

会議名	平成24年度 総会(第一回 全体会)	<input checked="" type="checkbox"/> 全体会 <input type="checkbox"/> ブロック会 <input type="checkbox"/> 執行部会
開催日	平成24年 5月 11日(金) 14:00 ~ 17:00	
場所	神奈川近代文学館	
参加者	<p>(北ブロック) : 青葉の丘、ウエルケア新吉田、うしおだ老健やすらぎ、神奈川苑、希望の森、帝京大学老人保健センター、新横浜カメラ、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、ヒルトップ池辺、ファイン新横浜、ほほえみの郷横浜、みどりの杜、遊花園、よみうりランドケアセンター、リハセンターさわやか、リハリゾートわかたけ、若葉が丘 (21 施設 28 名)</p> <p>(南ブロック) : 阿久和鳳荘、オアシス、かまくら、鎌倉幸寿苑、グリーンワフ東戸塚、けいあいの郷西谷、港南あおぞら、コスモス、こもれび、スカイ、ソフィア横浜、第三湘南グリーン、なぎさ、ぬかだ、能見台パトリア、ひとりざわ、ふるさと、ほのぼの、ユトリウム、横浜磯子、リハパーク舞岡 (21 施設 24 名)</p> <p>(西ブロック) : 葵の園・大和、あじさいの郷、アゼリア、ガーデニアごしよみ、ききょう苑、ケアパーク湘南台、こまち、相模大野、サンライズ箱根、湘南シルバーガーデン、神恵苑、しんど老健、清流苑、なごみの里、ニューライフ湯河原、フィオーレ湘南真田、藤沢ケアセンター、ふれあいの丘、ふれあいの渚、みかん、ライフプラザ鶴巻、わかば (22 施設 23 名)</p> <p style="text-align: right;">以上 64 施設 75 名          記録者: 佐藤</p>	
内容	<p>司会: 柴山 副部会長 (よみうりランドケアセンター)</p> <p>1. 部会長挨拶 内田 部会長(ウエルケア新吉田)</p> <p>2. 総会</p> <p style="padding-left: 20px;">Ⅰ. 平成 23 年度事業報告・会計報告(詳細は別紙参照)</p> <p style="padding-left: 40px;">① 全体報告 内田 部会長</p> <p style="padding-left: 40px;">② 会計報告 渡邊 副部会長 (スカイ)</p> <p style="padding-left: 20px;">Ⅱ. 平成 24 年度 執行部紹介</p> <p style="padding-left: 20px;">Ⅲ. 平成 24 年度事業計画・予算案(詳細は別紙参照)</p> <p style="padding-left: 40px;">① 全体計画 内田 部会長</p> <p style="padding-left: 40px;">② 予算案 園田 全体会計 (たかつ)</p> <p style="padding-left: 40px;">③ ブロック計画 山根 北ブロック長 (遊花園)</p> <p style="padding-left: 80px;">小林 南ブロック長 (ユトリウム)</p> <p style="padding-left: 80px;">磯部 西ブロック長 (ききょう苑)</p> <p>いずれも各担当者が配布資料の読み上げ及び詳細解説を行い、全ての議案は拍手多数により承認を得た。</p> <p>3. 休憩</p> <p>4. 講演:「在宅復帰への取り組み」</p> <p style="padding-left: 20px;">演者: 介護老人保健施設ウエルケア新吉田 内田 喜之 氏</p> <p>● はじめに</p> <p>ウエルケア新吉田では、この度の介護報酬改定(在宅強化型老健の新設)以前から在宅復帰への取り組み・在宅療養支援に力を入れている。どのような方法で「在宅復帰に向けての取り組み」を進めて行ったのか。</p>	

