

在宅強化型の介護老人保健施設における自宅復帰の実態

ナカムラ ゴウシ
中村 豪志*

目的 在宅強化型の介護老人保健施設（以下、老健）は、在宅復帰率が50%超でなければならないが、純粋な自宅だけでなく、在宅系施設への退所も在宅復帰に含まれる。在宅強化型老健の自宅退所数がどの程度であるかは明らかにされていない。在宅強化型老健において、純粋な自宅と在宅系施設への退所者数の実態を把握することと自宅復帰を阻害している要因を考察することを目的とした。

方法 公益社団法人全国老人保健施設協会ホームページにて、平成29年4月15日現在で在宅強化型老健である352施設を対象とした。平成28年度の1年間の在宅復帰、加算取得状況、自宅復帰できなかった利用者の要因に関して、郵送による質問紙調査を行った。

結果 有効回答は121通だった（有効回答率34.4%）。総退所者のうち自宅へ退所した利用者数の割合は46.9%だった。また、自宅への退所のみで50%超の要件を満たしている施設は38.8%だった。加算取得状況では、通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション等の実施が少なかった。自宅退所できなかった利用者の要因として、家族介護者の介護意欲が十分でないという項目が最も高い指標を示し、利用者の介護意欲がないという項目と比較して有意に高かった。また、利用者の認知機能の低下が2番目に高い指標を示した。

結論 在宅強化型老健は増えているが、自宅退所のみで在宅復帰率50%超の要件を満たしている施設は多くないことがわかった。自宅への退所を促進するために、通所リハビリテーションにおける認知症リハビリテーションの実施、家族介護者への支援が重要だと考えられた。

キーワード 介護老人保健施設、在宅強化型、自宅退所

I はじめに

介護老人保健施設（以下、老健）は、介護保険法に規定されている施設であり、介護老人保健施設入所者生活介護（入所サービス）、通所リハビリテーション、短期入所療養介護等を提供している。平成24年度介護報酬改定により、主として「在宅強化型老健施設」（以下、強化型）、「在宅復帰・在宅療養支援機能加算施設」（以下、加算型）、「従来型老健施設」（以下、従来型）の3種に分類された。このうち、強化

型は在宅復帰率50%超などの要件、加算型は同30%超などの要件が課されており、要件を満たせば所定の加算を取得できる。特に強化型を取得すると、従来型に比べて基本報酬が高く設定されており、在宅復帰の支援は老健の経営にも大きな影響を及ぼす¹⁾。公益社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健）の平成27年度介護報酬改定直後の実態調査によると、強化型、加算型を取得している施設の割合は、平成27年4月でそれぞれ12.4%、25.7%であり、取得率は年々伸びてきている²⁾。強化型を算定するための要件の1つに在宅復帰率があるが、介護保険法における在宅復帰の定義には、本人の居宅

*介護老人保健施設こんにちわセンター理学療法士

業所が特定できないようにコード化し、パスワードロック機能付きのUSBフラッシュメモリーに保存した。パスワードにより第3者が閲覧できないように設定し、研究責任者が管理した。なお、本研究は医療法人魁成会介護老人保健施設こんにちわセンターの倫理審査委員会の承諾を受けて実施した（承認日平成29年4月20日、承認番号2017-01）。

Ⅲ 結 果

回答は130通あり、そのうち無回答項目を含んでいる回答を除外した結果、有効回答は121通だった（有効回答率は34.4%）。利用者の定員、支援相談員・施設介護支援専門員・リハビリテーション専門職の職員数は表1に示す。

平成28年4月から平成29年3月の1年間における在宅復帰退所者のうち、自宅への退所者は平均65.4±37.4人で、総退所者の46.9%、在宅系施設への退所者は22.2±19.5人で、総退所者の15.9%だった（表2）。自宅退所者数と在宅系

表1 定員・職員数

(単位 人)

	最小値	最大値	平均値±標準偏差
入所定員	18	150	87.4±22.9
通所定員	0	250	52.6±31.5
相談員	1	6	2.5±1.2
介護支援専門員	1	10	2.1±1.5
兼務	0	7	0.9±1.4
理学療法士	0	17	4.2±2.6
作業療法士	0	10	3.0±1.9
言語聴覚士	0	3	0.6±0.8

表2 在宅復帰退所者の内訳

(単位 人)

	最小値	最大値	合計人数	平均値±標準偏差	%
自宅	4	227	7 914	65.4±37.4	46.9
在宅系施設	1	106	2 687	22.2±19.5	15.9

別表2 主な質問項目(続き)

