

## 11 「老健における在宅復帰支援と在宅生活支援」

介護老人保健施設 いこいの森 東憲太郎

### 1 老健の理念と役割

介護保険の施設サービスには①介護療養型医療施設、②介護老人保健施設、③介護老人福祉施設の3つの種類があることは衆知の事実である。そして今のところ、①介護療養型医療施設は廃止される予定である。そうすると、②介護老人保健施設（以下「老健」）と③介護老人福祉施設（以下「特養」）の2つの種類になる訳であるが、国民の皆様（利用される方々）には、老健と特養の違いが充分には理解されていないような気がしている。そればかりか、議員の方、行政の方、マスコミ関係者ですら、明瞭にこの違いが解っている方はそれほど多くないと思われる。「老健と云って結局はやっていることは特養と同じでしょ。」とか、「老健は第2特養化している。」とか、誤解の下に様々な言葉で揶揄されている。では老健と特養はどこが違うのであろうか？一言でいうと特養は「住むところ」であり、老健は「よくする施設」なのである（図①）。図②に全国老人保健施設協会から出されている「老健の理念」と「老健の役割」を示したが、老健は在宅復帰施設であるとともに在宅生活支援施設であることが謳われている。結果的に終生利用の方が老健に入所されているとしても、終のすみ家としての役割は謳われておらず、終のすみ家である特養との決定的な違いはここにある。

