

人口減少と高齢化の先進地域における

老健の経営戦略

立津 梨恵

キーワード：介護老人保健施設、在宅復帰、在宅療養支援

1. はじめに

介護老人保健施設（老健）は、病院に入院している要介護老人の「家庭復帰」を促すために、看護、介護、リハビリテーションを中心とする医療ケアと生活サービスを提供する多職種協働施設として、昭和 62 年に全国 7 箇所からスタートした。しかし、在宅への退所率の低下や入所期間の長期化が進み、「入所施設」「特養待機施設」としてのイメージを強め、当初想定したものとは異なる形態となる施設は少なくなかった。

そのような中、平成 29 年に介護保険法が改正され、老健はこれまでの「在宅復帰」に加え「在宅療養支援」を担う施設であることが明確化された。また、同 8 条における老人保健施設の定義において、これまでの「要介護者に対し」から「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ものに対し」と厚生省令により上位に定義が示された。

また、平成 30 年度介護報酬改定では、基本報酬は 10 項目の在宅復帰／在宅療養支援等指標（①在宅復帰率、②ベッド回転率、③入所前後訪問指導割合、④退所前後訪問指導割合、⑤居宅サービス実施数、⑥リハ専門職配置割合、⑦支援相談員配置割合、⑧要介護 4・5 以上割合、⑨喀痰吸引実施割合、⑩経管栄養実施割合）で 4 つの型（超強化、在宅強化、加算、基本）に分類されることになり、加えて「退所時指導」「退所後の状況確認」及び「リハビリテーションマネジメント」は 4 つの類型全てに、「地域貢献活動」は加算型以上に、「充実したリハ」は在宅強化型以上に要件化される形となった。また、地域包括ケア病棟からの在宅復帰の指標から老健が外れたことも、老健にとって大きな影響を与えることとなった。更には平成 30 年 4 月から始まった、長期

的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とした、介護医療院は、「医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設」と明示されている。

このように老健を取り巻く環境が変わる中で、老健に対しては、これまで以上に「在宅復帰」及び「在宅療養支援」に特化した機能を発揮することが求められている。

本稿では、少子高齢化の先進地域であり、人口減少の一方で高齢者しかも高齢者単身世帯／高齢者夫婦世帯の増加している熊本県人吉市にある介護老人保健施設Rにおける、これまでの入所者の入所・退所の状況と、入所者の心身の状態および社会的な状況のデータを収集し、それぞれの関連性を分析する。

これらの分析結果から、今後、予想される在宅復帰を核とした老健の機能を検討し、この機能を発揮するために必要な老健の経営戦略について考察することを目的とする。

なお、今回の研究における倫理的配慮については、兵庫県立大学大学院経営研究科研究倫理審査委員会の審査を受けた（2018-0001）。

本稿は9節で形成されており、第1節では、老健の現状と本研究の目的、第2節では、研究の対象と範囲である介護老人保健施設Rと、所在地である熊本県人吉市（球磨地方）の概要を述べる。第3節ではRの財務状況を評価し、第4節ではRの利用者像の把握を行う。第5節では特に在宅復帰に着目し、過去1年間の利用者を在宅復帰した群とそれ以外に分類し、その特性を調べることで、今後の在宅復帰の見通しを述べる。第6節ではこれまでの現状分析より予想されるRの今後の課題をまとめ、第7節で新規顧客獲得シミュレーション、第8節で経営戦略を述べ、第9節をまとめとした。

2. 研究の対象と範囲

2-1. 介護老人保健施設Rの概要

介護老人保健施設Rは、熊本県人吉市に、平成4年、有床診療所を持つ医療法人を母体とし、開設された。昭和62年の有床診療所の開院当初より、「地域に不足している医療介護分野にチャレンジし、地域の住民が病気や障害を持って、住み慣れた地域で必要なサービスを受け、生きがいを持って生活できるよう支援し、地域に貢献すること」を医療法人の運営の柱としてきた。

特に老健としては「いかにして在宅で満足して生活していただけるか」ということを念頭に、老健の役割である「在宅復帰」はもとより、その後の「在宅生活支援」に

も力を注いできた。開設当初は、入所定員 70 名、通所定員 30 名でのスタートであったが、現在は入所定員 80 名、通所定員 65 名で、また居宅介護支援事業所を併設する形で運営している。また、現在、利用者の約 7 割が人吉市より、残り 3 割が人吉市を除く球磨地方全域より集まっている。

平成 24 年度介護報酬改定以降、R は、数月を除き、ほぼ在宅強化型（平成 30 年 4 月以降は超強化型）を維持している。医療法人全体から見ても R の収益は全収益の 7 割程度を占める大きな収益源となっている。

2-2. 熊本県人吉市およびその周辺地域（球磨地方）の概要

老健 R は、熊本県人吉市（球磨地方の中心）に位置する。

球磨地方は、東西 52km、南北約 47km からなっており、面積は 1536.57 平方キロメートルで、熊本県の総面積の約 2 割を占め、その 8 割が森林で占められている。球磨地方は 1 市 4 町 5 村で構成され、球磨地方全体の人口は 2015 年国勢調査で 88,820 人であり、65 歳以上人口割合が 35.0% と高齢化が進んでいる。人吉市の人口は 2015 年国勢調査で 33,880 人であり、高齢化率は 34.4% である

2018 年に示された国立社会保障・人口問題研究所の将来推計を図表 1 に示す。球磨地方全体/人吉市ともに、65 歳以上人口は 2025 年に向け、ほぼ変わらず推移すると考えられている。一方、人口減少はさらに進行すると予想され、高齢者単身世帯/高齢者夫婦世帯の増加が見込まれる。2025 年以降は、更に急速に人口減少および高齢化が進む見通しとなっており、2045 年の予想値では、総人口は球磨地方全体で 51,634 人（2015 年比で 58.1%）、人吉市で 21,632 人（2015 年比で 63.8%）まで減少。65 歳以上人口は球磨地方全体で 24,247 人（2015 年比で 78.0%）、人吉市で 10,080 人（2015 年比で 86.4%）であり、高齢化率はそれぞれ、47.0% と 46.6% となるという¹。

