

13 「老健における在宅復帰支援と在宅生活支援」 ～三重県最南端の老健きなん苑での取り組み～

老人保健施設きなん苑 大久保豊

1 はじめに

紀南地域は、熊野市、御浜町、紀宝町という三重県最南端の市町よりなり、人口4万3千人、高齢化率は33%に達している。県庁所在地の津へは車で約3時間かかる山と海に囲まれ、昔には『陸の孤島』と呼ばれた僻地地域である。その環境の中、老人保健施設きなん苑は公立紀南病院（病床数288床、診療科14科）の附属施設として、平成10年7月1日に開設された。開設当初は老人保健法の施設として、入所100床（短期含む）、通所15名のサービスを提供していたが、現在では介護保険施設として入所100床（短期・介護予防含む）、通所20名（介護予防含む）、訪問リハ（介護予防含む）、居宅介護支援のサービスを提供している。



2 問題意識

老人保健施設は中間施設若しくは通過施設としての位置づけで昭和63年よりスタートした。その流れは介護保険制度になってからも脈々と続いている。また、全国老人保健施設協会の介護老人保健施設の理念と役割がある。『包括的ケアサービス施設、リハビリテーション施設、在宅復帰施設、地域に根ざした施設』である。従来の理念に介護保険法の理念が融合して、現在があると思う。様々な場面で『介護老人保健施設はまさに介護保険の代名詞である。』と何度も聴くことがある。しかし、実際に運営していると、この多様化に施設運営を当てはめて行くことは並大抵のことではない。特に、感じている面は以下の3点である。

- (1) 在宅復帰施設としての限界
- (2) 医療施設としての限界
- (3) 包括相談施設としての限界

(1) 『在宅復帰施設としての限界』であるが、基本的には『きなん苑＝入る(入所する)施設』という視点から相談がスタートする。自宅に戻るためのリハビリ施設として相談にくる利用者及び家族は皆無である。その環境の中で在宅復帰施設を目指すことに限界を感じる面が多い。

(2) 『医療施設としての限界』であるが、医師、看護師が専任配置しているため様々なケースの依頼がくる。特に、入退院を繰返していくうちに医療度の重度化が避けられない。しかし、医師が専任といっても24時間滞在しているわけではない。看護師も夜間は1名である。その反面、在宅のケアマネージャーの医療に対する認識の低さも伺える。き

なん苑への医療状況報告は少なく（福祉的若しくは介護的な状況報告は多い）、その中で医療施設としての責任を全うするには限界がある。また、リハビリテーションに対しても同様に思う。回復期リハビリテーションのないこの地域にはきなん苑への期待も多いと自負している。しかし、それに応えるほどの環境面が整えない現状もある。

（3）『包括相談施設としての限界』であるが、きなん苑に来苑するときはある程度の在宅生活を続けている若しくは退院後は施設での生活でと決めてくる利用者が多い点である。本来であれば、在宅生活に不安がある時点で相談に来ると効果があると思うが、その時は役場か福祉センターに相談に行くようである。導入部から老人保健施設（リハビリテーション施設）のサービスが提供できるようになかなかない現実がある。

これらの問題意識の中で、様々な取組みを行ってきた。しかし解決には程遠いが、もがき苦しんできた開設からの奮闘記として紹介したい。

3 取組内容

（1）サービス構築期（開設～平成14年3月）

きなん苑は開設1年目に老人保健法、その後は介護保険法と二つの法律を短時間の間に経験した。そのため、開設して4年間は混乱の極みであった。

①入所期間半年～1年→入所期間廃止

当初、老人保健施設＝在宅復帰施設という観点から利用者全員を入所期間半年～1年とした。利用者家族は老人保健施設の性格を理解することなく、近隣での施設が満床であったため、ぞくぞくと申込があった。しかし、1年入所すると次の受入れ先が見付からない状態で退所となった。そのため近隣行政機関等から様々なクレームがでた。同時に施設は常に稼働率80%前後であった。そのため、地域状況を把握してから老人保健施設きなん苑としての対策を考える必要があると判断して、全員1年とする入所期限を廃止した。その間はきなん苑サービス構築に力を入れることになる。