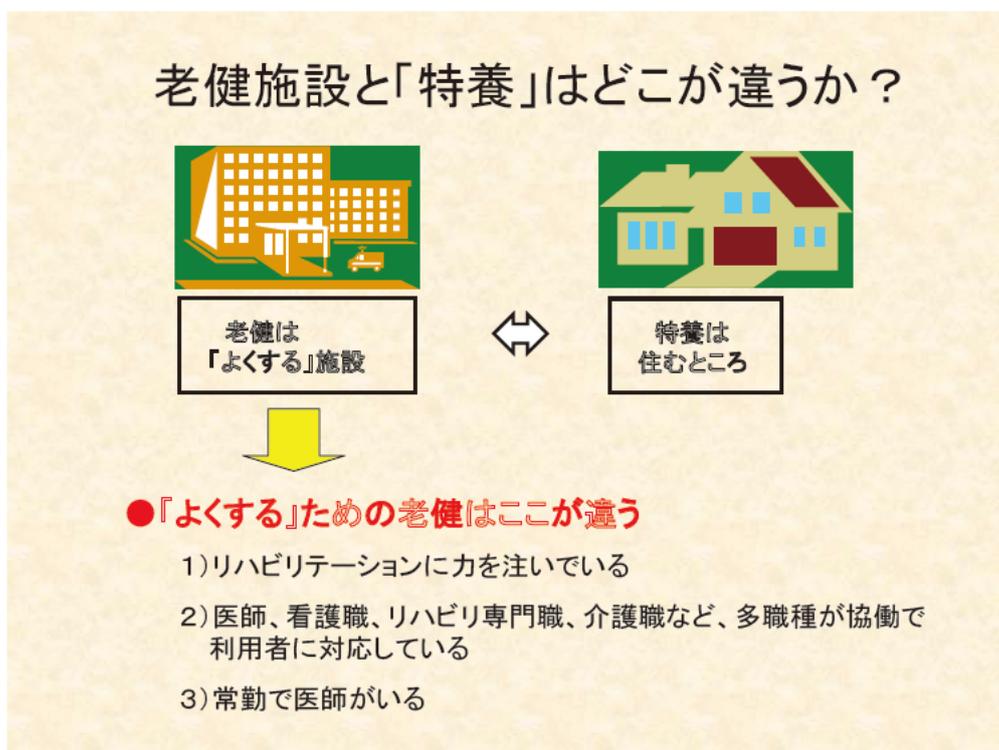


図 1

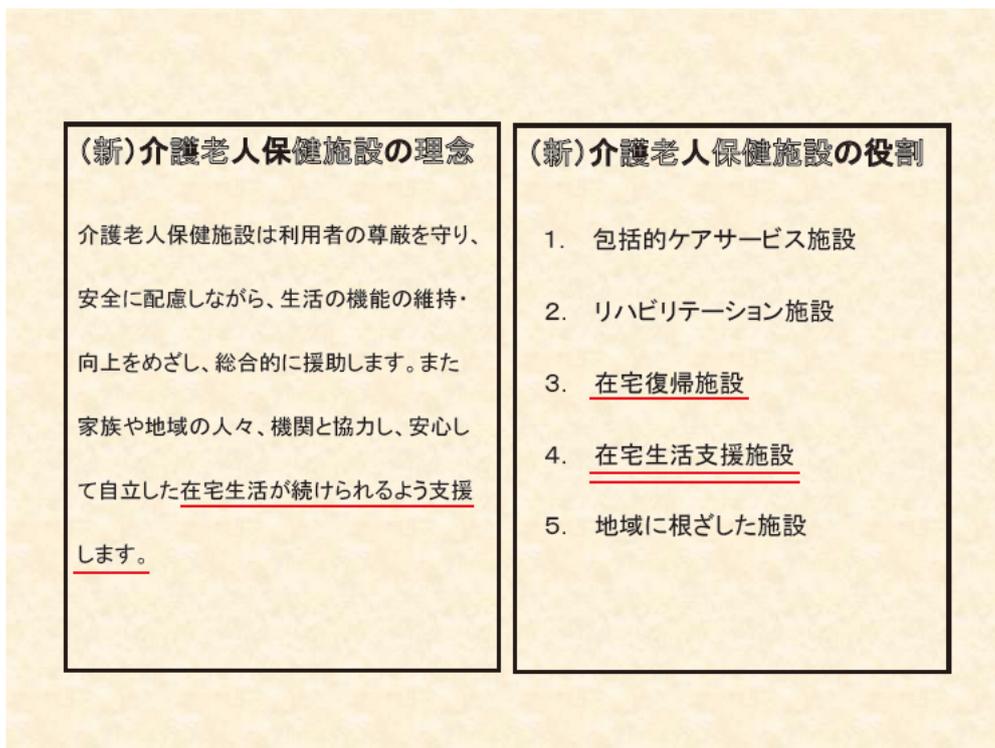


図2

## 2 在宅復帰について

私達の身のまわりには常に病気が発生している。脳卒中や骨折等々の疾患で昼夜をわかつたず急性期病院へ運ばれているのである。そして不幸にして要介護状態となり、入院して2～3週間で退院を勧告される例も少なくない。もちろん回復期リハ病院に紹介され、運よく受け入れてもらえればよいが、全ての方が受け入れてもらえる訳ではないし、回復期リハ病院で2～3ヶ月リハビリを受けたとしても、要介護状態を脱して元の状態になれるとは限らない。いずれにしても、家族としては突然在宅での介護を求められることになるのである。こんな時こそ頼りになるべき存在が老健に他ならない。図③や図⑤の事例-1に示すように、急性期治療や急性期リハビリが終了した要介護者を受け入れ、短期集中リハビリ（身体）や認知症短期集中リハビリ等を提供しながら家族に介護指導を行い、在宅復帰した後の在宅介護支援のプログラムをケアマネージャー等と充分に打ち合わせた後、本人も家族も安心して在宅復帰していただく。要介護者の急性期病院から在宅への退院が緊急着陸とすると、老健を経由した流れは、安心の軟着陸といえよう。ちなみにこのような老健の機能に対しては「在宅復帰支援機能加算」として、介護報酬上の評価がなされている。