老健は人吉市内に R を含む 4 施設 223 定員、人吉市以外の球磨地方全域に 3 施設 210 定員ある²。

3. R の財務分析

R の平成 27 年度末～平成 29 年度末の損益計算書は図表 2 のとおりである。

¹ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成 30（2018）年推計）。

² 一般社団法人熊本県老人保健施設協会ホームページ「施設紹介」。

図表 1：熊本県人吉市及び球磨地方の将来人口推計

| 人吉市人口(人) | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 総人口 | 33,880 | 31,889 | 29,817 | 27,711 | 25,683 | 23,658 | 21,632 |
| 65歳以上人口 | 11,668 | 12,114 | 12,153 | 11,899 | 11,378 | 10,796 | 10,080 |
| 65~74歳 | 5,018 | 5,401 | 4,918 | 4,362 | 3,799 | 3,444 | 3,280 |
| 75歳以上 | 6,650 | 6,713 | 7,235 | 7,537 | 7,579 | 7,352 | 6,800 |
| 高齢化率 | 34.4% | 38.0% | 40.8% | 42.9% | 44.3% | 45.6% | 46.6% |
| 球磨地方全域人口(人) | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 |
| 総人口 | 88,820 | 82,336 | 75,806 | 69,433 | 63,384 | 57,434 | 51,634 |
| 65歳以上人口 | 31,088 | 31,982 | 31,518 | 30,203 | 28,286 | 26,367 | 24,247 |
| 65~74歳 | 13,232 | 14,626 | 13,139 | 11,047 | 9,350 | 8,517 | 8,209 |
| 75歳以上 | 17,856 | 17,356 | 18,379 | 19,156 | 18,936 | 17,850 | 16,038 |
| 高齢化率 | 35.0% | 38.8% | 41.6% | 43.5% | 44.6% | 45.9% | 47.0% |

(国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)データを基に筆者作成。)

例年、介護事業収入のうち、約6割を入所から、残り4割を通所及びショートステイにより得ており、介護事業収益合計額は平成27年度趨勢からもわかるように、ほぼ横ばいで推移している。これは、Rが在宅強化型(平成30年度介護報酬改定では超強化型)老健をほぼ毎月保持していることの影響が大きい(在宅強化型を算定できなかった月が平成28年度で2月、平成29年度で1月あった。また、平成27年度から平成29年度にかけてベッド稼働率は98.9%~96.2%で推移しており、ベッド回転率は19~10%(平均12%程度)であった。)

介護事業費用を見ると、給与費率が54.1%→55.7%→58.1%と徐々に増加しており、平成27年度趨勢でも平成28年度で+2.1%、平成29年度で+7.5%と上昇している。これが主な原因となり、介護事業利益率は11.5%→9.5%→9.3%、経常利益率は10.6%→9.2%→8.9%と減少傾向にある。しかしながら、厚生労働省老健局老人保健課の平成29年度介護事業経営実態調査結果によると、介護老人保健施設の給与比率の平均は平成26年度で58.5%、平成27年度で59.6%、平成28年度で60.1%まで上昇しており³、Rは全国平均よりは低めとなっている。リハ職員数や支援相談員数も超強化型算定に余裕がないことから、新規採用も検討中である。この結果として、人件費は今後も増加することが予想される。

³ 厚生労働省老健局老人保健課「平成29年度介護事業経営実態調査結果各サービス別総括表」(P.4) 介護老人保健施設1施設・事業所当たり収支額・収支等の科目。

減価償却費率は、新規設備投資をほぼ行っていないことから、5.3%→4.8%→3.8%と減少傾向にあり、償却前経常利益率は15.6%→14.0%→12.7%と減少傾向にある。

以上をまとめると、今後も安定した償却前経常利益率を残すためには、これ以上事業費用の主な構成要因である人件費率を抑えることは厳しい見通しである。したがって、収益を上げていくことを検討しなければならない。収益を上げるには、まず、今後も安定して超強化型を維持することが前提となる。

図表2：損益計算書

| 損益計算書構成比率 | H27年度 | H28年度 | (H27年度比) | H29年度 | (H27年度比) |
|--------------|-------|--------|----------|--------|----------|
| 入所収益 | 61.6% | 60.1% | 101.7% | 60.6% | 98.5% |
| 通所、ショートステイ収益 | 35.2% | 35.8% | 97.2% | 36.2% | 102.8% |
| その他収益 | 3.2% | 4.1% | 127.8% | 3.2% | 102.4% |
| 介護事業収益合計 | 100% | 100.0% | 99.2% | 100.0% | 100.1% |
| 材料費 | 3.0% | 2.9% | 96.1% | 3.0% | 100.8% |
| 給与費 | 54.1% | 55.7% | 102.1% | 58.1% | 107.5% |
| 委託費 | 11.8% | 12.1% | 101.5% | 11.5% | 98.0% |
| 設備関係費 | 10.7% | 10.7% | 99.2% | 8.1% | 75.4% |
| (減価償却費) | 5.3% | 4.8% | 89.4% | 3.6% | 67.3% |
| 研究研修費 | 0.1% | 0.1% | 82.4% | 0.1% | 51.3% |
| 経費 | 8.8% | 9.1% | 102.1% | 9.9% | 112.6% |
| 介護事業費用合計 | 88.5% | 90.5% | 101.4% | 90.7% | 102.6% |
| 介護事業利益 | 11.5% | 9.5% | 82.0% | 9.3% | 81.1% |
| 介護事業外収益 | 0.3% | 0.4% | 125.8% | 0.2% | 81.1% |
| 介護事業外費用 | 1.2% | 0.7% | 54.0% | 0.7% | 54.3% |
| 経常利益 | 10.6% | 9.2% | 86.4% | 8.9% | 84.2% |
| 臨時収益 | 0.0% | 0.4% | 1144.4% | 0.0% | 0.0% |
| 臨時費用 | 3.1% | 2.8% | 87.7% | 2.8% | 88.9% |
| 税引前当期純利益 | 7.5% | 6.9% | 90.7% | 6.1% | 81.8% |
| 税引後当期純利益 | 7.5% | 6.1% | 80.4% | 5.8% | 78.3% |

(平成29年度医療法人K会決算報告書(老健部門)を基に筆者作成。)

4. Rの利用者の特性

平成29年1月1日から平成29年12月31日までに、介護老人保健施設Rに入所していた利用者のデータを用いて、Rの現在の利用者の特性を調査した。入退所状況/1年以上の長期入所者に関して現状分析を行い、結果を『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて(公益社団法人 全国老人保健施設協会(平

成 30 年 3 月 報告))』と比較し、主に全国の在宅強化型⁴老健と比べた利用者像の推定を行った。

4-1. 入所者分析

平成 29 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までに入所した 110 名の内容は図表 3～5 のとおりとなる。入所元は在宅等からの入所が全国の在宅強化型と比べても多く、残りは、ほぼ医療機関からであった。

