

現場からのオピニオン ～介護現場はいま～

「在宅強化型」をめざして の取り組み



全老健長崎県支部長、老人保健施設サクラ理事長

土井庸正

在宅復帰支援委員会の立ち上げ

平成24年4月の介護保険の改定から、早くも2年以上が経過しました。私たちの施設でも、収入減を補うために在宅復帰・在宅療養支援機能加算を取り入れることにいたしました。1日あたりの単位数が約4倍に引き上げられたことは良かったのですが、耳慣れない「ベッドの回転率」という要件が加わりました。

まずは「在宅復帰支援委員会」を新設し、月に2回の会議を開催することから始めました。メ

ンバーは全部で8名（支援相談員、事務、居宅介護支援事業所、デイケア、短期入所生活介護、老健施設の看護、老健施設の介護の職員）です。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算 の取得まで

平成24年3月に初めて在宅復帰支援委員会の会議を開いたときは、在宅復帰率＝9.5%、平均在所日数＝465日、ベッド回転率＝6.5%、重度者割合＝75.3%でした。その後、半年をかけて平成24年8月には、在宅復帰率＝35.4%、平均在所日数＝331.5日、ベッド回転率＝9.2%、重度者割合

＝76.2%になり、平成24年9月から加算の算定を開始しました。以後は順調に経過して、時には在宅復帰率＝46%と、在宅復帰率30%以上を維持することは、容易になりました。

この時に心掛けたことは、①入所の時点から、本人・家族ともに在宅復帰をめざしてもらう、②施設全体の介護度は下げないよう、重度者割合を70%以上に保つ、③ベッド稼働率を全国平均の92.2%以上に保つ、④入退所の状況を、2か月先まで予定を立てる、⑤付随する在宅部門の機能をフルに活用することです。思いもよらない波及効果として、初期加算（30日に限り）と、短期集中リハビリテーション実施加算・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（3か月に限り）の算定が多くなり、収入増につながりました。

全職種の協力を得て 在宅強化型をめざす

在宅復帰・在宅療養支援機能加算が順調に推移し、時には在宅復帰率が40%を超える月もたびたびあったため、平成26年1月頃より、在宅強化型を視野に入れて、在宅復帰支援委員会での話し合いがなされるようになりました。

対策として、まずは入所者にかかわるスタッフの意識づけのため、全員が参加できるよう5回にわたって勉強会を開催。また、サービス担当者会議では、在宅復帰についての状況報告をするようにして、全職種の協力が得られるようにしました。

ベッド回転率10%以上を果たすためには、90床の場合、入退所の合計が18人を超えないとならず、新規利用者確保のため、医療機関への営業を強化したり、他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの連携強化を図りました。在宅復帰予定者が機能低下しないための配慮として、本人がしたい時にできるリハビリ（知恵の輪・ゴムボール・足こぎ等）を、日常的にできるよう配置しました。こうして、平成26年4月によりやく在宅強化型を算定するための要件を満たしました。

在宅強化型を算定したが

4月の最終日で在宅復帰率＝50.8%、ベッド回転率＝11.6%、重度者割合＝69.7%、平均在所日数＝262日でぎりぎり達成しました。最終日の夜の零時を過ぎるまで、病状が悪化して急な転院者が出ないよう、祈るような気持ちでした。1名転院者が出ると、もう1名在宅復帰者を出さない限り、達成できないのです。最終日の土壇場で達成できないことも起こり得ます。とはいえ、無事5月を迎え変更届出書を提出いたしました。

達成したものの、利用者が10名減の80名になってしまいました。ベッド稼働率88%です。大雑把な計算で、在宅強化型を算定しても、利用者10人減で約300万円の減、在宅強化型になったことで約100万円増ですが、計で200万円の収入減です。ベッドの回転率を上げると、ベッド稼働率はどうしても下がります。また、ベッドの回転が速いと、カルテの整備やベッドの入れ替え、食事の変更等職員は大変忙しくなります。それに見合う報酬がなければ、在宅強化型の浸透はなかなか難しいと感じました。

さて、平成26年度の診療報酬改定では、療養病棟においても、在宅復帰機能の評価ということで、同様の加算が新設されました。老健施設で実験し、診療報酬改定に盛り込んだということです。これには「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者とあり、在宅強化型の老健施設や在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定しているところは、これに含まれます。つまり、当然この加算を算定しようとする病院は上記加算を算定している老健施設を選ぶということです。強力な在宅への誘導が始まりました。次の改定で主張すべきは、療養病棟の在宅復帰機能強化加算と同様に、加算の計算式の分母から「病状の急性増悪等により、他の医療機関での治療が必要になり転院した患者」を除いてもらうか、またはベッド回転率の基準を下げるかのどちらかだろうと思います。