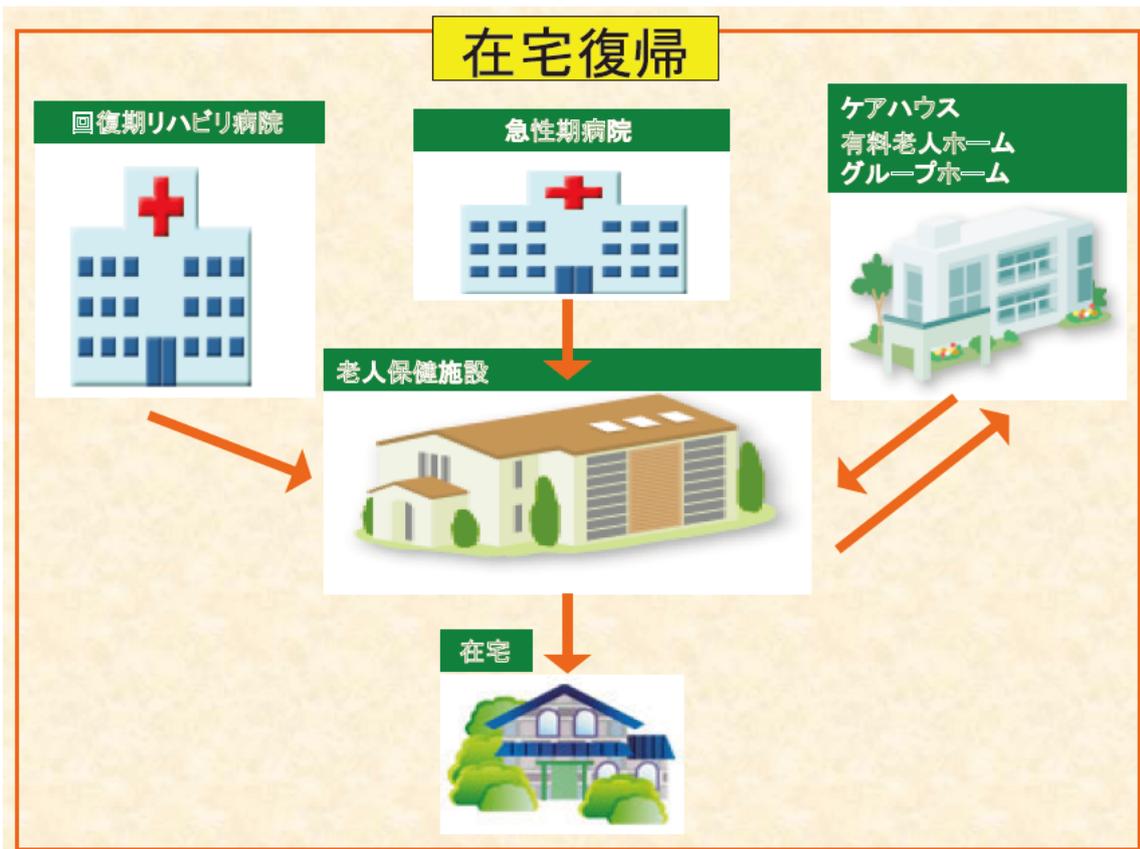


図 3

介護老人保健施設の役割と機能

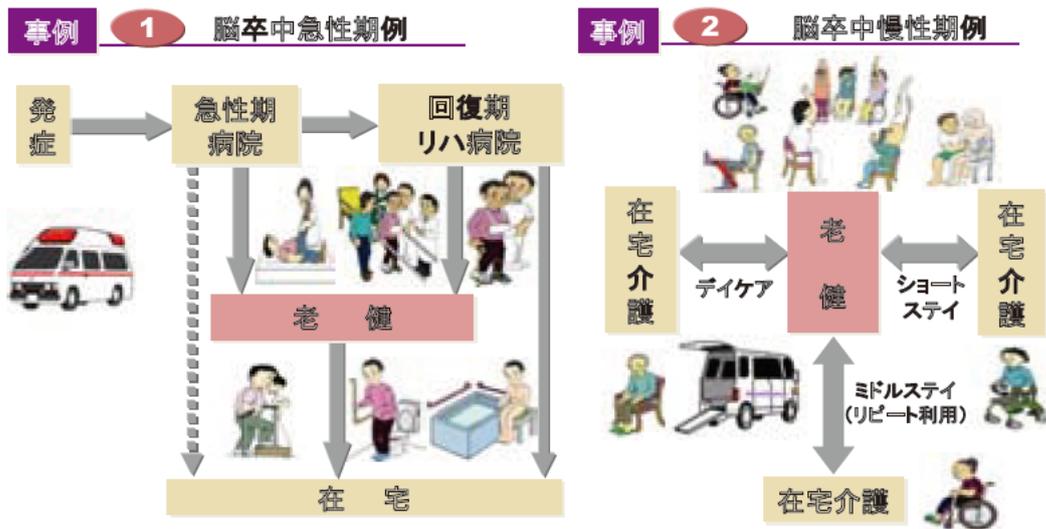


図 5

### 3 在宅生活支援について

老健に期待されている在宅生活支援機能には様々な形態がある。図④及び図⑤の事例-2にそれを表わしてみた。ショートステイは特養でも行っているし、デイケアはデイサービスのようなものと言われるかもしれないが、大きな違いは共にリハビリ機能が付いていることである。老健のショートステイとデイケアは、身体や認知症の機能を維持もしくは改善しながら在宅生活の継続に貢献していると言える。実際いこいの森におけるデイケア利用者のデータ（図⑦）を見てみるとそれが理解できる。加えて老健には、訪問リハビリとミドルステイリピート利用という機能もある。特にここではミドルステイについて詳しく述べてみる。