入所者のうち、初回入所者（ショートステイ、通所利用は除く）は 45 名（40.9%）、再入所者は 65 名（59.1%）であった。再入所者の入所元をみると、医療機関が 25 名、介護保険施設が 1 名、在宅が 39 名であった。

図表 3：入所前の居所別割合

| 入所元割合(%) | R | 在宅強化型 | 従来型加算あり | 従来型加算なし | 療養型/療養強化型 |
|----------|-------|-------|---------|---------|-----------|
| 医療機関 | 43.6% | 48.0% | 59.6% | 70.9% | 64.1% |
| 介護保険施設 | 1.8% | 2.1% | 2.4% | 3.1% | 4.1% |
| 在宅等 | 54.5% | 47.4% | 35.7% | 24.4% | 30.1% |
| その他 | 0.0% | 2.5% | 2.3% | 1.6% | 1.8% |

図表 4：1 か月あたり入所者数および再入所者の検討

| 再入所者(65人)分析 | R | 在宅強化型 |
|--------------------------|-------|-------|
| ①1か月あたり平均入所者数(人/100床) | 11.46 | 14.2 |
| ②1か月あたり病院からの再入所(人/100床) | 2.60 | 2.3 |
| ③1か月あたり自宅等からの再入所(人/100床) | 4.06 | 4.8 |
| ①における②の割合 | 22.7% | 16.2% |
| ①における③の割合 | 35.5% | 33.8% |
| ①における(②+③)の割合 | 58.2% | 50.0% |

(全国老人保健施設協会データ⁵およびR診療録(平成 29 年利用者)を基に筆者作成。)

⁴ 平成 27 年度介護報酬改定における在宅強化型老健の傾向と比較を行った。

⁵ 公益社団法人全国老人保健施設協会(平成 30 年 3 月)『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて』P. 17、P. 30。

図表 5 : 初回入所者入所元

| 初回入所者(45人)入所元分析 | 人数(人) | 初回入所者全体に占める割合 |
|-----------------|-------|---------------|
| 医療機関 | 23 | 51.1% |
| 高度急性期・急性期 | 4 | 8.9% |
| 地域包括ケア病棟 | 11 | 24.4% |
| 回復期リハビリテーション病棟 | 4 | 8.9% |
| 療養型 | 4 | 8.9% |
| 介護保険施設 | 1 | 2.2% |
| 在宅 | 21 | 46.7% |

(R診療録(平成29年利用者)を基に筆者作成。)

初回入所者は45名の入所元の分布は、在宅からが21名(46.6%)と最多であり、次に地域包括ケア病棟が11名(8.9%)であった。

全国の在宅強化型と比較すると、入所元割合は在宅からがやや多めで、残りが医療機関からという傾向が確認された。1か月あたりの入所者数は少なめ(在宅強化型平均の81%)であり、再入所者が占める割合が多かった。

4-2. 退所者分析

平成29年1月1日から12月31日までに退所した108名の内容は図表6～9のとおりとなる。退所先は医療機関が全国の在宅強化型と比べて多く、死亡の割合が少なめであった。

なお、病床100床に換算した年間退所者数はRは137.5名であるが、全国の在宅強化型老健は166.1名であり⁶少なめであった。また入所期間に関しては、全国の在宅強化型老健と比べて、31日～120日の割合が少ない傾向にあり、全体的に長めになっていた(ちなみに、30日未満の入所者割合は、全国と比べて多めであったが、彼らのほとんどが、入所後に状態が変化し医療依存度が高くなったことによる高度急性期・急性期病院等への転院であった)。

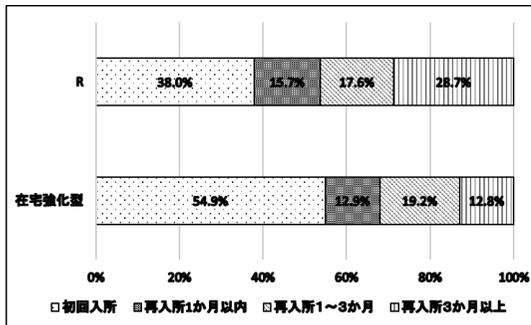
前回入所からの期間では初回入所者の割合が少ない傾向が確認された。退所先が施設もしくは在宅等の者における在宅での介護力の分析では、介護力なしの割合もやや多い傾向がみられた。独居の割合が多いことも分かった。

⁶公益社団法人全国老人保健施設協会(平成30年3月)『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて』P.32。

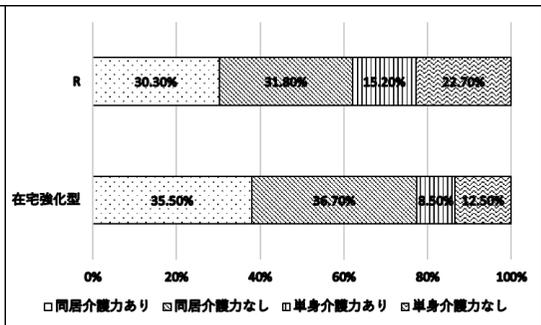
図表 6 : 退所先割合

| 退所先割合(%) | R | 在宅強化型 | 従来型加算あり | 従来型加算なし | 療養型/療養強化型 |
|----------|-------|-------|---------|---------|-----------|
| 医療機関 | 35.9% | 23.4% | 37.9% | 60.2% | 40.9% |
| 介護保険施設 | 8.7% | 9.6% | 12.9% | 11.2% | 12.6% |
| 在宅等 | 55.3% | 58.2% | 40.5% | 17.4% | 32.4% |
| 死亡 | 0.0% | 6.8% | 7.1% | 10.3% | 13.2% |
| その他 | 0.0% | 2.0% | 1.6% | 0.8% | 0.9% |

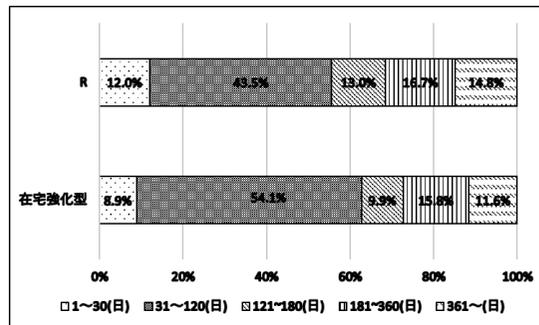
図表 7 : 前回入所からの期間



図表 8 : 在宅介護力分析 (退所先が施設及び在宅等)