現場からのオピニオン ～介護現場はいま～

豊かな地域包括ケア実現のために 幅広く活躍する老健施設の見据える課題



全老健埼玉県支部代議員、介護老人保健施設なでしこ理事長

荒船丈一

老健施設が 入院施設と特養の受け皿に

現在、医院、老健施設の他に特別養護老人ホームと地域密着型特別養護老人ホームなどを運営しておりますが、医院における平均在院日数の短縮化が促進されています。

つまり、平均在院日数は急性期病院の治療能力を反映している可能性があるとし、平均在院日数が短いほど治療能力が高い、ということですが、本当にそうなのでしょうか。

平均在院日数を短くするのは、簡単にできる

ことではありません。入院～治療～回復～退院までの一連のプロセスで考えると、正確な診断と適切な治療方法を選択する能力、できるだけ患者の身体に負担をかけずに手術や治療を行う能力、合併症や医療ミスを防止する教育訓練、患者の回復を助けるリハビリ支援、適切な在宅支援や後方受入施設などとなります。どこかのプロセスに問題があると患者は予定どおりに退院することができず、その積み重ねが病院の平均在院日数を引き上げてしまいます。

加えて、疾患の構成割合や患者の重篤度によって平均在院日数は影響を受けます。当然予定

どおりに退院となるのは相当な苦勞です。

平均在院日数が短縮されれば、リハビリ支援、適切な在宅支援や後方受入施設などの役割を老健施設が引き受けることとなるのは論をまたないところです。入院から老健施設への流れは、今後さらに促進されることでしょう。

一方で特養に関しては入所待ちが多く、介護が必要になったらすぐ利用できるというわけではなく、施設を選べるという状況にはありません。

要介護度が低いうちは老健施設あるいは小規模多機能型居宅介護、デイサービスやショートステイを利用しながら在宅で介護する、といったことを考える必要があります。医療行為が必要となる要介護者に関しては、老健施設が介護度にかかわらず要介護1～5まで引き受けざるを得ないのは容易に想像できます。

地域包括ケアにとって重要な入院医療・退院支援・在宅医療・介護施設の療養支援・急変時の対応・看取り等さまざまな局面で多職種の連携が必要となります。さらに平均在院日数の短縮や特養施設での受け入れが重度の介護度のみとなれば、老健施設への医療と介護の要求度はおのずと高くなるでしょう。

課題と要望

今後ますます超高齢化社会に向けて老健施設が担うべき課題が次々と山積みされていくでしょう。そんななか、マッチングした介護報酬が設定されていないのが現状のようです。

まず①介護職員の処遇改善のためのさらなる介護報酬の適正な設定について、たゆまぬ検討を続けていきたいと考えております。

②「R4システム」や「ICF」の活用を老健施設で標準化し、誰もが在宅支援・在宅復帰に使用できるように研修事業を拡充したいです。

③補足給付を実勢に基づく金額へ拡充できるよう、検討と交渉ができればと思います。

補足給付対象者の食費、居住費のサービス費

は、各施設で実際に必要な経費より低く設定されております。その差額は各施設からの持ち出しになっております（平成24年埼老健協会調査）。居住費においては、電気料や燃料費の高騰が危惧されているにもかかわらず、「光熱費等施設滞在費用が居住費である」とされているのに、補足給付基準額には反映されていません。

ぜひとも実勢に基づく補足給付額の拡充を実現したいと考えております（施設内補足給付対象者は平均45%以上）。

④消費税に関して、医療・介護施設では患者・利用者からは徴収できません。医薬品卸しには消費税を支払っているため支払損が生じています。仕入れ時に支払った消費税が還付になれば、支払損になりませんが現行税法ではそれはできません。

今後、消費税がさらに上がりますが、医薬品卸しに支払う消費税が増え、医療・介護機関の負担はさらに増加することにもなります。消費税の増税問題は、早急に解決策を見つけるべきと考えます。

⑤医療提供については、原則介護保険と医療保険の同時使用は一部を除いてできません。老健施設には医師が配置され、利用者の日常的な医療や緊急時などの不測の事態に対応した医療が行われております。

前回の介護報酬改定で所定疾患に対しては施設療養費が認定されましたが、まだ大部分の医療費が包括医療のために医療提供の不公平・やりづらさを感じております。

一方、入所者は指導料、管理料などで包括給付され、医療保険で算定不可のために医療行為が制限される可能性があります。

今後、医療の在院日数の短縮化に伴い、入院から老健施設への流れが促進され、結果として老健施設利用者の医療ニーズが高まり、病状が不安定な利用者が多くなるのはまちがいありません。

老健施設の医療行為に、医療保険の適用を今後求めたいと思います。