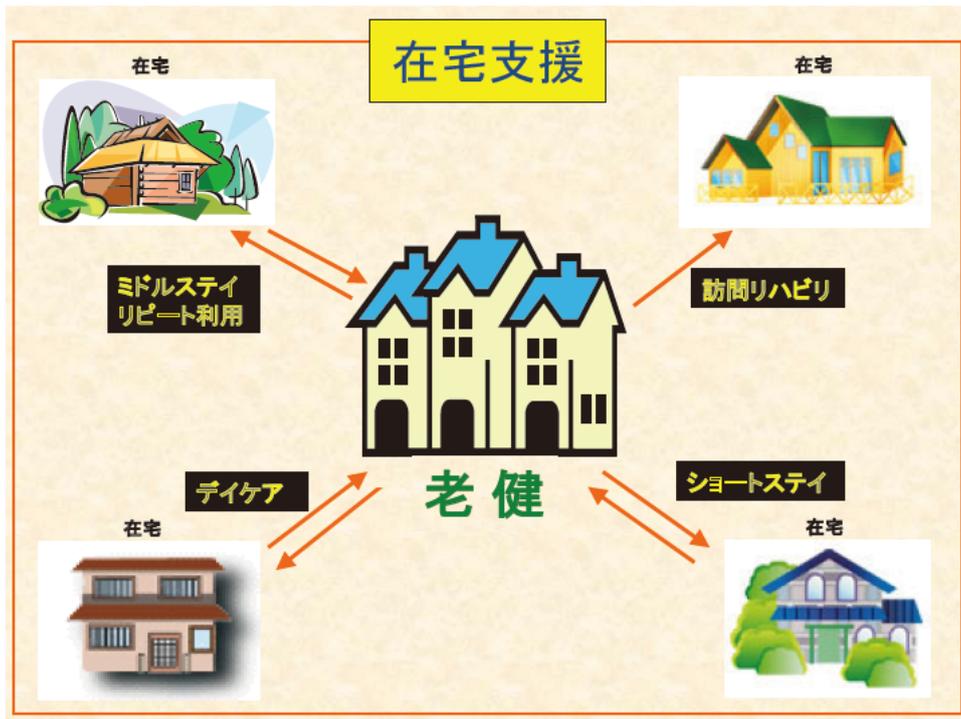


図4

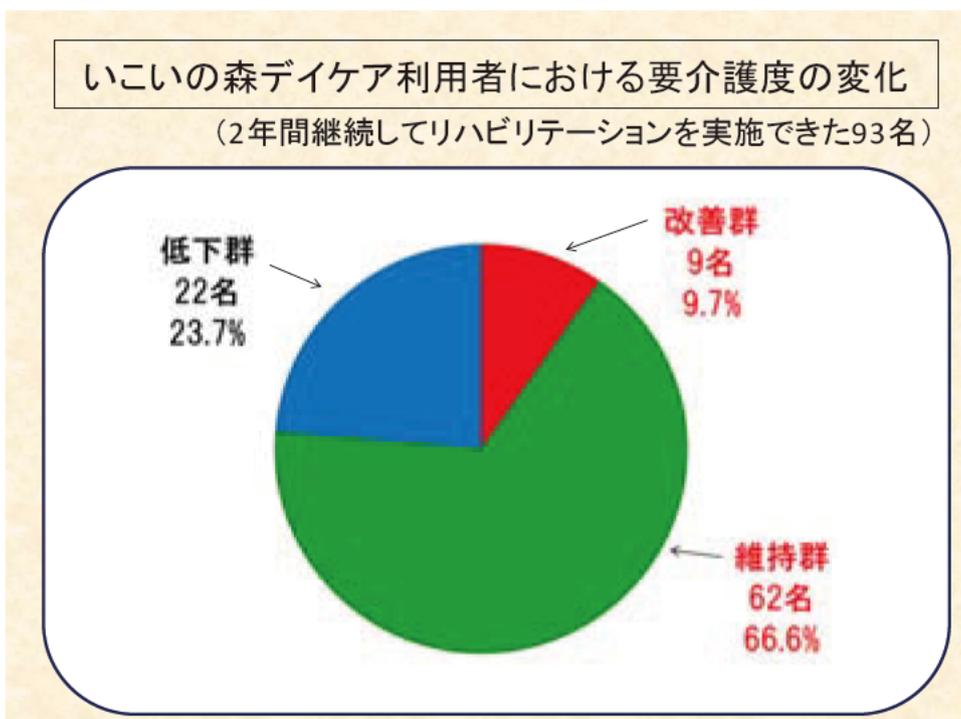


図7

ミドルステイの期間は1ヶ月のこともあれば12ヶ月ということもありえる。要は利用者のニーズに応じてその期間が決まるのである。図⑥の事例-3は、緊急入所の例である。認知症の夫を介護していた妻（老老介護）が病気になり、例えば2ヶ月間の入院・療養が必要となった時、この夫を老健が緊急入所として受け入れ、同時に認知症短期集中リハビリを提供、2ヶ月後妻が軽快した時に、認知症を悪化させることなく（むしろ認知症の改善も期待できる）夫を在宅へ復帰させることが可能となる。このような機能は老健だけが提供可能であり、実際在宅介護をされている方々にとっては、どんなにか心強い機能であろうか。期間を問わない緊急入所が可能となれば、安心して在宅介護を続けられるということにもなる。さらに図⑥の事例-4では在宅介護を受けている間にADLや認知症が悪化してきた場合の事例が示してある。このような時、1~3ヶ月間の集中的な（認知症リハを含めた）リハビリテーションを老健が提供することにより、在宅介護の継続に寄与できるのである。ちなみに事例-3及び事例-4は「在宅生活支援」のモデルとして紹介したが、実はこれらは立派な「在宅復帰」のモデルでもある。つまり、「在宅復帰」と「在宅生活支援」とは、老健という車の両輪みたいなものと考えられる。

ミドルステイとともにリポート入所という言葉が出てきたが、これは3ヶ月程度のインターバルで在宅と施設入所をくり返すという手法である。もちろんこの3ヶ月という期間も利用者や家族のニーズの違いにより、2ヶ月になったり6ヶ月になったりする。いずれにせよ「ずっと家に居たい。」という利用者の希望と、「ずっと施設に預けたい。」という家族のニーズのバランスをとるための方法である。1ヶ月の間に、昼間預かる通所サービスや数日預かるショートステイを組み合わせることで介護負担の軽減を図ると同様、1年の間に何か月かお預りしてリハビリも提供し、在宅介護の負担を軽減すると表現すれば理解しやすいかもしれない。図⑥には前述した「在宅復帰」「在宅生活支援」という2つの老健の機能とリハビリの関係が示されている。この図を見れば、老健の持つリハビリ機能がいかに多彩であるか、在宅復帰と在宅支援が車の両輪であるか、そして老健こそが「地域ケアの中核拠点」であるかが理解できる。