図表 9 : 入所期間



(全国老人保健施設協会データ⁷およびR診療録(平成29年利用者)を基に筆者作成。)

4-3. その他の分析

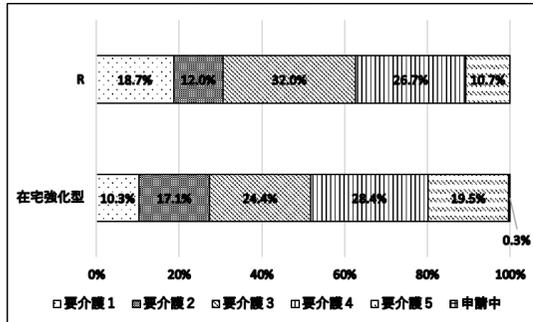
一年以上長期入所者の占める割合、入所者の要介護度、入所者の認知症高齢者の日常生活自立度の平成29年12月31日時点の状況は、図表10~12となった。一年以上長期入所者が占める割合は、全国の在宅強化型と比べてやや多くなっていた。要介護度は軽度の者が多い傾向であり、認知症高齢者日常生活自立度は重度の者の占める割合が多くなっていた。

⁷公益社団法人全国老人保健施設協会(平成30年3月)『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて』P.33、P.68、P78、P.66。

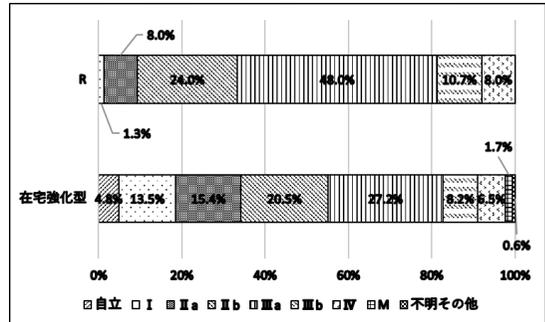
図表 10：一年以上長期入所者の占める割合

| 長期入所者分析 | R | 在宅強化型 | 従来型加算あり | 従来型加算なし | 療養型/療養強化型 |
|-------------------|------|-------|---------|---------|-----------|
| 一年以上長期入所者(人/100床) | 26.3 | 21.4 | 34.5 | 50.0 | 41.0 |

図表 11：要介護度



図表 12：認知症高齢者日常生活自立度



(全国老人保健施設協会データ⁸およびR診療録(平成29年利用者)を基に筆者作成。)

4-4. 考察

これまでの結果より、全国の在宅強化型老健と比べ、Rは年間100床あたりの入所者数/退所者数ともに少ない傾向にあり、ベッド回転率⁹が低いことがわかった。入所期間の割合をみると、31日～120日の層が全国の在宅強化型と比べて少ないことから、この層の利用者を増やすことが回転率の改善につながると考えられた。

また、初回利用者が少なく、リピーターが割合が多く、認知症が進行した利用者が多い傾向にあると推定される。入所期間は長めであり、比較的長期間施設に滞在しながら、在宅等との行き来を行っているものと推定された。

介護環境としても独居者の割合が全国と比べて多く、在宅介護力が不十分な者の割合が多かった。また、今回の調査にてRの初回入所者の実に1/4が、地域包括ケア病棟からの患者であることが分かった。平成30年介護報酬改定で、地域包括ケア病棟からの在宅復帰の指標から老健が外れたことは、今後のRの初回入所者の獲得がさらに困難になると考えた。

⁸公益社団法人全国老人保健施設協会(平成30年3月)『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて』P49、PP.41-42。

⁹平成30年介護報酬改定による、介護老人保健施設におけるベッド回転率計算式は、 $30.4 \div \text{直近3か月の延入所者数} \times (\text{直近3か月の新規入所者の延数} + \text{直近3か月の新規退所者数})$ 。

5. Rの自宅退所者の分析

次に、自宅退所に着目し、過去1年間の利用者を自宅退所した群とそれ以外に分類し、その特性を調べた。

5-1. 老健の在宅復帰に関する先行研究

老健における在宅復帰阻害要因および促進要因に関する先行研究は以下のとおりである。

5-1-1. 老健の在宅復帰阻害要因に関する先行研究

全国老人保健施設協会の『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて～在宅復帰阻害要因の検討と在宅復帰機能の強化策～』事業によると1年以上の長期入所者における退所困難理由としては、「特養の入所待ち」、「家族の希望」、「認知症が重度」などが主な原因として挙げられた¹⁰。また、在宅復帰の見込みが立たない事例や阻害する要因の具体例としては「家族の希望」、「低所得のため、居住系施設への方向性が困難／自宅改修が困難」、「地域の支援が少ない（24時間対応）」、「リハビリ継続の希望」などが挙げられた¹¹。

奥野（2006）によると、家庭復帰を希望した入所者でその介護者が在宅へ受け入れる意向があるものは34.6%と低く、本人と介護者の間に差が見られた。介護者が在宅の受け入れ困難と判断する理由は、「家族の協力が無い」、「問題行動が一つ以上ある」、「ベッド上で寝て過ごす時間の長さ」、「介護保険制度の知識が無い」であった。また、在宅生活を望まない入所者／受け入れ意向のない介護者共に、その理由としてあげたものは「昼間一人」、「身の回りのことに介助が必要」であった。認知症の介護負担増大は重症度や日常生活自立度ではなく、問題行動が一つでもあると、在宅での受け入れが8倍困難になるという結果が示されていた¹²。

5-1-2. 老健の在宅復帰促進要因に関する先行研究

奥野（2006）によると、在宅受け入れ意向のある介護者が提示している条件は「ト

¹⁰ 公益社団法人全国老人保健施設協会（平成30年3月）『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて』P. 48。

¹¹ 同上P. 50。

¹² 奥野純子（2006）「介護老人保健施設在所者の家庭復帰へ影響する要因—介護者の在宅受け入れへの移行に影響する要因より—」日老医誌 43(1)P. 110。

イレが自立している」、「身の回りのことができる」に要望が高く、在宅復帰のためには所在者の生活機能を高めることは必須であると考えられた¹³。

また、吉本（2011）によると、在宅支援を促すことによる在宅復帰の促進要因として、「入所元が家庭である」^{14, 15, 16, 17, 18, 19}、「移動能力あるいは ADL が高い」^{14, 16, 20, 21}、「認知症が重度ではない」^{15, 21, 22}、「入所期間が相対的に短い」^{14, 15, 17, 20}などが挙げられた²³。