②在宅サービス強化

最初に取り組んだことは、短期入所サービスの受入拡大である。開設当初は空床利用のみであったが、3床の短期入所用ベッドを用意した。徐々に利用希望が多くなり、平成21年10月現在では6床の専用ベッドを約25名の在宅生活者が利用している。短期入所を受け入れるとベッドの稼働率が低下すると言われているが、きなん苑は常に95%以上の短期入所ベッド稼働率である。

次に取り組んだことは、通所リハビリテーションの拡大である。きなん苑での通所サービスの認知度は低かった。そのため、利用者数も平均8～9名/日（定員15名）であった。地域の居宅介護支援事業所へのPRや会議でのプレゼンテーションを積極的に行った。同時に入所、短期、通所の複合サービスの提供や通所サービス担当者を増員した。その結果、利用者数は平成21年10月現在で16名/日（定員20名・介護予防含む）である。

また、居宅介護支援事業所を併設で平成12年7月1日にオープンした。在宅支援施設としての位置づけを明確にするために、支援相談員と協働で相談室を設置し、地域に開かれたワンストップサービスの展開を行う目的である。平成21年10月現在で50名/日の登録がある。

(2) サービス充実期（平成14年4月～平成19年3月）

①理念・運営方針・行動指針の策定

介護保険導入に伴い、老人保健施設の多様化は先ほど述べた。それに順応しながら、地域性を重要視したきなん苑の運営方針を策定した。重要な点は、理念の中で公立施設としての役割及び良質で多様なサービスを提供することを明記した。運営方針及び行動指針の中では、認知症利用者への取組み、胃ろう利用者の受入及び回復期リハビリテーションを謳った。

②認知症への取組み（入所期間なし）

認知症により周辺症状が出現している利用者をユニットと称する家庭的な雰囲気の中で馴染みの関係を大切にするサービスである。介護職員を中心とするスタッフ構成の中、調理や散歩及び家族会等を積極的に行い、周辺症状を軽減する目的である。入所定員は15名である。



③医療への取組み（入所期間1年）

協力施設がこの地域唯一の中核病院である紀南病院である。そのため、様々な治療の結果、医療度が重くなり介護施設での受入が困難になる場合がある。特にこの地域で課題であったのは、胃ろう（経管栄養）の利用者であった。そのため、13名を限度にきなん苑では受入を開始した。（当初は10名であった。）また、意思疎通が困難な利用者の受入も開始した。その状況に対応するため、きなん苑に配置しているすべての看護師10名をこの医療必要チーム（入所定員33名）へ配置転換した。他チームの医療ケアに対しては、毎日この医療必要チームから看護師を派遣する体制をとった。

④在宅復帰への取組み（入所期間1ヶ月～3ヶ月）

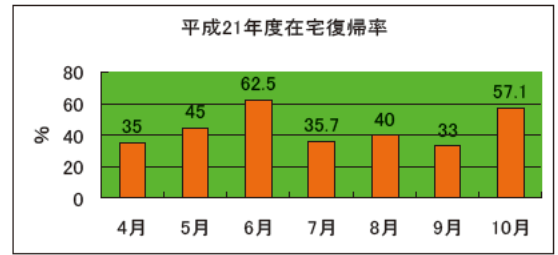
回復期リハビリテーション施設がこの地域にない現状がある。回復期リハビリを受けるためには近くて松阪まで行く必要がある。そのため、紀南病院で整形外科病棟にて急性期治療が終了した患者さんをタイムリーにきなん苑のリハビリテーションへ繋ぐ取組みを行った。紀南病院・きなん苑の各スタッフが連携をとり病院→施設→自宅へのスムーズな流れを作った。入所当初から明確なゴールを設定することができる。

また、在宅復帰者への退所前訪問へは利用者本人を自宅へ同行し、目的の明確化を行った。（写真参照）同時に担当介護職員、リハスタッフも同行し、自宅環境に応じたサービス内容検討に役立たせている。



平成 21 年度在宅復帰率

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
35%	45%	62.5%	35.7%	40%	33%	57.1%