【通所リハビリ関係】	
<input type="checkbox"/> ⑨リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	
<input type="checkbox"/> ⑩リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	
<input type="checkbox"/> ⑪短期集中個別リハビリテーション実施加算	
<input type="checkbox"/> ⑫認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	
<input type="checkbox"/> ⑬認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	
<input type="checkbox"/> ⑭生活行為向上リハビリテーション加算	
<input type="checkbox"/> ⑮社会参加支援加算	
【訪問リハビリ関係】	
<input type="checkbox"/> 提供した <input type="checkbox"/> 提供していない	
<input type="checkbox"/> ⑯リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	
<input type="checkbox"/> ⑰リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	
<input type="checkbox"/> ⑱短期集中リハビリテーション実施加算	
<input type="checkbox"/> ⑲社会参加支援加算	
8. 平成28年4月～平成29年3月までの1年間で、自宅に退所できなかった方々の要因の全体的な傾向として、以下の項目に関して5段階でお答え下さい（該当する数字を○で囲んで下さい）。 *回答者の主観で構いません。	
項目	評価
	1. 2. 3. 4. 5. 思わない あまり思う どちらでも思わない そう思う
① 利用者の身体機能が十分でない	1 2 3 4 5
② 利用者の認知機能が十分でない	1 2 3 4 5
③ 利用者の住環境が十分でない	1 2 3 4 5
④ 利用者の自宅復帰の意欲が十分でない	1 2 3 4 5
⑤ 家族介護者の自宅復帰の意欲が十分でない	1 2 3 4 5
⑥ 家族介護者の健康面が十分でない	1 2 3 4 5
⑦ 家族介護者の介護に関する知識や技術が十分でない	1 2 3 4 5
⑧ 家族介護者が多忙である	1 2 3 4 5
⑨ 利用者・家族介護者の経済力が十分でない	1 2 3 4 5
⑩ 地域の在宅サービスが十分でない	1 2 3 4 5
⑪ 自施設の自宅復帰への取り組みが十分でない	1 2 3 4 5

施設退所者数を比較すると、在宅系施設よりも自宅への退所が多かった施設が102施設（84.3%）あったが、自宅退所者のみで50%超だった施設は47施設（38.8%）だった（表3）。また、強化型を取得できなかった期間がある老健は、24施設（19.8%）で、その理由として、在宅復帰率要件が最も多かった（表4）。

表3 自宅退所者と在宅系施設退所者の人数比較

	施設数	%
自宅>在宅系施設	102	84.3
自宅<在宅系施設	17	14.0
同数	2	1.7
自宅だけで50%超	47	38.8

注 N=121

加算取得に関しては、入所サービスに関する加算は退所後訪問指導がやや低いが、その他はほとんど取得されていた。通所リハビリテーションに関する加算は、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）、短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定率は高かったが、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（Ⅱ）、生活行為向上リハビリテーション実施加算、社会参加支援加算の取得が低かった。訪問リハビリテーションは40施設（33.1%）で実施されており、その中ではリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）、短期集中リハビリテーション実施加算の算定率が高かった（表5）。

在宅復帰できなかった利用者の要因を5段階

表4 強化型老健を取得できなかった期間がある施設数とその原因

	合計	%
取得できなかった期間あり	24	19.8
取得できなかった原因(複数回答)		
在宅復帰率要件	19	15.7
ベッド回転率要件	9	7.4
重度者要件	4	3.3
体制要件(リハビリ専門職)	-	-

注 N=121

表5 入所サービスに関する加算取得

	施設数	%
入所関連		
短期集中リハビリテーション実施加算	121	100.0
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	92	76.0
入所前後訪問指導加算	97	80.2
退所前訪問指導加算	114	94.2
退所後訪問指導加算	73	60.3
退所前連携加算	116	95.9
退所時指導加算	120	99.2
退所時情報提供加算	120	99.2
通所リハ関連		
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	108	89.3
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	88	72.7
短期集中個別リハビリテーション実施加算	108	89.3
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	27	22.3
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	11	9.1
生活行為向上リハビリテーション実施加算	27	22.3
社会参加支援加算	28	23.1
訪問リハ関連		
訪問リハ実施	40	33.1
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	34	28.1
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	17	14.0
短期集中リハビリテーション実施加算	30	24.8
社会参加支援加算	14	11.6

注 N=121

評価で質問した結果では、家族介護者の意欲が十分でないという理由が4.50±0.63で最も高い得点だった。これを利用者の意欲が十分でないという得点2.96±1.15と比較すると、有意に高かった(Wilcoxonの符号付順位和検定、有意水準5%)。地域の在宅サービスや自施設の取り組みは低い値だった(表6)。

Ⅳ 考 察

今回の調査において、強化型では全退所者に対する在宅復帰者の割合は46.9%で、厚生労働省による平成28年の老健から家庭に復帰したとされる33.1%⁵⁾よりは上回ったものの、50%には届いていなかった。また、自宅退所者のみで50%超の条件を満たしていた施設は47施設(38.8%)であり、6割以上の施設は在宅系施設と合算して50%超の条件を満たしていたことが分かった。自宅退所者と在宅系施設退所者の人数を比較すると、17施設(14.0%)では在宅系施設への退所者数が上回っていた。さらに、強化型を取得できなかった期間のある老健においては、その原因として在宅復帰率要件が最も多かった。強化型であっても純粋な在宅復帰者の数を伸ばすことは容易ではないことがうかがわれる。