5-2. 研究調査方法

5-2-1. 調査対象

平成 29 年 1 月 1 日から平成 29 年 12 月 31 日までに、介護老人保健施設 R に入所していた利用者を対象に調査を行った。

5-2-2. 調査項目

先行研究における老健の在宅復帰促進要因/阻害要因を基に以下の 28 項目に関して調査を行った。

1)性別、2)年齢、3)入所日数、4)経済状況、5)入所経路、6)要介護度、7)障害高齢

¹³奥野純子(2006)「介護老人保健施設在在者の家庭復帰へ影響する要因—介護者の在宅受け入れへの移行に影響する要因より—」日老医誌 43(1)P. 110。

¹⁴石崎達郎(1995)「大都市近郊の老人保健施設入所者の退所先に影響を与える因子」『日本老年医学会雑誌』32(2)PP. 105-110。

¹⁵佐々木和人(1997)「老人保健施設入所患者が家庭復帰可能となる因子とその対策」『総合リハビリテーション』25(5)PP. 465-471。

¹⁶檜村裕美(1996)「老人保健施設入所者の身体・精神状況 退所先「家庭」・「家庭以外」別にみた分析」『厚生指針』43(7)PP. 9-14。

¹⁷Nobuhiro, N(2005)「Research of Geriatric Intermediate Care Facility Users in a Suburb of a Metropolis: Independent type」『日本健康医学会雑誌』13(4)PP. 28-32。

¹⁸西浦公朗(1999)「大都市近郊にある老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する因子について」『日本老年医学会雑誌』36(7)PP. 479-488。

¹⁹池崎澄江(2006)「介護老人保健施設における在宅復帰に関連する施設因子と入所者因子の分析」『病院管理』43(1)PP. 9-21。

²⁰石崎達郎(1992)「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響を与える因子 老人保健施設有効利用のために」『日本公衆衛生雑誌』39(2)PP. 65-74。

²¹菊池忍(2000)「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する因子 入所者の諸因子から見た影響因子」『北里理学療法学』3, PP65-68。

²²九津見雅美(2004)「介護老人保健施設入所者の退所先とその関連因子の検討」『ジェロントロジーニューホライズン』17(1)PP95-102。

²³吉本照子(2011)「老人保健施設の在宅支援機能と関連する因子および取り組みに関する文献検討：1987-2010年」『千葉看会誌』Vol. 17, No1, P. 65。

者日常生活自立度、8) 認知症高齢者日常生活自立度、9) 主病名、10) 医療処置の有無、11) 長谷川式認知症スケール(HDSR)、12) Mini Mental State Examination(MMSE)、13) 認知症周辺症状(BPSD)の有無、14)Functional Independence Measure (FIM) (総得点)、15) FIM(セルフケアトイレ)、16) FIM(排泄排尿)、17) FIM(排泄排便)、18) FIM(移乗トイレ)、19) FIM(移動歩行車いす)、20) FIM(移動階段)、21)同居家族人数、22)独居もしくは高齢夫婦のみの世帯であるかどうか、23)主介護者の続柄、24)主介護者宅からの距離、25)介護者の介護能力、26)介護者の介護姿勢、27)日中の状況、28)家屋の状況の計 28 項目である。

なお、全項目を退所時の状況での調査とした。調査時点でも継続入所中の群に関しては、平成 30 年 6 月 30 日時点の状況とした。また要介護度、障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、主介護者宅からの距離、介護能力、介護姿勢、日中の状況、家屋の状況に関しては、図表 13 のような順序尺度を用いた。家屋の状況に関しては不明の群は除いて統計処理を施行した。

図表 13：順序尺度化した調査項目

| |
|---|
| <p>要介護度 1=要介護1 2=要介護2 3=要介護3 4=要介護4 5=要介護5</p> <p>障害高齢者日常生活自立度、 9=自立 8=J1 7=J2 6=A1 5=A2 4=B1 3=B2 2=C1 1=C2</p> <p>認知症高齢者日常生活自立度 8=自立 7=I 6=II a 5=II b 4=III a 3=III b 2=IV 1=M</p> <p>主介護者宅からの距離 1=同居 2=3km以内 3=3から10km 4=10km以上二次医療圏内 5=二次医療圏外</p> <p>介護者の介護能力 1=なし(介護者も要介護状態) 2=見守りのみ可能 3=身体介護がほぼできる(一部不可能) 4=あり(問題なし)</p> <p>介護者の介護姿勢 1=180日/年以上施設入所希望で短期間在宅非協力的 2=180日/年以上施設入所希望で短期間在宅協力的 3=180日/年以下施設入所希望 4=施設入所希望なし</p> <p>日中の状況 1=一人 2=時々家族が様子を見に来る 3=一時的に一人になることがある 4=常に家族がいる</p> <p>家屋の状況 1=介護に適していない場所が多い 2=一部介護に適していない部分がある 3=介護に適している 4=不明 ※この変数に関わる統計処理に関しては、4=不明の群は除いて施行</p> |
|---|

5-2-3. 調査方法

診療録等を基に上記 28 の項目に関してデータを収集した。分析は全対象者を、自宅退所となった者(自宅群)と、自宅以外へ退所となった者(非自宅群)の 2 群に分類し、比較した。自宅群と非自宅群での各項目における、単変量解析として、Welch の t

検定、 χ^2 乗検定をおこない、p 値 0.05 以下を有意差ありとした。また、目的変数を自宅退所の有無とし、単変量解析で有意差を認めた項目を説明変数に投入し、ロジスティック回帰分析を行った。

次に、要介護 3・4・5 の重度要介護者のみを対象とし、同様の方法で、自宅群と非自宅群での比較及び分析を行った。

5-3. 結果

5-3-1. 対象者の特性

対象者の特性を図表 14~16 に示した。

図表 14：調査対象者属性その 1

| 項目 | n(%) | 項目 | n(%) |
|----------|----------------------|--------|-----------|
| 性別 | | 入所経路 | |
| 男性 | 54 (30.3) | 自宅 | 83(46.6) |
| 女性 | 124(69.7) | 施設 | 14(7.9) |
| 年齢(範囲) | 86.4±7.1(62~105) | 病院 | 81(45.6) |
| 入所日数(範囲) | 306.9±308.7(10~1794) | 退所経路 | |
| 経済状況 | | 自宅 | 60(33.7) |
| 負担限度額あり | 111(62.4) | 自宅以外 | 118(66.3) |
| 負担限度額なし | 67(37.6) | 自宅施設 | 24(13.5) |
| 主病名 | | 介護保険施設 | 13(7.3) |
| 認知症 | 71(39.9) | 病院 | 48(27.0) |
| 脳血管障害 | 42(23.6) | 死亡 | 1(0.6) |
| 骨折 | 10(5.6) | 現在も入所中 | 38(18.0) |
| その他 | 55 (30.9) | | |

