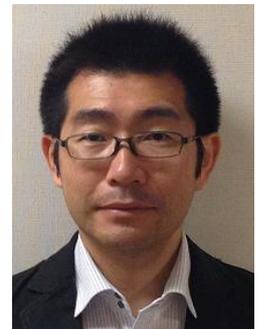


ぱぶりけーしょん

事務局 (一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会
札幌市中央区南4条西10丁目
北海道歯病センター内
<http://www.hmsw.info/>

平成 26 年度診療報酬改定が行われました。
超少子高齢化社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制・地域包括ケアシステムの構築のため、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実を軸とした内容となりました。今回は「急性期」「回復期」「在宅医療」の医療ソーシャルワーカーの「これからのビジョンと役割」についてお伝え致します。

“「急性期における 医療ソーシャルワーカーの役割」”



製鉄記念室蘭病院
山下 勇人

平成 26 年度の診療報酬改正において在宅復帰と高度急性期病床・一般急性期病床(以下、急性期)における平均在院日数短縮化が打ち出されました。併せて「7 対 1 入院基本料等の見直し」により、急性期病棟の早期介入での退院支援が必要となることは必然の流れと感じております。そこで急性期病院に所属する医療ソーシャルワーカーの役割から、特に早期退院に関する対応並びに在宅復帰に関係する介護支援専門員との連携の実際についてご報告致します。なお本稿は胆振管内急性期病院に所属する医療ソーシャルワーカーの情報を基に内容を構成しております。内容に地域特性がありますので予めご了承ください。

はじめに急性期医療における医療ソーシャルワ

ーカーの業務内容の中で高い割合を占めているのは退院支援です。退院後の療養先としては自宅退院よりも転院もしくは施設入所調整が多いことが特徴的です。医療ソーシャルワーカーの関与する在宅復帰率(自宅にのみ退院された割合として算出)は、昨年度実績で約 20%でした。胆振管内急性期医療機関の在宅復帰率はいずれも 70~80%ですので、医療ソーシャルワーカーが関与する在宅退院支援件数はその中でもごく少ない割合です。急性期病院における退院支援の特徴として、直接自宅に戻れない患者様に対しリハビリ目的での転院や医療依存度の高い状態であるがための長期療養、社会的事情等も含んだ施設入所等を進める患者様の割合が多いことが伺えるかと思

ます。

退院支援に際し、所属機関から求められることは平均在院日数短縮にむけた早期介入を進めることでの早期退院です。急性期状態から回復した時点で次の療養へ移行(退院)する流れを患者様同意の基、入院初期の段階で進めてゆくことが求められております。早期介入に関連する制度としては医科診療報酬制度(以下、診療報酬)における『退院調整加算』があります。平成 24 年度診療報酬改定から算定要件に『退院困難な要因を有している患者を抽出すること』が加わり、いわゆるスクリーニング(以下、Sc)シートを整備する病院も制度改正後より増えました。胆振管内ではすべての急性期病院で整備されております。算定までの流れとしては、医療ソーシャルワーカー介入の該当可否を病棟看護師がScシートを作成し判断。該当した患者様情報を医療ソーシャルワーカーへ報告。医療ソーシャルワーカーは患者の退院支援について入院後 7 日以内に該当可否を判断し計画書作成を着手します。Sc項目は診療報酬上定められた抽出項目があるものの、各病院の特徴により退院困難と判断する抽出項目を変えて実施しております。算定件数は病院内部の取り組み有無により一ヶ月平均数件～50 件前後とばらつきがある状況です。

次に自宅退院に関連する介護支援専門員との連携について算定できる『介護支援連携指導料』についてご説明します。算定基準は介護支援専門員が来院し情報交換や医療機関から在宅復帰にむけた指導を受けることが算定要件です。算定件数は一ヶ月平均 1～10 件未満と少ない実態にあります。介護

支援専門員との連携は日常的にあるのですが、前述のように在宅退院者が少ないことや、電話・FAX 等での情報交換で終了してしまうこともあります。実際は来院している介護支援専門員もいるのですが、病院スタッフに声をかけずに帰ってしまう場合も少なくないと感じます。声をかけられない背景としては、病院に対し連携しづらいイメージを抱くとの話を耳にすることは少なくはなく、円滑な連携体制構築にむけては医療機関、介護支援専門員双方にむけた対応策が必要と感じます。