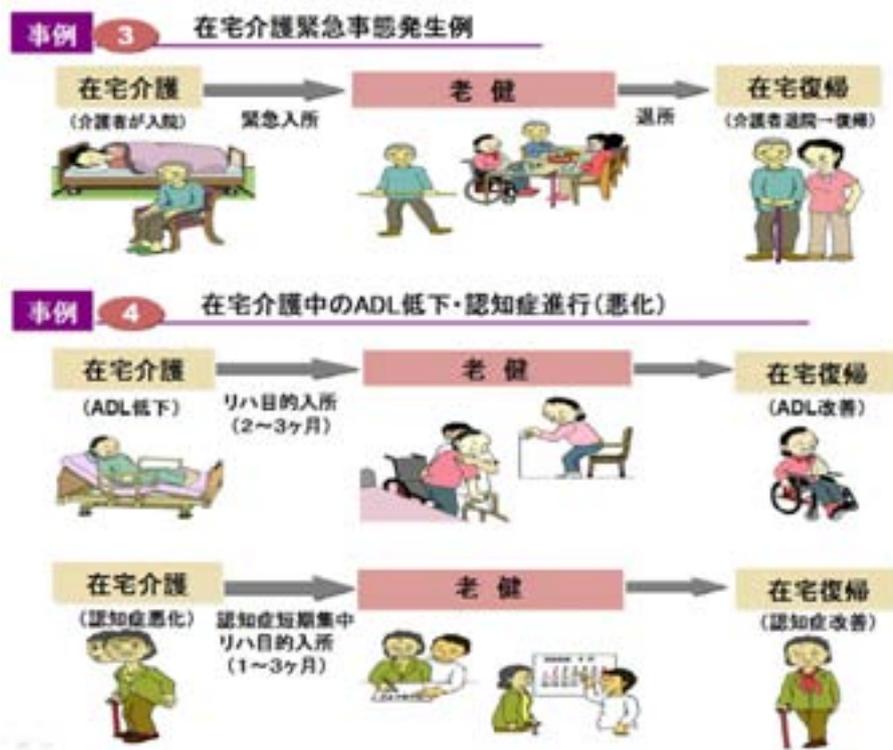


図 6

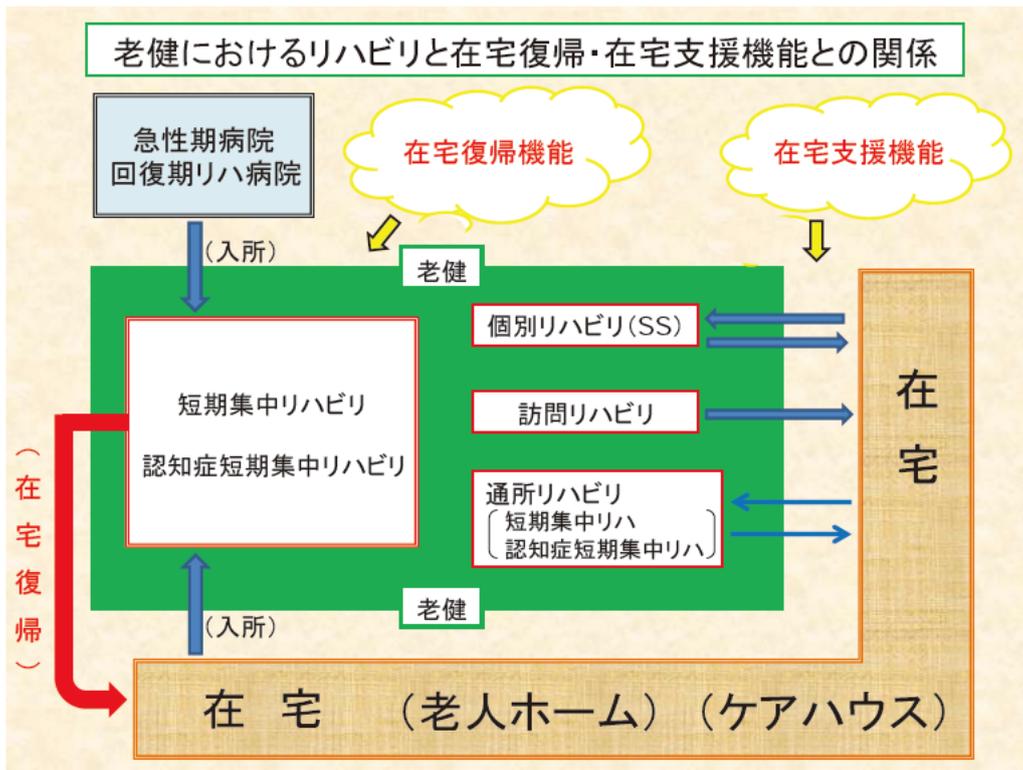


図8

#### 4 地域ケアの中核拠点となる為の課題

利用者及び御家族のニーズは様々である。

例えば、

本人：「施設には行きたくない。住み慣れた自宅にずっと居たい。」

家族：「介護は無理です。死ぬまで施設に預けたい。」

家族：「できるだけ家で介護をしたい。でも私も年なので、できれば年間何か月かは預かってほしい。」

本人：「できるだけ在宅生活を続けたいので継続的にリハビリをしてほしい。」

家族：「老老介護なので介護者である私が倒れた時のことを考えるとたいへん心配です。いざという時に面倒をみてくれる所があれば……。」

等々である。そして特養入所を希望される方のニーズは②の終生入所だけと思われる。ただ、老健がこの終生入所のニーズのみを受け入れてしまうと、結果的に特養となら変わらないということになってしまう(図⑨)。図⑨の#1のように、長期入所の方もみえるが在宅支援の為のベッドも確保できていることが老健のあるべき姿である。しかしここには大きな落とし穴がある。それは、在宅支援の為のベッドを確保するという事は常に空床を持つということに他ならない点である。終生入所以外の多様なニーズを受け入れることになると、次から次へと急性期病院からの入所、在宅からの入所、ショートステイの利用者等々が発生する訳であるから、常にベッドが回転していなければならないということになる。つまり、#2の運営ならば空床は殆ど無いが(ベッド稼働率100%)、100のベッドを利用できるのは100人に限られる。しかし、#1の運営にすると、常に空床を持ちベッド稼働率は低下するが、100のベッドを120人、130人、あるいはそれ以上の方が利用できるようになる。

一方常に空床を持つということは経営的にはたいへんつらいことである。仮に常に5床の空床があるとすると(ベッド稼働率95%)、年間200万円近い損失が生ずる計算にな

る。又、利用される方が多ければ多いほど、入退所者が増えれば増えるほど現場の負担も増加する。支援相談員やケアマネージャー、看護師、介護職の仕事量は当然増え、それを補う為に増員が必要となり人件費も増えるのである。「老健は第2特養化している。」と批判される方々にこの実態を理解していただきたいものである。前段にて「在宅復帰」の機能に対しては（わずかではあるが）介護報酬上の評価がなされていると書いたが、実は両輪であるべき「在宅介護支援」の機能に対する報酬上の評価は無いのである。在宅介護支援機能の正当な評価こそが、今後の最大の課題と思われる。この課題がクリアされれば数多くの老健が地域ケアの中核拠点として大きな役割を担っていくことになるであろう。