図表 15：調査対象者属性その 2

| 項目 | n(%) | 項目 | n(%) |
|---------------|-------------------|--------------|-------------------|
| 要介護度 | | HDSR(範囲) | 11.5±8.3(0~30) |
| 平均 | 3.0±1.3 | MMSE(範囲) | 13.9±7.8(0~30) |
| 1 | 32(18.0) | 医療処置 | |
| 2 | 29(16.3) | あり | 32(18.0) |
| 3 | 47(26.4) | なし | 146(82.0) |
| 4 | 46(25.8) | BPSD | |
| 5 | 24(13.5) | あり | 14(7.9) |
| 障害高齢者日常生活自立度 | | なし | 164(92.1) |
| A1/A2 | 5(2.8)/58(32.6) | FIM総得点(範囲) | 60.8±23.5(18~102) |
| B1/B2 | 27(15.2)/68(38.2) | FIM排泄関連(範囲) | |
| C1/C2 | 5(2.8)/15(8.4) | セルフケア(トイレ動作) | 2.9±2.0(1~7) |
| I | 3(1.7) | 排泄(排尿コントロール) | 3.1±2.0(1~7) |
| 認知症高齢者日常生活自立度 | | 排泄(排便コントロール) | 4.3±2.0(1~7) |
| IIa/IIb | 13(7.3)/59(33.2) | 移乗(トイレ) | 3.6±1.7(1~6) |
| IIIa/IIIb | 72(40.5)/17(9.6) | FIM移動関連(範囲) | |
| IV | 12(6.7) | 移動(歩行・車いす) | 3.3±1.8(1~7) |
| M | 2(1.1) | 移動(階段) | 2.3±1.7(1~6) |

図表 16：調査対象者属性その 3

| 項目 | n(%) | 項目 | n(%) |
|--------------|--------------|------------------|-----------|
| 家族人数(範囲) | 2.5±1.7(1~9) | 介護能力 | |
| 独居及び高齢世帯夫婦 | 91(51.1) | あり(問題なし) | 81(45.6) |
| 主介護者 | | 身体介護一部不可能 | 52(29.2) |
| 配偶者 | 18(10.1) | 見守り程度は可能 | 32(18.0) |
| 息子 | 36(20.2) | なし | 13(7.3) |
| 娘 | 61(34.3) | 介護姿勢 | |
| 嫁 | 30(16.9) | 在宅生活希望 | 32(18.0) |
| 兄弟姉妹 | 15(8.4) | 180日/年未満施設入所希望 | 20(11.2) |
| その他 | 18(10.1) | 180日/年以上施設入所希望 | 82(46.1) |
| 主介護者宅からの距離 | | 180日/年以上施設入所希望 | 44(24.7) |
| 同居 | 101(56.7) | 短期間在宅生活協力的 | 100(56.2) |
| 3km以内 | 32(18.0) | 常に家族がいる | 25(14.0) |
| 3-10km | 15(8.4) | 一時的に一人になる時間帯がある | 19(10.7) |
| 10km以上二次医療圏内 | 8(4.5) | 大半を一人で過ごす | 34(19.1) |
| 二次医療圏外 | 22(12.4) | 一人 | 37(20.8) |
| | | 介護に適している | 92(51.7) |
| | | 一部介護に適していない箇所がある | 36(20.2) |
| | | 介護に適していない | 13(7.3) |
| | | 不明 | |