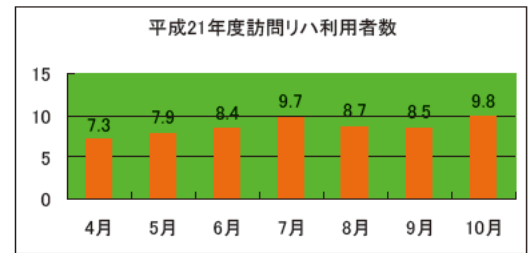


⑤訪問リハビリテーションへの取組み

リハビリテーションの継続性を考えた中で山間部及び海岸部（奥地）でのリハビリテーションが切れてしまう現状があった。国道筋や事業所が複数ある地域では連携により継続をすることができた。その状況の中で訪問リハビリテーションを展開することにより、リハビリテーションの継続性が確保できるようになった。平成 21 年 10 月現在、理学療法士 2 名が地域に展開している。

平成 21 年度訪問リハビリ利用者数（日）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
7.3名	7.9名	8.4名	9.7名	8.7名	8.5名	9.8名



⑥接遇向上への取組み

サービス利用者の実際の声を真摯に受止めるために、きなん苑苦情事故防止対策委員会を中心に対応を協議した。特に、ご意見に対しては、きなん苑としての返答を玄関横へ掲示している。（写真参照）同時に接遇委員会において、スタッフ接遇向上に当たっている。



⑦スタッフの施設運営参加

スタッフ間では様々な課題を理解しているが、なかなか会議まで上がって来ない現実があった。しかし、その現場の声は利用者にとっては大変貴重な意見であることが多かった。そのため、現場の意見を自由に話して、その場で決定できる場を作った。『きなん苑イモ煮会』である。月に 1 回、自由参加にて会議を開催する。議題は自分たちで決める。その会議で決定した内容はきなん苑の決定事項となる。例えば、勉強会の開催や事務所のあいさつが希薄になっているとの意見から対面式に変更した。



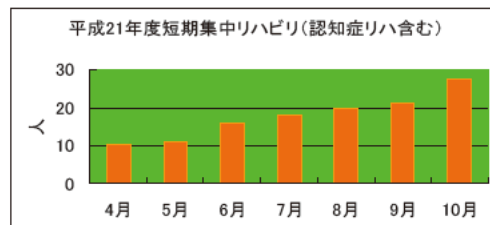
(3) サービス応用期（平成19年4月～現在）

①認知症リハビリテーションのスタート

当初、理学療法士のみでの人員配置であったため、身体的なリハビリテーションが中心であった。しかし、人員拡充に伴い作業療法士の配置がされたため、認知症に対するリハビリテーションをスタートすることができた。同時に平成21年6月から認知症短期集中リハビリテーションをスタートした。

平成21年度短期集中リハビリ実施者数（認知症短期含む）（日）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
10.4	11.1	16.1	17.8	20	21.3	27.5



②短時間通所リハビリテーションのスタート

リハビリテーションのみを行いたいというニーズは以前から聞いていた。しかし、人員面でなかなか対応できなかったが、平成21年7月からスタートした。平成21年10月現在、3名の利用である。

③スタンダード作成

きなん苑での様々な業務をそれぞれが再認識して、継続変革していくために『きなん苑イモ煮会』にてマニュアルではなくきなん苑スタンダードを作成している。

4 課題・提言

開設して11年になるが、多様化するニーズに対して、様々な取り組みを行ってきた。しかし、大切なところにまだ手を付けていない。それは、住民及び関係部署に対する老人保健施設の役割理解の機会である。医療現場では、地域医療崩壊の流れから地域医療存続のための住民との協働意識が少しずつ芽生えている。紀南地域での医療タウンミーティングがそれにあたる。しかし、『老健と特養との違い』や『老健は在宅支援施設』などのムーブメントは全くない。実は一番大切な点である。しかし、その点に各事業所が動かないのは、動かなくても運営できるからではないか。現状で、老健運営はやっていけるからではないか。もっと、有意義に老健サービスを利用するためには介護はもとより医療（中核病院や開業医）や行政が一体となったコラボレーションを行い、住民にとって限りある資源を有効かつ効果的にサービスを提供できるのではないか。



地域とともに老人保健施設があるために