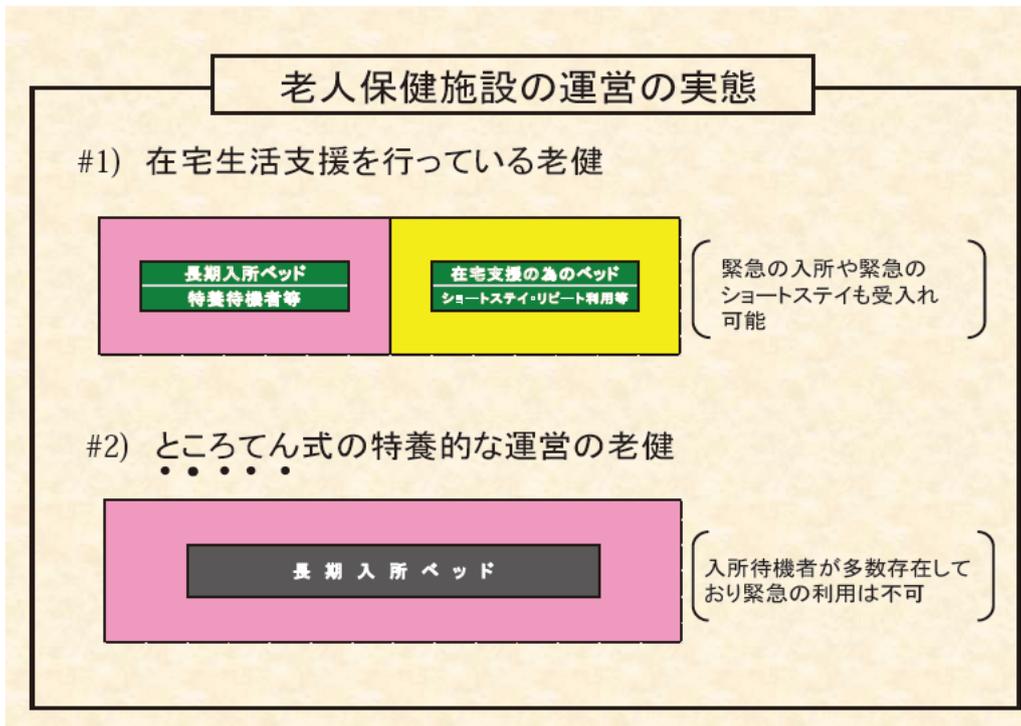


図9

## 5 いこいの森の実績

当施設は平成9年に開設され現在まで約12年が経過している。そこで直近の4～6年間のデータを表①～⑤に示してみた。表①は1ヶ月あたりのショートステイの利用延べ人数を表したものであるが、本年度は1ヶ月あたり約100名弱の方がショートステイを利用されている。表②は1ヶ月あたりの入退所者総数を示したものである。図⑧の#2)のような、ショートステイの利用もない終生利用の方ばかりの老健であれば、1ヶ月あたりの入退所者はおそらく10人以下であろう。対して当施設の場合本年度は約180人である。1日あたり常に6人程度の入退所者が存在することとなり、現場の仕事量を比較するとその差は歴然である。表③は視点を変えて100ベッドあたりの月間利用者延べ人数を見たものである。前述したように、100のベッドを終生利用の方ばかりで埋めてしまえば100人の人しか利用できない。しかし、在宅復帰・在宅支援型の運営を行えば、本年度の場合で100ベッドを約183人もの方が利用できていることになる。社会資源の効果的な利用という観点からしても、どちらが社会に貢献しているかは明らかであろう。表④～⑥には当施設の在宅復帰率、月間訪問リハビリ提供件数、年間看取り件数を示してあるが、いずれも年を追うごとに増加していることがわかる（私は、老健における看取りも在宅生活支援の一環だと考えている）。老健に期待されている在宅復帰・在宅生活支援のニーズは年々高まってきていると思われる。