図表 17: 単変量解析結果

| 項目 | 全対象者(n=178) | | | 要介護3,4,5(n=117) | | |
|------------------|-------------|-------------|--------|-----------------|-------------|--------|
| | 自宅(n=60) | 非自宅(n=118) | p | 自宅(n=34) | 非自宅(n=83) | p |
| 性別(女性(%)) | 78.3 | 65.3 | 0.62 | 70.6 | 61.4 | 0.344 |
| 年齢(才) | 86.4±8.2 | 86.4±6.6 | 0.982 | 85.6±7.7 | 86.1±6.6 | 0.712 |
| 入所日数(日) | 212.1±253.1 | 355.1±338.2 | 0.002* | 211.9±304.9 | 381.8±365.7 | 0.012* |
| 経済状況(制限あり(%)) | 58.3 | 64.4 | 0.438 | 55.9 | 67.5 | 0.255 |
| 主病名(%) | | | | | | |
| 認知症 | 38.3 | 40.7 | 0.763 | 26.5 | 36.1 | 0.314 |
| 脳血管障害 | 26.7 | 22.0 | 0.491 | 26.5 | 26.5 | 0.997 |
| 骨折 | 8.3 | 4.2 | 0.262 | 5.9 | 2.4 | 0.348 |
| その他 | 26.7 | 33.1 | 0.384 | 41.2 | 34.9 | 0.525 |
| 入所経路(%) | | | | | | |
| 自宅 | 71.7 | 33.9 | 0.000* | 61.8 | 33.7 | 0.005* |
| 施設 | 1.7 | 11.0 | 0.028* | 0.0 | 7.2 | 0.107 |
| 病院 | 26.7 | 55.1 | 0.000* | 38.2 | 59.0 | 0.041* |
| 要介護度(点) | 2.7±1.3 | 3.1±1.3 | 0.045* | 3.7±0.8 | 3.9±0.8 | 0.254 |
| 障害高齢者日常生活自立度(点) | 4.0±1.3 | 3.5±1.2 | 0.022* | 3.4±1.3 | 3.1±1.1 | 0.199 |
| 認知症高齢者日常生活自立度(点) | 4.7±1.0 | 4.1±1.1 | 0.000* | 4.3±1.0 | 3.8±1.0 | 0.009* |
| HDSR(点) | 14.2±8.4 | 10.1±8.0 | 0.002* | 10.9±8.4 | 8.3±7.4 | 0.125 |
| MMSE(点) | 16.2±7.5 | 12.8±7.8 | 0.005* | 13.1±7.9 | 10.8±7.7 | 0.169 |
| 医療処置(医療処置あり(%)) | 6.7 | 23.7 | 0.001* | 8.8 | 30.1 | 0.003* |
| BPSD(BPSDあり(%)) | 5.0 | 9.3 | 0.271 | 2.9 | 8.4 | 0.199 |
| FIM総得点(点) | 69.0±21.6 | 56.6±23.3 | 0.001* | 55.1±18.1 | 47.2±20.2 | 0.043* |
| FIM排泄関連(点) | | | | | | |
| セルフケア(トイレ動作) | 3.4±2.0 | 2.6±1.9 | 0.021* | 2.0±1.4 | 1.7±1.3 | 0.290 |
| 排泄(排尿コントロール) | 3.7±2.0 | 2.9±1.9 | 0.013* | 2.8±1.8 | 2.3±1.7 | 0.207 |
| 排泄(排便コントロール) | 4.8±1.8 | 4.1±2.1 | 0.013* | 4.0±2.0 | 3.5±2.0 | 0.186 |
| 移乗(トイレ) | 4.1±1.6 | 3.4±1.7 | 0.004* | 3.2±1.5 | 2.8±1.5 | 0.119 |
| FIM移動関連(点) | | | | | | |
| 移動(歩行・車いす) | 3.8±1.8 | 3.1±1.8 | 0.015* | 2.7±1.7 | 2.5±1.6 | 0.527 |
| 移動(階段) | 2.7±1.8 | 2.1±1.6 | 0.033* | 1.8±1.3 | 1.7±1.3 | 0.730 |
| 家族人数(人) | 2.7±2.0 | 2.4±1.6 | 0.200* | 3.0±2.1 | 2.4±1.5 | 0.193 |
| 独居及び高齢世帯夫婦(%) | 58.3 | 44.1 | 0.073 | 35.3 | 55.4 | 0.048* |
| 主介護者(%) | | | | | | |
| 配偶者 | 6.7 | 11.9 | 0.277 | 11.8 | 15.7 | 0.587 |
| 息子 | 16.7 | 22.0 | 0.399 | 17.7 | 20.5 | 0.726 |
| 娘 | 46.7 | 28.0 | 0.013* | 38.2 | 26.5 | 0.208 |
| 嫁 | 15.0 | 17.8 | 0.638 | 14.7 | 19.3 | 0.559 |
| 兄弟姉妹 | 6.7 | 9.3 | 0.547 | 11.8 | 8.4 | 0.575 |
| その他 | 8.3 | 11.0 | 0.575 | 5.9 | 9.6 | 0.509 |
| 主介護者宅からの距離(点) | 1.9±1.3 | 2.0±1.5 | 0.503 | 1.6±1.0 | 2.0±1.5 | 0.043* |
| 介護能力(点) | 3.4±0.9 | 3.0±1.0 | 0.003* | 3.4±0.9 | 3.0±0.9 | 0.043* |
| 介護姿勢(点) | 2.5±0.9 | 2.1±1.1 | 0.006* | 2.5±0.9 | 1.9±1.0 | 0.005* |
| 日中の状況(点) | 3.4±1.1 | 2.9±1.2 | 0.026* | 3.5±1.0 | 3.0±1.2 | 0.030* |
| 家屋の状況(点) | 2.3±0.6 | 1.9±0.7 | 0.000* | 2.4±0.5 | 1.8±0.6 | 0.000* |

対象は 178 名(男性 54 名、女性 124 名)、平均年齢は 86.4±7.1 歳であった。

入所経路は在宅から 46.6%、病院から 45.6%、施設から 7.9%であった。退所経路は自宅が 33.7%、それ以外が 66.3%(うち 18.0%は現在も入所中)であった。

介護者の状況は、平均家族人数は 2.5±1.7 であった。独居及び高齢夫婦世帯が現段階で 51.1%を占めた。

また、介護姿勢面をみると、7割を超える介護者が、長期間(年に 180 日以上)の施設入所を望んでおり、更には約 1/4 の介護者が、何らかの理由で短期間の在宅生活であっても困難であるとの意思を示していた。

5-3-2. 単変量解析結果

全対象者 (n=178) および、要介護 3・4・5 (n=117) を対象とし、単変量解析を行った結果は図表 17 のとおりである。

全対象者では、単変量解析において、入所日数、入所経路、要介護度、障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、HDSR、MMSE、医療処置の有無、FIM 総得点、FIM 排泄関連項目得点、FIM 移動関連項目得点、家族人数、主介護者が娘であること、介護能力、介護姿勢、日中の状況、家屋の状況にて有意差を認めた。

一方で、要介護 3・4・5 を対象とした場合は、入所日数、入所経路、認知症高齢者日常生活自立度、医療処置の有無、FIM 総得点、独居及び高齢夫婦世帯、主介護者宅からの距離、介護能力、介護姿勢、日中の状況、家屋の状況で有意差を認めた。

つまり、全入所者を対象としても、要介護 3・4・5 に限っても、入所日数は自宅群で短いことがわかり、入所経路は自宅から入所した者が自宅群で多く、病院から入所した者が非自宅群で多いことが分かった。

また、本人の ADL 機能、認知機能も自宅群の方が高かった。逆に医療処置が必要な者の割合は非自宅群が多かった。本人を取り巻く環境(介護環境)をみると、全利用者を対象とした調査で、自宅群の方が同居している家族の人数が多かった。

一方、要介護 3・4・5 では、自宅群では主介護者がより近くに住んでいることがわかり、非自宅群で独居及び高齢夫婦の割合が多かった。その他の介護能力、介護姿勢、日中の状況(昼間一人になる時間の長さ)、家屋の状況に関しては、両方の調査とも、自宅群のほうが介護に適した環境にあるものと考えられた。

5-3-3. ロジスティック回帰分析結果

全対象者 (n=178) および、要介護 3・4・5 (n=117) を対象とし、目的変数を自宅退所の有無とし、単変量解析で有意差を認めた項目を説明変数に投入し、ロジスティック回帰分析を行った結果は図表 18 のとおりである。

この結果、全利用者では、自宅からの入所であること、また医療処置がないことが、自宅への退所を促すことがわかった。一方、要介護 3・4・5 に限定すると、医療処置がないこと、家屋の状況が介護に適していることが、自宅への退所を促すことが分かった。

