院が目的の患者で入院要件をクリアする人を一時的に回復期リハ病棟で引き受けたりすることに取り組んでいる。これは、本来の目的とは異なるかも知れないが、病院として早期に入院患者を引き受けることができ、患者としても早い時期からリハビリを始められるという意味でメリットがあると考えられる。</p>
-----------	---

<p>内容</p>	<p>3)在宅復帰率への取り組み</p> <p>在宅復帰率向上の取り組みとしては、入院前面談の強化、月別退院患者予定表の活用、多職種での介入がある。</p> <p>入院前に相談員だけでなく、医師や看護師も面談に立会いそれぞれの視点から評価をしている。これにより、患者の入院後スムーズに介入できることにつながっている。</p> <p>月別退院患者予定表により、月々の退院の動向を把握できるようになった。これにより、介入の必要な患者の的確な判断につながっている。</p> <p>多職種による支援では、各職種間で情報共有して患者にアプローチすることで、患者やご家族の不安の軽減、安全な在宅復帰につながっている。</p> <p>(4)まとめ</p> <p>平成 24 年の改定では、改定前から新規重症患者の受け入れや在宅復帰の基準強化が言われていた。このため、病院としては早い時期からこうした動きに対応することができ、新体制へ円滑に以降することができた。</p> <p>新しい基準を達成するためには、多職種で患者に関わる必要性があり、より広い視野が求められるため、それぞれの職種の役割をよく考える機会にもなった。</p> <p>近年では病院、施設等退院後の受け入れ先が多様化してきている。それに伴い患者のニーズも多様化してきている。患者の意向に添えるように、ますます他機関との情報共有や連携が求められている。</p> <p>(5)参考</p> <p>回復期リハビリテーション病院から退院・転院した際の扱い</p> <p>○在宅扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅 ・介護老人福祉施設 ・グループホーム ・有料老人ホーム <p>○非在宅扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院 ・介護老人保健施設 <p>Ⅲ こもれば（介護老人保健施設） 駒 忠之 氏</p> <p>(1)平成 24 年度介護報酬改定の基本的な考え方</p> <p>厚生労働省の考え方としては、「在宅復帰支援型の施設としての機能を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とし、機能に応じた報酬体系の見直しを行う。」とされた。</p> <p>「見直しを行う」という表現がされると報酬の点数が下がることが多い。「評価する。」という表現の場合は逆に点数が上がる人が多い。</p> <p>(2)在宅復帰・在宅療養強化型介護老人保健施設の新設</p> <p>一般的な介護老人保健施設が「在宅復帰・在宅療養強化型介護老人保健施設（以降「強化型」）」と「介護老人保健施設（以降、「従来型」）」の二つに分類されるようになった。在宅復帰率等の一定要件を満たすと前者となり、そうでない施設は後者となる。</p> <p>改定により強化型は介護サービス基本利用料の報酬点数が改定前より上がった一方で、従来型は点数が下がり、両者に差がつけられることになった。</p> <p>改定された点数には特徴が見られる。すなわち、点数の上げ率は要介護度が高いほど高い。また下げ率も要介護度が低いほど高くなっている。国の考え方としては、老健には高い在宅復帰率に加えて重度者の受け入れを求めているということが分かる。</p>
-----------	---

内容

(3)在宅復帰・在宅療養強化型介護老人保健施設の算定要件

- ・在宅復帰率が 50%以上
- ・退所者が 30 日以上(要介護 4、5 は 14 日以上)在宅で生活する見込みであることを確認する
- ・ベッドの回転率が 10%以上 ・リハビリ職員が適切に配置されている
- ・入所者のうち要介護 4 又は 5 の者が 35%以上もしくは喀痰吸引を受けた者が 10%以上又は経管栄養を受けた者が 10%以上

1)在宅復帰率について

定義としては、「算定日が属する月の前 6 月間において当該施設から退所した者の総数のうち、在宅において介護を受けることになった者の割合が 100 分の 50 を超えていること。」とされている。

つまり、(6 ヶ月間の在宅復帰者数)/(6 ヶ月間の総退所者数)とされる。なお、分母にあたる退所者総数には死亡退所は含まない。分子の在宅復帰者数には、医療機関や老健、特養は含まない。しかし、在宅以外にもグループホームや有料老人ホーム等は含む。

老健の場合、退所する入所者の家族に対して、介護に困った際は再度の利用について相談してほしいことを案内する。ただし、退所した者が 1 ヶ月以上(要介護 4 以上の者は 14 日以上)在宅で生活する見込みであることを確認することが退所者が在宅復帰したとする要件となっているため、ここを考慮したうえでとなる。