実際に上記加算算定件数の多い病院ほど院内における医療ソーシャルワーカーと多職種(主に看護職)とで共通認識を高める取り組み(学習会等)や、介護支援専門員に対し医療ソーシャルワーカーから積極的にアプローチを仕掛ける等の取り組みを行っている傾向にあります。院内外の関係職種間による円滑なコミュニケーションがとれる体制整備を構築することにより、早期に連携が図られ患者様の意向に沿う退院支援に繋がるとともに、結果的に算定件数の増加に繋がるとは思われません。

急性期においては医療ソーシャルワーカーの効果的な活用と連携により在院日数短縮にむけた患者様との関わりがより改善されると思います。在宅復帰についても、件数こそ少ないですが患者様の意向に沿う効果的な活躍が期待できます。今後のより良い連携体制構築が急務かと感じております。

“「回復期リハビリにおける 医療ソーシャルワーカーの役割」”



札幌西円山病院
中山 礼奈

回復期リハビリテーション病棟が平成 12 年に誕生してから、約 10 年で著しく病床は拡大し、全国

で 63,816 床(平成 24.3.31 現在)と今もなお増加傾向にあります。しかし社会保障制度改革を実現す

る観点からも、平成 22 年以降は質を評価する仕組みが次第に求められ、診療報酬の改定の度に入院基本料、加算関連の項目が見直されてきました。具体的には、休日加算による 365 日体制のリハ実施や、リハ充実加算による一定以上の単位数実施、重症患者回復病棟加算の包括算定などがあげられ、「質を高める為に必要なお金は出すが、必要ないものは削減、やれて当たり前のことは包括される」という動きです。

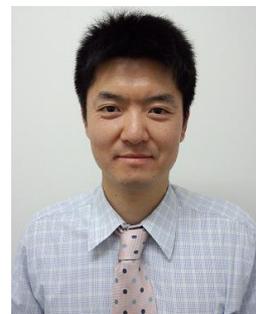
このような経過を経て、平成 24 年度の診療報酬改定で回復期リハ病棟は、患者さんの早期の機能回復、早期退院を一層推進する観点から、算定要件が厳格化されました。ご存知の通り、入院基本料 1 においては、①休日を含め週 7 日リハビリの提供できる体制(休日リハ提供体制加算)については、包括算定 ②重症度・看護必要度の項目等の見直しにより、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」と名称変更し、A 項目の得点が 1 点以上の割合が 1 割以上であること。③体制強化加算が新設され、専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合に評価する(1 日につき 200 点)④回復期リハ病棟入院料を算定する患者について、リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算(入院中 1 回 150 点)が新設されました。

もう少し具体的にみていきますと、A 項目は安易に算定しやすい血圧測定や時間尿測定等は削除されました。形式的に行えば算定できる項目はいずれ無くなるのは自明の理で「真の意味で重症度が高く介助量が必要な患者さんを受け入れ」なければなりません。今回の改訂では見直しされませんが、回復期の本来の役割と照らし合わせると、機能改善(B 項目改善)割合も今後新たにハードルが上がるのが予測されます。また、算定された加算項目について考えますと「より良い支援による質向上と、今まで以上の在宅復帰の促進が必要」と、いやおうなしに言われていることに気づかされます。一定の経験を積んだ社会福祉士の専従配置は、我々の役割がクローズアップされ喜ばしい反面、適切な支援と意味のある外部との連携により、結果として退院促進が求められています。さらに、回復期リハ病棟への入院前後 7 日以内の自宅等の訪問においては、多職種も含めた早期アセスメントとプラン策定をすることで退院先が明確化し、早期機能回復と、在宅復帰ができること等を目指す必要があると考えられます。

このような背景の中、今まで以上の急性期病院との連携促進は必須であり、まずはスムーズな入院受け入れができる体制を院内でつくらなければなりません(マンパワーの確保、データ管理 etc. …)。それは、今回の改訂で急性期病院の 7:1 病床を削減する動きから、自宅等退院割合が 75%以上必要なことから言えるでしょう。今後も多くの回復期リハ病棟は診療報酬の高い入院基本料 1 の取得を目指すと考えられ、9 月末までは経過措置がありますが、まずは回復期リハ病棟の受け入れ基準や、加算の意味合いなどを、急性期医療機関へ適切に周知する必要があります。また退院先を見越しての、在宅支援チームや地域との連携も早期から必要となることが考えられ、理解の促進が必要です。更に、重症度の高い患者さんの受け入れにより自宅退院が困難で、居住系施設を検討する機会も増える中、地域に利用者の安心できるサービス提供が可能な社会資源がどのくらいあるか、常に新しい情報の更新が必要だと考えます。