在宅復帰できなかった利用者の要因を調査したところ、在宅サービスや自施設の取り組みにはあまり問題はないが、要介護者の心身機能や家族介護者の要因が大きいことがうかがわれた。

表6 在宅復帰できなかった要因

	平均値±標準偏差
利用者の身体機能が十分でない	3.83±1.14
利用者の認知機能が十分でない	3.88±1.06
利用者の住環境が十分でない	3.54±1.13
利用者の在宅復帰の意欲が十分でない	2.96±1.15 [*]
家族介護者の在宅復帰の意欲が十分でない	4.50±0.63 [*]
家族介護者の健康面が十分でない	3.86±0.86
家族介護者の介護に関する知識や技術が十分でない	3.51±0.99
家族介護者が多忙である	3.83±0.91
利用者・家族介護者の経済力が十分でない	3.21±1.12
地域の在宅サービスが十分でない	2.60±1.21
自施設の在宅復帰への取り組みが十分でない	2.15±0.91

注 1) N=121

2) *Wilcoxonの符号付順位和検定、p<0.05

特に、家族介護者の意欲が十分でないという因子が最も高かった。これは、利用者の在宅復帰意欲が十分でないという因子と比較して有意に高いことから、家族介護者と利用者の間で在宅復帰の意欲が乖離しており、家族介護者の意欲が在宅復帰に大きく関与していることが示唆された。加齢や健康面など家族介護者自身も多くの問題を抱えていることが多いが、家族介護者の支援を行っている老健は少ない⁴⁾。家族介護者の介護に対する価値観を否定的なものから肯定的なものに変えることは容易ではない。また、家族介護者への支援による加算は制度化されていないため、そこに労力を費やしにくい面もあると思われる。2番目に高かった要因は、利用者の認知機能低下であった。しかし、加算取得状況を見ると、入所での認知症短期集中リハビリテーション実施加算は8割近い取得率だが、通所リハビリテーションでの認知症短期集中リハビリテーション実施施設は少なかった。在宅復帰を促進し、自宅生活を継続するために通所リハビリテーションでの認知症リハビリテーションの普及が課題である。

平成24年の強化型創設以来、強化型を取得する老健は増加している。しかし、在宅系施設の数も増加しており、今回の調査結果のように在宅系施設への退所と合算して強化型を算定している施設もある。在宅系施設は、制度としては高齢者の多様な住まいの1つであると解釈されるが、利用者からすれば住み慣れた自宅ではない。内閣府の調査によると、「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」についてみると、60歳以上では男女とも「自宅で介護してほしい」が最も多い⁶⁾。2017年介護保険法の改正により、「介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と定義された⁷⁾。また、それに伴い「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並び

に運営に関する基準」1条においても「介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない」とされ、老健の在宅復帰・在宅生活支援機能がより明確化された⁷⁾。平成30年度の介護報酬改定では、強化型の定義が変更され、週3回のリハビリが必須となるなどより条件が厳しくなっている⁸⁾。つまり、近年より老健の在宅復帰支援施設としての役割が強く求められている。老健は、利用者の意思やある程度の経営的な面からはやむを得ないが、加算取得のために在宅系施設への入所支援に傾くのではなく、あくまで要介護者の思いのある自宅への復帰に最大限努力すべきであると考ええる。

在宅復帰のための重要な要因である家族介護者の在宅介護意欲や介護力を向上することは容易ではない。しかし、老健には医師、リハビリ専門職、支援相談員、介護支援専門員、看護師、介護福祉士、管理栄養士等の専門職が配置されている。これらの多職種から成るチームにより、家族介護者の価値観や精神的・身体的な健康状態などを評価し、少しでも介護に関して肯定的になれるように支援する仕組みを構築することが求められるのではないか。そのためにも、継続した調査を行い、老健の在宅復帰支援の実態をより明らかにしつつ、家族介護者の支援手法を研究することを今後の課題とする。

文 献

- 1) 公益社団法人全国老人保健施設協会. 在宅支援推進マニュアル総論・入所編. 東京：リベラルタス・クレオ, 2015；9-11.
- 2) 公益社団法人全国老人保健施設協会. 平成27年版介護白書－老健施設の立場から－. 東京：TAC出版, 2015；3-174.
- 3) 阪東美智子. 住環境分野から：安心安全な高齢者の「住まい」の整備. 保健医療科学 2016；65：

- 36-46.
- 4) 中村豪志. 介護老人保健施設における在宅復帰支援に関する研究－在宅復帰マネジメントツールの開発－. 九州保健福祉大学大学院博士論文 2017: 14-22, 49.
 - 5) 厚生労働省. 平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/index.html>) 2018.2.20.
 - 6) 内閣府. 平成29年版高齢社会白書全体版 (http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_3.html) 2018.2.24.
 - 7) 厚生労働省. 社会保障審議会介護給付費分科会第144回(平成29年8月4日)参考資料 (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutan/0000174012.pdf) 2018.1.30.
 - 8) 厚生労働省. 平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について. 社会保障審議会介護給付費分科会第158回(平成30年1月26日)参考資料1 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000192309.html>) 2018.2.26.