なお、厚労省の Q&A では、退所直後からショートステイ扱いで 14 日間入所を継続する場合は在宅復帰とはみなされないとされている。

2)ベッドの回転率について

ベッドの回転率は、 $30.4(365 \text{ 日}/12 \text{ ヶ月})/(\text{平均在所日数})$ で求められる。これが 0.1 以上であることが要件の一つとされている。

なお、平均在所日数は、
 $(\text{直近3ヵ月間の入所者延日数})/(\text{直近3ヵ月の新規入所者数}+\text{直近3ヵ月の新規退所者数})\div 2$ で求められる。

平均在所日数の意味を言葉どおりとれば、現時点での入所者全員の在所日数の平均をとればよい。しかし、そうすると平均在所日数の数字が大きくなることから、地方で老健の数が少ないために特養代わりに利用している人達が追い出しをかけられることになりかねない。ゆえに、上記のような式が作られた。

3)理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適正な配置

これまで通りの基準となっており、今回の改定で新たな加配を求められたわけではない。

4)重度者要件

直近3ヵ月の入所者延日数のうち、次のいずれかの者が占める割合が基準を超えていることが要件。ただし、各項目いずれか単体で基準を超えていることが必要で、合算したものではありません。

- ・要介護 4 若しくは要介護 5 に該当する入所者延日数 35%以上
- ・喀痰吸引が実施された入所者延日数 10%以上
- ・経管栄養を実施された入所者延日数 10%以上

要件に喀痰吸引が入ったことで、病院は「老健は吸引患者をようやく引き受けるようになった。」と思うかもしれない。しかし、三つのうちいずれかでクリアすればよいため必ずしもそうとは言えない。

<p>内容</p>	<p>こもればでは、要介護度 4 又は 5 の入所者の割合が 4 割を超えている。介護度の要件が比較的クリアしやすいと思われる。果敢な老健は別だが、今後喀痰吸引や経管栄養が必要な患者の入所に関する老健の対応は今後もあまり変わらないと考えられる。</p> <p>(4)在宅復帰・在宅療養支援機能加算について</p> <p>平成 24 年の改定前から在宅復帰率 50%以上を要件とする「在宅復帰機能強化加算(Ⅰ) 15 単位/日」と在宅復帰率 30%以上 50%未満を要件とする「在宅復帰機能強化加算(Ⅱ) 5 単位/日」があった。</p> <p>100 床の老健で仮に稼働率が 100%の場合、前者は月 45 万円の収入となり、後者は月 15 万円の収入となる。この程度であれば、積極的に算定を目指すような加算ではなかった。これら二つの加算が改定により一本化され、単位数も 21 単位/日に引き上げられた。この加算をとることにより、従来型は今回の改定で引下げられた介護サービス基本利用料を完全にとは言えないまでも取り戻すことができるようになった。</p> <p>算定要件は、在宅復帰率が 30%以上、退所した者が 1 ヶ月以上(要介護 4 以上の者は 14 日以上)在宅で生活する見込みであることを確認すること、回転率が 5%以上となっている。</p> <p>老健が在宅復帰に関する加算を算定する在宅復帰率の要件は回復期リハビリテーションの要件よりも低く、一見すると困難なものとは思われぬかも知れない。しかし、老健は待機者が回復期リハ病院に比べて少ない。また、高い稼働率を維持すること、加算を効率よくとること、重度者をいかにして多く引き受けるかがポイントとなるため容易なものではない。経営的な判断も働くため、容易に踏み込めない現状もある。</p> <p>(5)地域連携診療計画情報提供加算</p> <p>この加算は今回の改定で新設された。</p> <p>診療報酬の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行い、入所者の同意を得た上で、退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合。一回を限度に算定できる。</p> <p>(6)短期集中リハビリテーション実施加算の見直し</p> <p>この加算は入所者の入所後、1 週間に三回以上のリハビリを行った場合に 3 ヶ月間算定できるものである。老健にとっては大きな加算で、いかに効率よく算定するかが重要となる。</p> <p>改定前は、短期集中リハビリテーションの期間の終了後入院した者で、3 ヶ月経たないうちに再入所してきた者に対しては再び算定することができなかった。しかし、リハビリテーションの重要性が見直され要件が緩和された。3 ヶ月経たないうちに再入所した場合であっても、入院が 4 週間以上であって、リハビリが必要と認められた者や一定の傷病要件を満たす者に対しては再度短期集中リハビリテーション実施加算を算定できるようになった。</p> <p>改定前は、同一法人でない老健間での移動では移動先の施設は短期集中リハビリテーション実施加算を算定できた。しかし、改定後は老健間を移動した者に対しては算定できなくなった。</p> <p>(7)所定疾患施設療養費</p> <p>今回の改定で新設された加算。</p> <p>肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者で抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に対して治療行為を行った場合に算定できる。老健である程度の治療行為できるようになった。ただし、重度化し者については従来どおり病院に治療をお願いすることになる。</p>
-----------	--

