

事例紹介●私の施設での取り組みを紹介します

指標60以上 在宅強化型、超強化型をめざして



さとうひろくに
佐藤裕邦

介護老人保健施設うらら（山形県）
副施設長（作業療法士）

理念、方針、今日までの歩み

はじめに、当法人について紹介する。昭和61年に矢島恭一理事長が上田診療所を開設、平成5年医療法人宏友会を設立した。診療所の活動は常に「地域に根ざした」医療を心がけてきた。平成6～7年当時、山形は多世代同居率日本一だったが、寝たきり一人を抱えると一家が不幸のどん底に陥った。そんな現実を訪問診療で目の当たりにした矢島理事長は、これを改善するために西欧のように医療とリハビリ、そして介護を連携させた中間施設が必要だと、平成8年に介護老人保健施設うららを開設。

当法人は、地域の人や高齢者が住み慣れた家で安心して暮らせるように、質の高い在宅医療と福祉の連携をめざす一方で、将来に向けて子どもたちに「思いやりの心」と「命の大切さ」を伝えていこうとする理念を掲げている。

老健施設の南隣には小学校、北隣には保育園があり、その真ん中に当施設はある。なぜこの場所を選んだのか。矢島理事長は老健建設に際して、山崎章郎著『病院で死ぬということ』の「幼稚園に通う子ども達はホスピスの中を通る」という箇所を引用して地域に説明し、立地にこだわった。

地域の状況

山形県酒田市の人口は10万2,873人。うち65歳以上は3万5,766人。高齢化率は34.8%（平成30年11月末現在）である。当施設が位置する酒田市北部地域の高齢化率は平均38%。かつて高かった三世代同居率も低下し、独居、老老世帯、高齢の親と独身の子ども世帯が増えていることは日本全体の傾向と同じである。

当法人は、地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットに加わり、地域包括ケアシステムの構築、人口減少の地域で医療・福祉の連携システムの構築を中核病院と共に模索している。その中で当法人は、「診療所の外来・訪問診療に関わった地域の方が高齢になり介護が必要になったとしても、施設入所や介護保険在宅サービスで最期まで関わり続ける」という方針をもっている。

当施設の現況

当法人は、診療所、老健施設のほかに、訪問看護・訪問リハビリ・訪問介護、通所リハビリ・通所介護、認知症グループホームを運営し、ほかに地域包括支援センターを市から委託されている。

老健施設に関わる人員数は、平成30年12月現在、医師3人、看護師11人、介護職員59人、施設ケアマネジャー5人（うち介護職員兼務4人）、リハビリ専門職7人（PT1人、OT5人、ST1人）、支援相談員2人、事務3人、厨房職員12人、運動指導員1人、鍼灸マッサージ師1人。

施設の利用者定員は、入所100人、通所リハビリ50人で、平均介護度は、入所3.8、通所1.9である。入所者の要介護度別の割合は、要介護1が6%、要介護2が10%、要介護3が25%、要介護4が18%、要介護5が41%である。20年近く入所されている方もいるため、入所平均在所要日数は319.3日と長い。経管栄養者数は、現在19人で、ピーク時は約4割を占めた。年間の看取り者数は、40人前後であり、最期まで看るということを実践しているデータが並ぶ。

老健に託した思い

今回「在宅強化型、超強化型をめざして」をテーマで原稿を書くに当たり、関係者が集まり平成30年12月に座談会を開催した。座談会では、当時の記憶とこれまでの私たちが悩み工夫してきたことを振り返った。

はじめに当老健施設開設に託したことをお伝えしたい。

矢島理事長が老健施設に託した思いは、開業以来「自分が診てきた患者さんは最期まで診ていく」という方針を掲げた在宅医療を支えることであった。昭和の時代から在宅医療に取り組んでいる中で、将来的に在宅で最期まで家族が看っていくのは難しくなるのではないかと考えていた。その予測は的中し、以前にも増して家族が高齢者を「住み慣れた家」で看っていくのは、難しくなっている。

平成30年、在宅強化型を算定するに当たり、在宅に帰ることができる方は一時的に帰ってもらうという方針に舵を切らざるを得なくなった。実際、在宅復帰者は、「住み慣れた家」ではなく、制度上在宅と見なされている「サービス付き高齢者向け住宅」や「有料老人ホーム」などを選択せざるを得ない方が増えつつある。

つまり当地区では、本来の在宅で介護をする介護者がいなくなっている。おそらく、当市の市街部と同様の現象が全国的にも起っていると思われる。

30年度の改定までは加算型

平成30年度の介護報酬改定前までは、当施設は在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定しているごく普通の老健施設だった。その普通といわれる加算型レベルの維持であっても、職員はさまざまな苦勞と工夫をしながらも、「できれば在宅強化型をめざしたい」という思いをもっていたことを知った。