表 1

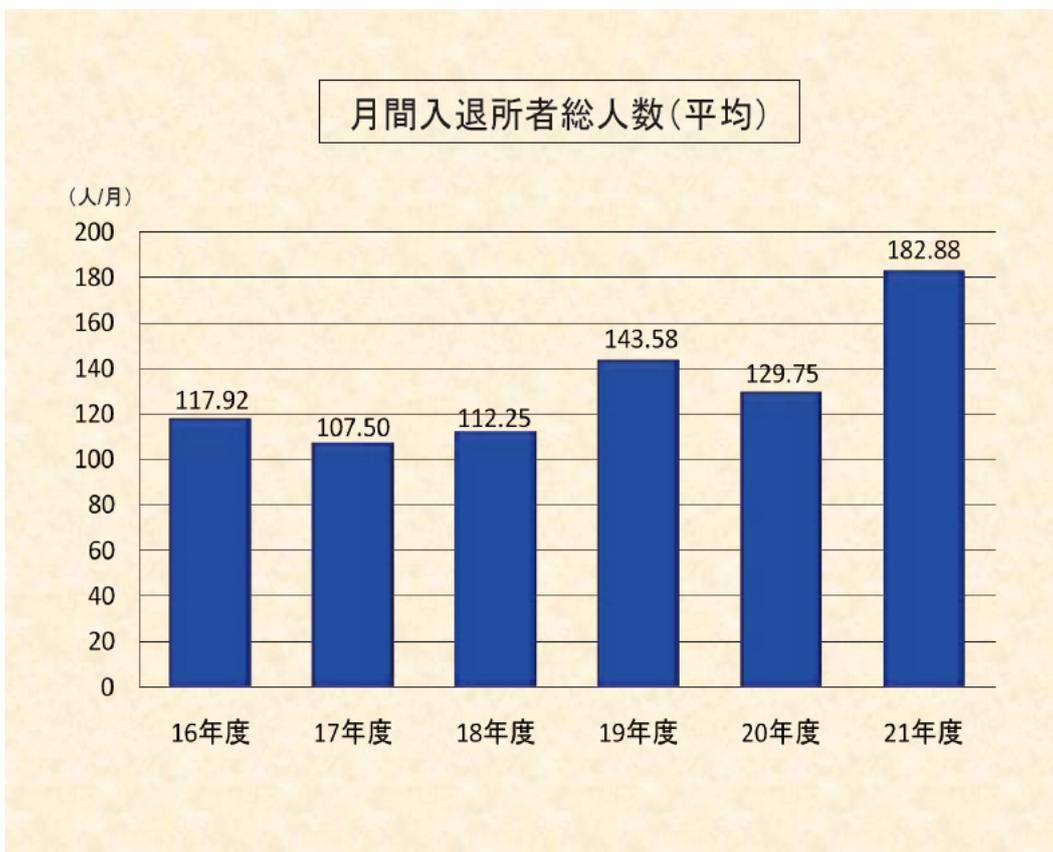


表 2

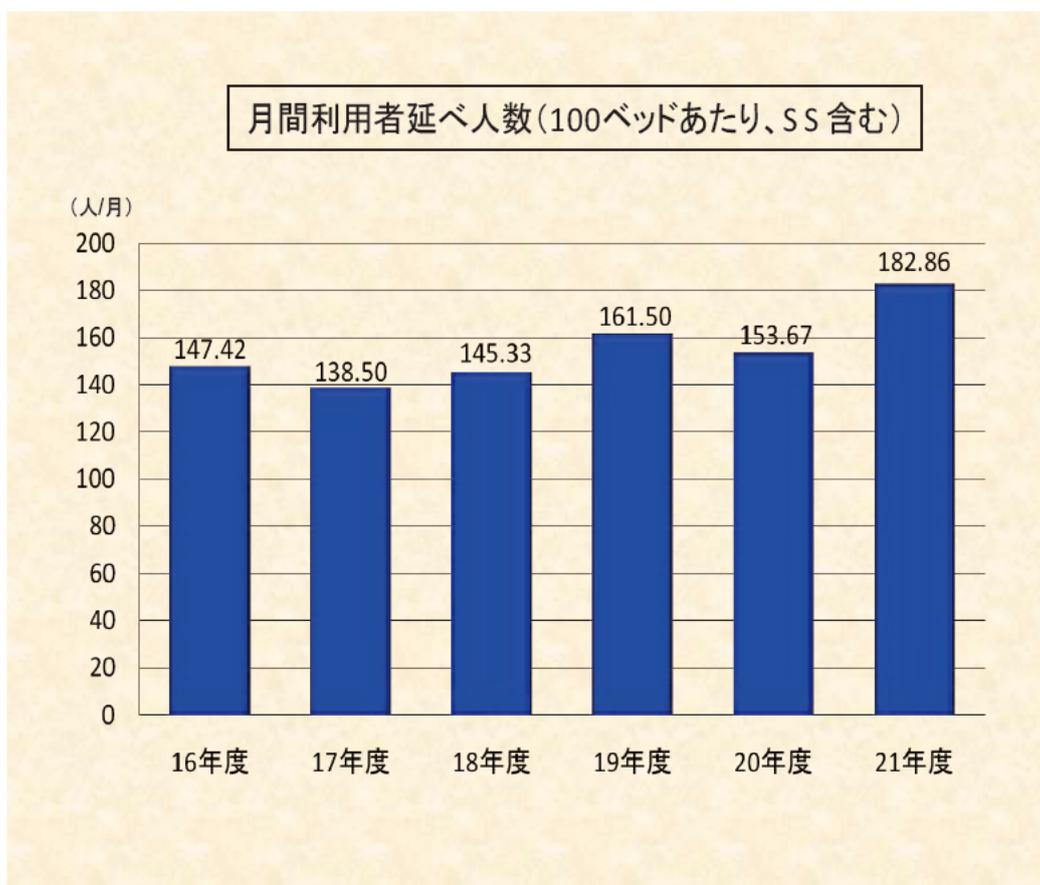


表 3

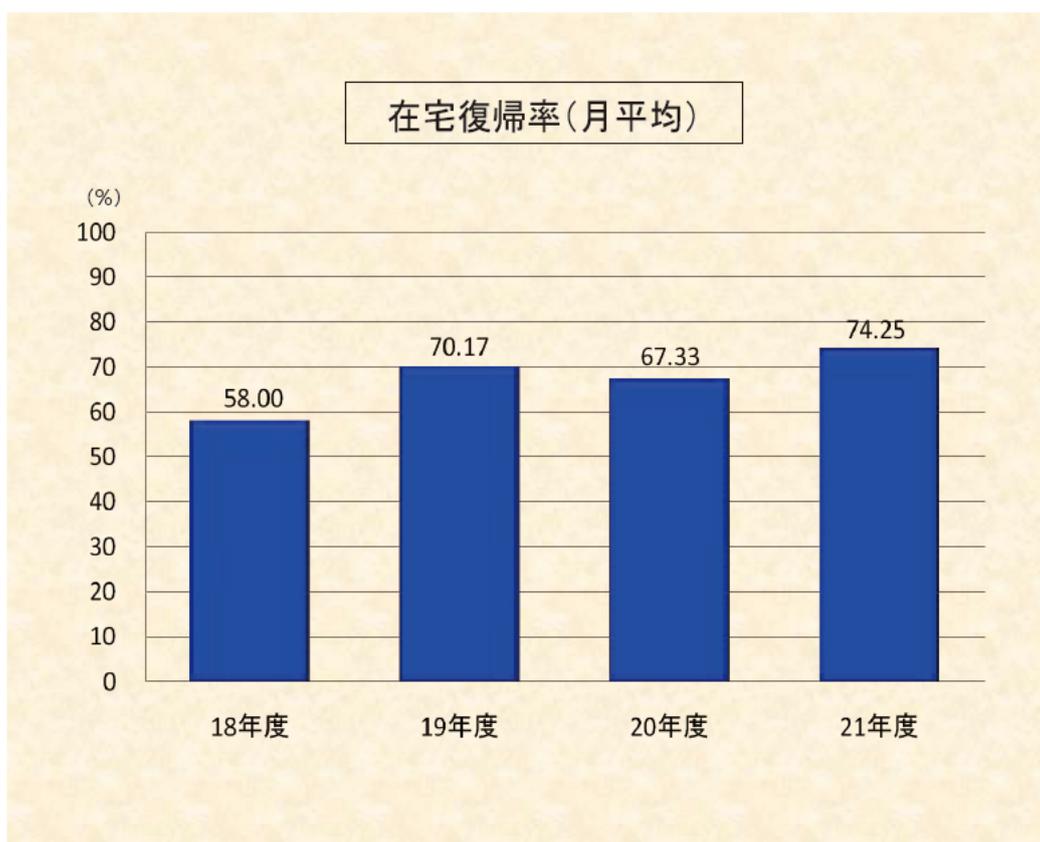