<p>内容</p>	<p>老健は保健医療機関ではないため、外部からの患者に対して治療をすることはできない。あくまで入所者が対象となっている。</p> <p>(8)入所前後訪指導加算 今回の改定で新設された。 これまでは退所の前後に訪問指導を行ったことに対する加算があった。入所の初期から在宅復帰を意識するために訪問指導を行うことに対する加算。</p> <p>(9)認知症行動・心理症状緊急対応加算 今回の改定で新設された。 在宅で生活する者のうち医師が認知症の症状のために在宅での生活は困難であると認めた者を緊急で受け入れた場合、7日間限定で算定ができる。</p> <p>(10)ターミナルケア加算 平成21年の介護保健改定時に介護老人保健施設に初めてターミナルケア加算が設定された。この加算は30日間算定可能である。 今回の改定で、亡くなった日とその直前に点数が大きく増えるようになった。</p> <p>(11)今後の国の動向 今後厚生労働省は次の方向性で制度を改定していくと思われる。すなわち、①地域包括ケアシステムの基盤強化、②医療と介護の役割分担・連携強化、③認知症にふさわしいサービスの提供、この三本柱で老健を経済誘導していくものと思われる。</p> <p>(12)まとめ 今回の改定を受けて、対応は各老健で分かれている。積極的に在宅復帰を進めるところもある一方で稼働率を優先するところもある。 老健は分かりにくくなったとらえるか、各施設の特徴をつかんだうえで選択肢が増えたと判断するかの違いが今後の連携のポイントになると思われる。</p> <p>3.グループワーク シンポジウムを踏まえてグループワークを行った。参加者が10のグループに分かれ、病院と介護老人保健施設間で情報共有を行った。</p> <p>病院： <ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院が求める対応の速さと老健の対応の速さに差がある。病院側から見れば、新規入所相談における老健の対応は時間がかかっているように感じる。病院と老健で受け入れのスピードについて認識の差がある。 ・病院が老健に新規入所相談をする際、内服で折り合いをつけることが難しい。老健側から服薬内容の変更を求められる際、変更後必ず入所を引き受けてもらえるかの確証が持てない。 ・病院側からすると、老健への入所相談はなかなか入所につながらない。 ・特に医療行為を望まず看取りを希望する患者は病院(特に急性期)での入院継続は難しい。老健も含めて転院の相談になる。患者側の意向をしっかりと確認しておけば、看取り前提の患者もスムーズに転院が実現した。 </p>
-----------	---

<p>内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院としては、老健には内服の多い患者や糖尿病患者、特養待機者を受け入れてもらえるとありがたい。 ・退院相談時、目標を在宅復帰には定められないケースが多いのが現状。 <p>老健</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院から新規入所相談を受ける際に、「患者の状態が悪化したら再度の入院を受ける。」と話しても、病院側と老健側で考える「悪化」は認識が大きく違うように感じる。 ・入院で退所した利用者のベッドは空けておくことができず、別の利用者は入所させなくてはならない。このため、 病院から再入所の相談があってもすぐに応じることは難しいことがある。 ・老健では、かつてに比べれば待機期間は減ってきている。 ・経営面を考えると稼働率重視となる。在宅復帰率を上げるとベッド回転率は上がるが、稼働率は下がる。平成 24 年の改定を受け、回転率の向上のためにSSを増やした施設もある。 ・平成 24 年の改定を受け、老健としては在宅復帰を意識するようになった。・改定後、加算の都合上老健間の移動が少なくなった。 ・在宅復帰に力を入れると稼働率が低下する。新規受け入れにも力を入れないとならない。 ・病院からの受け入れの場合、在宅復帰が目標であれば受け入れやすい。 <p>4.閉会の挨拶</p> <p>神奈川県医療社会事業協会 医療生協かながわ生活協同組合戸塚病院 小口順司 氏</p>
-----------	---