これから述べることはp.30表1が参考になるので、その都度参照していただきたい。

在宅復帰率は表にあるとおり、30%のハードルはクリアしていた。しかし、ベッド回転率はよくて8～9%、悪くて5%程度であり、10%に届かない状況だった。総合調整部（医師・看護師・介護責任者・施設ケアマネジャー・支援相談員らで構成）では課題をベッド回転率アップとして、わかりやすく1月に入所10人退所10人、計20人の利用者の出入りをめざした。それでも、ベッド回転率は表に示すとおり、要件を満たした月と、満たさない月があって、なかなか一定の率（%）を維持できなかった。

ベッド回転率が低いのは、医師でもある矢

平成 28 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
ベッド回転率	9	7	6	5	6	8	8	8	8	7	8	8
在宅復帰率	50	75	100	100	100	71.4	50	85.7	100	80	100	60
ベッド稼働率	99.1	99.7	100	99.6	99.7	97.4	98.6	99.9	99.6	98.8	98.3	97.3
平成 29 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
ベッド回転率	8	7	7	9	9	9	8	8	7	9	10	10
在宅復帰率	33.3	50	87.5	71.4	80	60	100	33.3	75	80	50	0
ベッド稼働率	99.8	99.4	99.8	98.3	98	98	97.7	98	98.7	95.3	96.7	96.7
平成 30 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
ベッド回転率	7	6	8	10	10	8	8	7	9	10	12	9
在宅復帰率	66.7	100	62.5	100	85.7	100	100	100	87.5	33.3	100	100
ベッド稼働率	97.7	97.4	95.5	93.9	95.4	96.2	97.4	99.5	96.9	94.2	97.2	97.5

表1 平成28年～30年のベッド回転率、在宅復帰率、ベッド稼働率状況

島理事長が老健施設に託した目的「最期まで看る」の結果であった。そのため医療度の高い人もケアできる施設をめざして職員教育を行ってきた。理念に沿った形で、入所者家族からは医療度が重度で、看取りまでのケアが求められるようになった。その結果、在所日数の長期化、入所者の平均年齢が高くなり、退所調整が困難になった利用者が増え、ベッド回転率に影響を与えた。

ベッド回転率を上げることによる現場の業務負担はそれほどではなかった。しかし、重度の利用者をケアする運営にあって、在宅介護の緊急者を受け入れるためにつくっているショートステイ6～8床がフル稼働することのほうむしる業務を圧迫していた。午前中に退所したベッドを午後から利用するといったことが業務を忙しくさせた。そうしたショートステイの出入りの激しさは、看護・介護スタッフのみならず支援相談員から在宅復帰調整の時間を削り、力を鈍らせていった。

その中でも支援相談員は、重度の利用者について施設と自宅の往復型による在宅復帰を試みたが、家族の受け入れ体制整備が思うようにならなかった。また北国特有の「越冬入所」には、雪が降って寒い条件での介護は大

変だという固定したイメージを払拭するだけのサポートが提案できなかった。冬が過ぎれば、また次の冬が心配になるという“心配の繰り返し”が在宅復帰を遠ざける。「北国の宿命」をケアに関わる者が崩していかなければならない。

平成27年度介護報酬改定から3年間、加算型を維持してきたが、自分たちがめざす老健施設と、在宅強化型老健施設としての姿が一致するのには、あまり考えてこなかった。

30年度改定で在宅強化型になるために

平成29年度末までベッド回転率、在宅復帰率などを意識してきたことにより、加算型は維持されてきた。少なくともその維持は、より高い加算をめざそうとしたものであった。今回の改定で要件が変更され、従来型の類型が細分化されたことによって、加算型に当てはまることができた。

今回の改定後には、「その他」の類型になってしまう老健施設から相談を受けた。人員配置を厚くすることで“点数が”とれるので、リハビリ専門職や支援相談員の配置を検

討したと聞いている。

平成30年8月より在宅強化型となることをめざし、現場ではさまざまな調整を試み、提案が幹部会議に上がってきた。

現場で第一に取り組んだ調整は、リハビリテーション・サービスを週3回程度、もしくはそれ以上提供しなければならないことだった。トータルで週に100回のサービス提供増のために業務の見直しに着手した。これは、現場の介護職員のリハビリへの協力や、介護職員が決めている日課の調整にまで及んだ。リハビリの内容も、これまで以上に在宅復帰を常に見据えた、生活の場での生活リハビリを重視するようになっていく。

経管栄養者は減少し、喀痰吸引を必要とする利用者も若干減る傾向にあるものの、日に40回の吸引をしなければならない利用者があることで、喀痰吸引の業務は軽減されていない。平成30年12月末には喀痰吸引の実施率は5%を超えていたが、死亡退所によって4%に落ち込み、平成31年1月には在宅復帰・在宅療養支援等指標は5から0になった。流動性を含む指標は、職員の努力ではどうしようもないことである。

今回の改定以降、支援相談員を中心に入退所前後の訪問指導は意識的に丁寧を実施され、それが退所時の居宅ケアマネジャーおよび在宅ケアのチームへのスムーズな引き継ぎにもなった。しかし、シームレスなケアの継続とまでは言いがたい。長期に入所する施設にあっては、入退所時のみの指導連携だけではなく、普段からのケース・ワークにも評価のスポットライトが当たると、なお施設ケアと居宅ケアの連携がスムーズにいくのではないかという意見もある。