今後も第 6 次医療法改正に向けて、医療機関の病床機能・役割がさらに明確化されますが、結果的に、所属する病院の病床機能の在り方ばかりにとらわれずに、近隣地域の医療機関もどのように変化しているのか(せざるを得ないか)も含め、小まめな情報交換を行い、新たな連携方法が見いだせないかを互いに考えなければ、質の高いサービスを地域に還元することはできないのではないのでしょうか? 広報を目的とした訪問の機会を作るなど、工夫をしていきたいものです。病院で完結する時代はもう終わり、地域で完結する方策に転換が迫られています。

“「在宅医療における 医療ソーシャルワーカーの役割」”



手稲家庭医療クリニック
河原 広明

平成 26 年診療報酬改定では「医療機関の機能分化・強化と連携」、「在宅医療の充実」などを重点課題とし改定されました。「在宅医療の充実」では、24 時間往診体制を確保する在宅療養支援診療所（病院）の中で常勤医数、往診・看取り数が一定以上を満たす機能強化型在宅療養支援診療所（病院）の評価基準が高くなりました。その中で緊急往診や在宅看取り数が機能強化型の要件を満たしていながらも、常勤医師数（3 人）の要件を満たしていなかった在宅療養支援診療所（病院）に対しても評価するよう見直されました。また、外来では 24 時間対応の薬局と連携した場合などにおいて新たな評価が設けられ、在宅療養している患者に対し 24 時間体制で医療を確保する仕組みが促進した結果になりました。一方で、高齢者住宅などの同一建物居住者に対する診療報酬が大幅に引き下げられました。訪問診療を行う医師へ高齢者住宅に入居する患者を紹介することで、その仲介料として紹介者が診療報酬の一部を受け取る事例や入居者数十名を診療時間一人分程度で1ヶ月に複数回診療している過剰診療の事例などが報告されました。このような事例は、診療の独占化、あるいは患者のフリーアクセスを制限することに繋がります。しかしながら、この大幅な診療報酬の引き下げにより、高齢者住宅などに訪問診療を行う医師のなり手がなくなることを誘因し、施設における医療担保が損なわれるといった懸念も出ています。

診療所の場合、「急性期医療のような治療設備がない」「療養できる入院ベッドがない」など病院以上に機能・人員が備わっていないために、より地域機関との連携が鍵となります。道内の診療所の内、

約 8 割が無床で、有床であっても規定病床数は最大 19 床ですので、在宅療養者に対して必要時に必ずしも十分な支援が行えない状況にあります。また、在宅医療提供の場は文字通り自宅などの「在宅」であり、病室と違い 24 時間医師、看護師がいる状況とは異なります。患者家族の緊急時に対する不安を軽減するために、医師や訪問看護師、ケアマネジャー、そして、いざというときには入院・入所を引き受けてくれる後方支援先との連携が重要となってきます。

近年、「地域包括ケア」、「医療と介護の連携」といった言葉をまるでキーワードのように見聞きします。そうした背景から、現在の医療ソーシャルワーカーの役割は、所属機関での業務のみならず、地域機関等と連携を図り地域の医療・介護・福祉の課題解決をしていくための協働が求められています。その中でも在宅医療に関わる医療ソーシャルワーカーは、患者家族の 24 時間の在宅生活を支援するために病院、ケアマネジャー、訪問看護師などの医療介護従事者、そして地域包括支援センターや行政機関といった所属機関以外の人たちとの連携が必要になってきます。そのためには、意識的に外に目を向け地域での研修会や地域ケア会議などへの参加、あるいはその企画運営側として参画していくことも重要な役割といえます。また、現在のところまだ、地域の機関・住民のいずれにおいても在宅医療に対する認識が十分ではないと感じています。今後は協会の活動において、研修などで在宅医療の認識を深められる機会が一層求められるのではないのでしょうか。