<p>内容</p>	<p>・3年前の段階では、在宅復帰率は約 30%。</p> <p>在宅復帰支援機能加算Ⅱの算定は可能であったが、在宅復帰率 50%以上となると、その時点ではとても可能な数字と思えなかった。</p> <p>● ウェルケア新吉田での取り組み</p> <p>・平成 17 年までの在宅復帰率 22.5%。老健本来の目的である在宅復帰施設としての役割を果たすべく、平成 18 年度から施設内で「在宅復帰プロジェクト」を立ち上げる。</p> <p>・在宅復帰をする上での障害の明確化</p> <p>施設の利用目的が明確でない → 何の為に利用するのか？ 何故、当施設に入所したいのか？</p> <p>家庭からの分離/入所する事への安心感 → 在宅生活への意欲が薄れてしまうケースもある。</p> <p>在宅サービスの利用経験の有無 → 在宅生活に復帰する事への不安</p> <p>・インテークの段階で、施設の方針＝在宅復帰への取り組み を打ち出す。</p> <p>・家族の在宅介護における不安の解消＝再入所・ショートステイの確約・グループ内の他居宅サービスの案内等に力を入れる。</p> <p>● 在宅復帰プロジェクト活動</p> <p>・スタッフに対する意識づけ → 平成 19 年度より施設内勉強会、活動報告を行う。</p> <p>・構成メンバーは、療養棟、リハビリ、訪問看護、居宅、相談。</p> <p>・在宅復帰ケースは積極的に案内する。</p> <p>・自宅訪問にリハ・療養棟スタッフも同行してもらう → スタッフに在宅生活のイメージを持ってもらう。</p> <p>現場業務との兼ね合いにより、当初はスムーズに行かない事もあった。</p> <p>(プロジェクト活動以降の在宅復帰率の推移)</p> <p>平成 17 年度 22.5% 平成 18 年度 24.1% 平成 19 年度 34.2% 平成 20 年度 33.3%</p> <p>・平成 19～20 年度にかけて 30%以上を達成。平成 21 年度より「在宅復帰支援機能加算Ⅱ」算定開始。</p> <p>・施設内の中期業務計画の目標設定で、3年後在宅復帰率 50%以上の目標設定 → 訪問看護利用者等の医療依存度の高い利用者の受け入れの強化にも取り組む。</p> <p>● 在宅復帰率 50%を目標とした、在宅復帰プロジェクト活動</p> <p>・施設内勉強会、積極的な自宅訪問へのスタッフ同行等の取り組みにより、平成 22 年頃になるとスタッフの意識に変化が見られるようになってきた。</p> <p>例として。退所の時期が延びる → 「自宅退所の件はどうなっているのか？」 「訪問の日程はいつになるのか？」等の声がスタッフの側から支援相談員に対して上がってくるようになった。</p> <p>→ 結果として、スムーズな在宅復帰・退所に繋がるようになる。</p> <p>・平成 21 年度 34.1% 平成 22 年度 41.5% と在宅復帰率が上昇。</p> <p>さらなる取り組みとして</p> <p>・医療依存度の高い利用者の受け入れ強化 → 地域の医療機関等に営業活動</p> <p>・退所前訪問の件数増加 (平成 22 年度 25 件 ・平成 23 年度 51 件 : 一人に複数回訪問に行ったケースも含む)</p> <p>・入所後 1ヶ月以内で自宅訪問・カンファレンスを実施 → 利用後、早い時期から在宅での生活をイメージしてもらう = 「家族に在宅生活への復帰」の意識を忘れてもらわない為にも効果的。</p> <p>・施設内勉強会にて啓蒙活動 → 平成 24 年度報酬改定で「在宅強化型」を目指す。</p> <p>・支援相談員の努力だけでは限界がある→多職種の協力体制が必要→「在宅復帰クリニカルパス」作成(中)。</p>
-----------	--

## 内容

- クリニカルパス → 職種ごとに、在宅復帰に向けての取り組み・予定を時系列に示したスケジュール表。

(目的)

- ・それぞれの職種の専門性の向上。
- ・在宅復帰への取り組みをケアプランに反映させる。
- ・施設サービスから在宅サービスへの緊密かつ切れ目の無い移行。  
以上を目指し、周知徹底を図る。これらの実施において、やはり「訪問指導の充実」が不可欠。
- ・その他、クリニカルパスの周知徹底以外に、毎月1回の会議開催・意見交換、毎月の在宅復帰率・回転率・重度化率を施設内に周知を図る 等の取り組みも実施。

- 短期入所療養介護 利用状況

(一日平均) 平成 21 年度 13.1 名 平成 22 年度 13.3 名 平成 23 年度 14.9 名

在宅復帰率上昇に伴い、短期入所療養介護の利用も増加。

在宅復帰の際、希望通りに短期入所を利用したいと希望する家族多く、可能な限り希望に応える努力をする  
→ どうしてもベッド稼働率が下がってしまう事が課題。

- 事例紹介

### I.入所から4年かけて在宅復帰に至ったケース

I氏 58 歳(退所時) 要介護3 建築業 平成 17 年入所/平成 21 年退所 (その他経歴別紙参照)

- ・ 自宅訪問により、住環境を評価  
→ 手すりの設置等、住環境障害解消に必要なアドバイス
- ・ 自宅での生活場면을想定した、リハビリテーションの実施 (床からの立ち上がり動作訓練等)
- ・ 居宅介護支援事業所との連携

(入所中)

- ① 老健にてカンファレンス開催。医師、看護、介護、PT、支援相談員、通所リハ職員と情報共有。
- ② 退所前訪問に同行いただく。

(退所後)