情報収集と連携という点では、インターネット回線を用いた医療情報を共有するシス

	在宅強化型(現状)	超強化型
在宅復帰率	20	
ベッド回転率	10	
入所前後訪問指導割合	5	
退所前後訪問指導割合	10	
居宅サービスの実施数	5	
リハ専門職の配置割合	3	5
支援相談員の配置割合	3	5
要介護4又は5の割合	5	
喀痰吸引の実施割合	3	
経管栄養の実施割合	5	
合計	69	73

表2 当施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況

テム「ちようかいネット」の活用を増やしたこと、入所前の状況確認に現場の看護・ケアスタッフが同行し、入退所時の連携を行うようにしたことがある。特に状況確認に施設看護師が同行する場合は、病院の連携室の看護師と直接やりとりを行うことで、退院から入所するまでが円滑になった。また、より有効な情報を入所前に集めることで、看護師やリハビリ専門職種、介護職員が話し合い、入所後の改善の到達点の予測を立て、それをご本人や家族と共有するようにした。そうすることで退所が切り出しやすくなり、在宅に目を向けた話し合いを始めることができた。

在宅復帰先についても、平成30年に入って「在宅復帰」というこだわりを少し緩め、有料老人ホームや認知症グループホームなど、新しい居宅に退所を促すことで、多くの利用者の退所につながった(表1の平成30年の4～6月の稼働率を参照)。

このようにして加算型から在宅強化型が算定可能になったのは、スタッフの意識が変わったことが大きく作用したと思う。

より上の類型を取得することで、我々がめざす老健施設の姿に近づいているのかをもう一度問いかけるが、まだはっきりしていない。



超強化型を めざすにあたっての課題

表2にあるとおり、平成30年12月現在では、リハビリ専門職の配置と支援相談員の配置を増員すれば、現状でも超強化型は算定できる。その他の項目でポイントが安定しないのは、ベッド回転率と経管栄養の実施割合である。人員配置を厚くすることによってポイントを上げることが可能であれば、あえてベッド回転率は低くても超強化型をとれる状況ではある。その場合のポイント指標は表2のとおりとなる。

リハビリでは、リハビリ専門職3人体制で週3回以上のリハビリテーション・サービスを提供し続けることは厳しいので、どうしても5人体制が必要である。しかしリハビリ専門職2人分の人件費は加算によっても十分に賄えない可能性がある。

また利用者（家族）の負担を考えたときに、施設側としては高い報酬が入ることはありがたいが、利用者の中には経済的に困窮している人もいて、一概に高い加算を取ることが好ましいとはいえない（表3）。また人を増やして、加算が取れなくなるというリスクは避けたい。こうした理由が超強化型の加算を取得することを躊躇させる。

そして、さらにまた問う。超強化型の老健施設をめざしていくことが、自分たちがめざす老健施設の姿であるのか。もし、その答えがイエスであり、なおかつ、利用者の利益にもつながるのであれば、人件費と加算収入の問題は、度外視して解決させねばならないだろう。なぜ自己犠牲的なことを覚悟するのかといえば、いくら制度が変われど、その地域の人材や資源・多様性を生かしながら下支えとして使命を果たし、ひいては地域へさまざ

まな還元をしていくことが、老健施設の存在の意味であり、今後も存続できる唯一の方法だと考えるからである。

平成30年に従来型から在宅強化型に移行したことは、これまで述べてきたとおりであるが、さらにその上をめざして「超強化型もいけますよ」とやる気のある職員は言う。ただ超強化型の加算で問題になるのは、老健施設での介護職人材が不足する現状の中で、在宅復帰率やベッド回転率を上げるために職員に過重の労働を強いることにならないかということである。一方では「働き方改革」で「年間の時間外労働を減らせ」、「有給休暇の取得率を増やせ」という時代に、いまより過重になる要件をクリアするための業務改善は、難しいのではないだろうかと思雇主サイドからは考えている。

「働き方改革」がいわれている中で、今後は入所者を、「A：在宅復帰可能な人」、「B：現状維持できる人」、「C：看取りまで」と3つのカテゴリに分け、それぞれに必要なケアアプローチを提供していくという方法で職員への負担を大きく減らすことも考えられるのではないだろうか。

ベッド回転率を上げれば、ベッドの稼働率が下がるなど、一挙両得のようなわけにはいかないし、より上の類型をめざすということが目的になってもどうかと考える。

いずれにせよ、老健施設も在宅療養を支えていく役割が大きくなってきている。そういった意味では、在宅療養への足がかりとして老健施設をもっと活用できるようになるのではないかと考えている。

	在宅強化型	超強化型
要介護1	818	864
要介護2	892	938
要介護3	954	1,000
要介護4	1,010	1,056
要介護5	1,065	1,111

表3 単位表