表 4

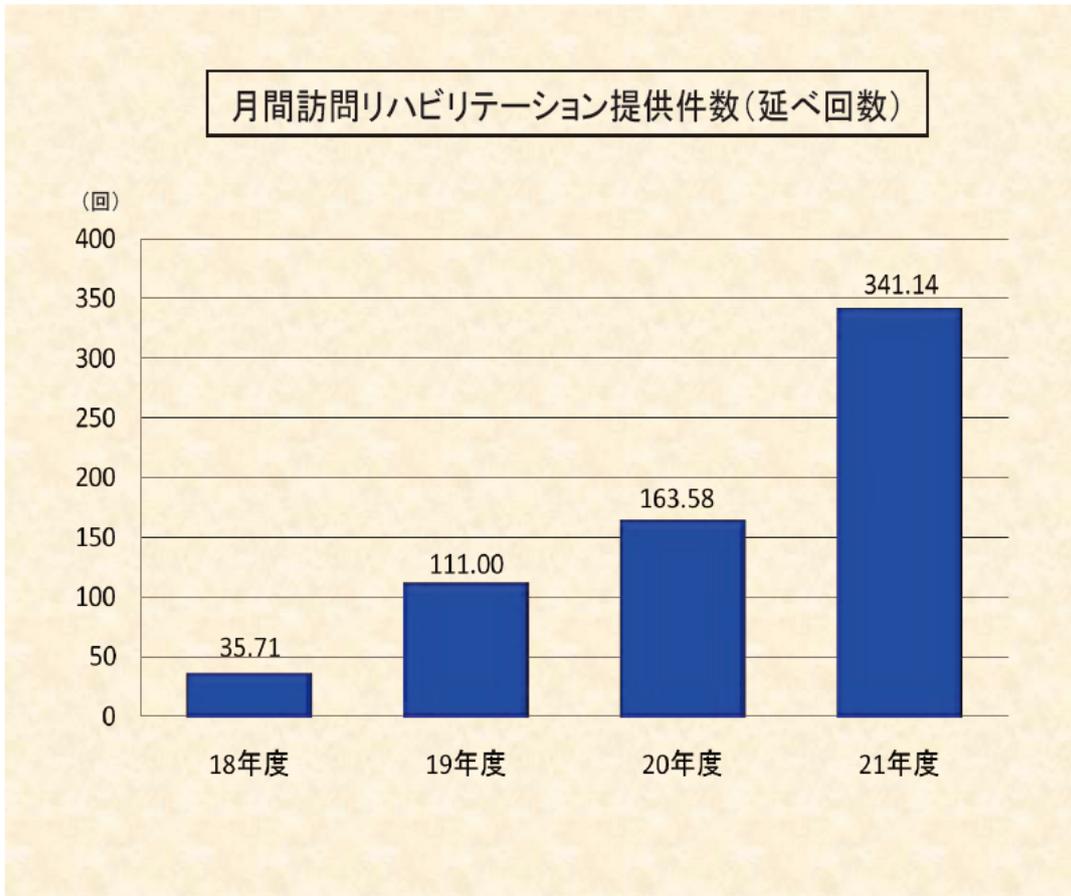


表 5

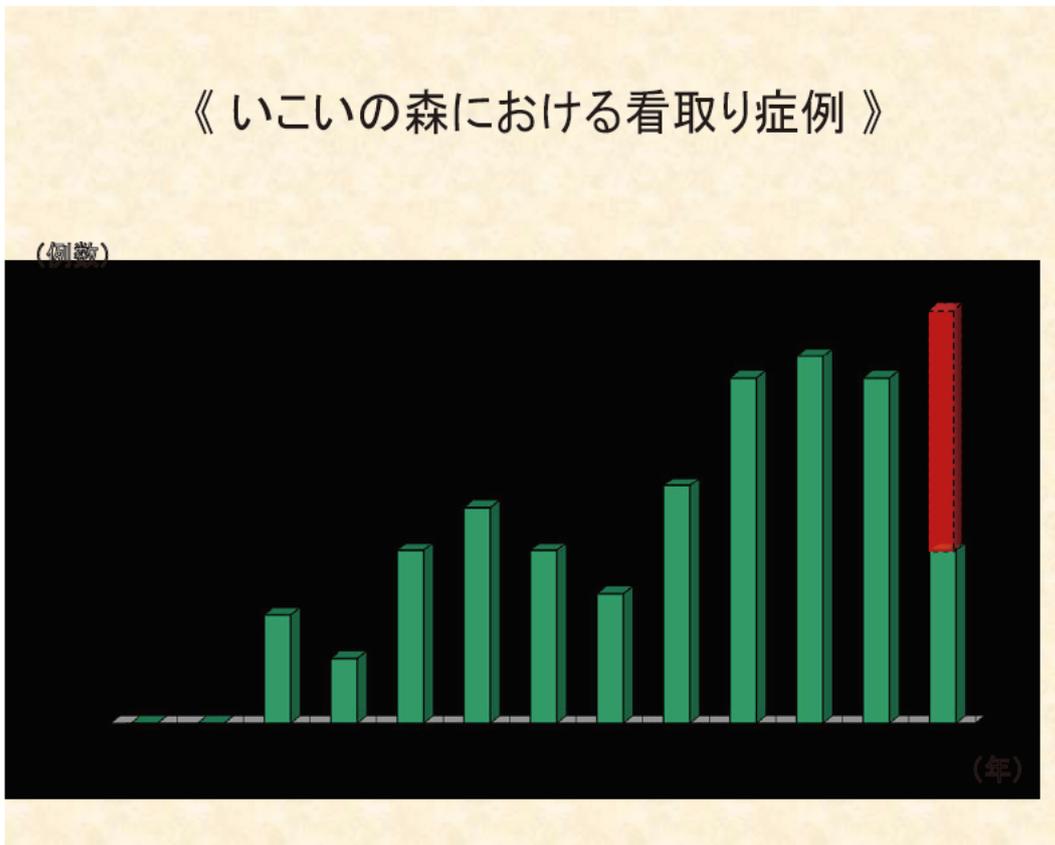


表 6