- ① 初回通所リハ利用日に訓練内容を見ていただく。スタッフと通所リハ計画及び今後の短期入所利用についての意見交換
- ② 退所後訪問に同行いただく。在宅復帰後の情報共有・介護者の負担感の聴取→短期入所利用頻度について三者の共通認識の確認。

### II.在宅復帰された認知症利用者に対する家族支援

平成 22 年 11 月 17 日～平成 23 年 2 月 14 日 施設入所

自宅では転倒頻回 転倒リスク高く、常に目が離せない(療養棟)

介護休養・リハビリ希望で利用に至る → 転倒リスクについて説明・同意(支援相談員)

退所後は在宅生活継続の意向 家族に掛かる負担を考慮、退所後の短期入所も視野に入れる。

(在宅復帰後)

短期入所 月～金 の利用を月3回程度

家族「介護休養が図れ、在宅生活を継続できている。今の生活スタイルを続けていきたい。」

施設としても、繰り返しサービスを利用して頂く事で、本人の状態を細かいところまで把握する事ができ、受け入れ幅を広げる事が出来たケースとなった。また、家族の施設利用の目的を、繰り返し職員に説明した。

内容

● 在宅復帰率 50%を維持していくには

療養部門と在宅ケア部門の役割分担・連携強化

- ・ 在宅での充実した生活 / 諦めない在宅復帰支援(在宅復帰の可能性を探る)と家族ケアの実践
  - 必要に応じ在宅期間の設定
- ・ インテークワークの確立、在宅生活状況、資源の把握
- ・ プレの無い情報共有・伝達
- ・ 必要のところへ必要なサービスを届ける
- ・ 在宅支援として、ウエルケア新吉田再利用の担保 → 施設に戻れる事を約束

●今後の課題

- ・ 在宅復帰を進めていく上で、どうしても空床リスクが生じてしまう。
  - 支援相談員である以上、ベッド稼働率は常に意識しなければならない。
- ・ 入所者の入れ替わりが早くなる事で、顔なじみの入所者を長期間ケアする喜びを感じにくい。
  - リピーターは多い為、顔なじみの利用者との関わりとしては変わらないとも言える部分あり。
- ・ 常に新しい入所者に対応する必要がある為、業務が煩雑になってしまう可能性あり。
- ・ 現場スタッフが達成感を覚えにくいのが現実。在宅復帰施設としての誇りをどれだけスタッフに持ってもらえるか。

●終わりに

- ・ 三年前の時点では在宅復帰率 50%は想像出来なかったが、施設全体としての取り組みの中でなんとか達成できた部分が大きかった。
- ・ やはり、現場スタッフの協力あってこそ達成出来た事であり、今後も現場スタッフの協力無くして「在宅復帰強化型老健」であり続ける事は難しいと感じている。

●質疑応答

Q.ショートステイ専用のベッド数は？

A.当初 15 床→11 床に。しかし 11 床ではリピーターの受け入れに追われてしまい、新規受け入れに支障が出てきてしまった。その為、現在は元の 15 床に戻している。実際には入院ベッドの活用も行っている。

Q.退所する方(在宅復帰)が多いと思うが、入所待機は作れている？

A.判定会議を週頭にし、その週中に入所の案内が出来るようにする等の対策は講じているが、やはり待機期間は短く、約1ヶ月弱の待機期間となっている。待たせない、スムーズなご案内を心がけている。

Q.退所前訪問の記録はどのようにしている？

A.報告書様式を作成。訪問後、出来るだけ早い段階で都度作成し、スタッフ間で共有している。

Q.平均入所期間は？

A.在宅に戻られる方の平均入所期間は3～4ヶ月程度となっている。

Q.入所前訪問は取り組んでいる？

A.入所前の居場所が病院である方も多く、まだ取り組めていない。入所後、1週間以内での自宅訪問件数の取り組みを始めている。

<p>内容</p>	<p>Q.在宅復帰される方の、入所元としてはどこが多い？</p> <p>A.病院が約 6 割、在宅が約 4 割 となっている。</p> <p>5.事務連絡： 渡邊 副部長より</p> <p>(今後の活動予定について)</p> <p>7 月 ブロック会 ・所属ブロック以外他ブロック会への参加も可能。興味のある方は是非ご参加を。</p> <p>8 月 新人研修 ・講師 山梨県立大学 伊藤健次 氏</p> <p>10 月 フォローアップ研修 ・講師 川崎幸クリニック 稲富正治 氏</p> <p>(事業者情報について)</p> <p>現在、最終調整中。5 月中にホームページにアップ予定。</p> <p>公表の際には、閲覧に必要なパスワード(定期的に変更する予定)を賛同頂いた施設に連絡。</p> <p>以上</p>
-----------	---