図表 18：ロジスティック回帰分析結果

| 全対象者ロジスティック回帰分析結果 | | | 要介護3,4,5ロジスティック回帰分析結果 | | |
|--------------------|----------|--------------|-----------------------|----------|----------------------------------|
| 変数名 | 退所経路オッズ比 | 95%CI | 変数名 | 退所経路オッズ比 | 95%CI |
| 入所日数 | 1.002 | 0.999 1.004 | 入所日数 | 1.001 | 0.998 1.004 |
| 入所経路自宅 | 0.66* | 0.007 0.584 | 入所経路自宅 | 0.000 | 0.000 0.00 |
| 入所経路病院 | 0.161 | 0.018 1.482 | 入所経路病院 | 0.000 | 0.000 0.000 |
| 要介護度 | 1.024 | 0.575 1.824 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 0.832 | 0.483 1.434 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 1.006 | 0.562 1.800 | 医療処置 | 6.600* | 1.316 33.092 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 0.674 | 0.398 1.141 | FIM(総得点) | 1.002 | 0.974 1.031 |
| 医療処置 | 4.752* | 1.105 20.425 | 単身及び高齢夫婦世帯 | 0.979 | 0.210 4.571 |
| HDSR | 0.918 | 0.822 1.025 | 主介護者の居住場所からの距離 | 1.303 | 0.784 2.165 |
| MMSE | 1.101 | 0.964 1.257 | 介護能力 | 0.564 | 0.280 1.139 |
| FIM(総得点) | 1.003 | 0.940 1.070 | 介護姿勢 | 0.722 | 0.450 1.157 |
| FIM(セルフケア トイレ動作) | 1.147 | 0.786 1.674 | 日中の状況 | 1.086 | 0.620 1.901 |
| FIM(排泄コントロール 排尿管理) | 0.951 | 0.705 1.283 | 家屋の状況 | 0.276** | 0.126 0.605 |
| FIM(排泄コントロール 排便管理) | 1.142 | 0.835 1.563 | -2LogLikelihood | 96.393 | |
| FIM(移乗 トイレ移乗) | 0.705 | 0.390 1.274 | Cox-Snell R2 | 0.275** | |
| FIM(移動 歩行車いす) | 1.074 | 0.750 1.537 | | | ** p < .01, * p < .05, + p < .10 |
| FIM(移動 階段) | 0.892 | 0.652 1.220 | | | |
| 同居家族人数 | 0.922 | 0.722 1.178 | | | |
| 主介護者(娘) | 0.583 | 0.248 1.373 | | | |
| 介護能力 | 0.739 | 0.450 1.214 | | | |
| 介護姿勢 | 0.989 | 0.667 1.466 | | | |
| 日中の状況 | 0.909 | 0.634 1.305 | | | |
| 家屋の状況 | 0.550+ | 0.285 1.063 | | | |
| -2LogLikelihood | 159.884 | | | | |
| Cox-Snell R2 | 0.261** | | | | |

5-4. 考察

今回の調査結果では、全利用者を対象とした場合、先行研究同様、入所経路が自宅であることが自宅退所を促進する要因と考えられた。また、必要な医療処置があると自宅退所が妨げられることも分かった。特に要介護3・4・5に限ってしてみると、家屋の状況が介護に適していることも自宅復帰に関して重要であることが分かった。

一方、回帰分析では有意差が認められなかったが、単変量解析では多数の項目で、自宅群と非自宅群で差を認めた。特に介護環境(家族の人数、介護能力、介護姿勢、日中の状況)が、自宅群が非自宅群と比べると介護に適した環境にあり、かつ、要介護3・4・5に限ると単身及び高齢夫婦世帯の割合は、非自宅群で多いことが分かった。この結果は、今後、熊本県人吉市(球磨地方)の人口減少および高齢化がすすむに伴い、Rにおける自宅退所が一層困難を極める可能性を示唆するものと考えた。自宅退所数の低下は、在宅復帰率²⁴の低下に大きく影響するため、対策が必要であると考えた。

²⁴平成30年介護報酬改定による、介護老人保健施設における、在宅復帰率は、前6月間における居宅への退所者の延数÷(前6月間における退所者の延数-前6月間における死亡した者の総数)×100。

6. 現状分析による今後の課題

第3章における財務分析より、Rの経営安定化のためには、超強化型を保持し、十分な介護収益を上げていくことが必須と考えられた。超強化型の算定には、ベッド回転率と在宅復帰率の保持が不可欠である。

第4章の利用者像の分析で、Rは、初回入所者をこれまで以上に獲得し、一回当たりの入所期間の短縮を図ることで、ベッド回転率を上げていく必要があると考えられた。具体的には入所期間が1か月から3か月程度で在宅に帰る初回入所者(新規顧客)の増加を図ることで、ベッド回転率のみならず在宅復帰率の改善を図る必要があると考えた。しかし、これまでの初回入所者の1/4は地域包括ケア病棟からの入所者であるが、平成30年介護報酬改定で地域包括ケア病棟からの在宅復帰の指標から老健が外され、初回入所者獲得は厳しくなると予想された。

また、第5章の自宅退所者分析では、人口減少および高齢化が進むことにより、自宅退所が困難化し、在宅復帰率の保持も難しくなる可能性が示唆される結果だった。

つまり、Rには、これまでと違った在宅経由主体の初回入所者(新規顧客)の獲得と、さらなる在宅復帰機能の向上が求められると考えた。

7. 新規顧客獲得シミュレーション

これまで地域包括ケア病棟から初回入所していた分を補うべく、在宅由来の新規顧客を増やす計画をシミュレーションする。在宅生活しながらも、何らかのトラブル(本人のADL/認知面のみならず、介護環境も含め)を抱えている要介護者にアプローチする。これまで以上に解決すべき問題を、施設側も利用者側も明確に持った上で入所して頂き、3か月程度で解決を目指し、在宅に帰って、よりよい生活をして頂くというモデルを考えた。

平成29年1年間に、地域包括ケア病棟から来た初回入所者は11名であった²⁵。彼らの転帰をみると、在宅復帰が5名、病院転院が4名、介護保険施設(特別養護老人ホーム)の入所が1名、継続入所中(一年以上長期入所(平成30年6月30日時点))が1名であった²⁶。このうち現在入所中の1名をのぞいた10名の平均入所期間は224.9日であった²⁶。つまり、1年間の延入所者数に換算すると2249日名となる。これに相

²⁵ 図表5. 参照。

²⁶ R診療録(平成29年利用者)より。

当する延べ人数分を在宅由来で新規に獲得すると仮定し、かつ平均入所期間を 90 日と設定すると、 $2249/90=25.0$ 名/年 (2.1 名/月) の更なる在宅由来の初回入所者の獲得が必要ということになる。

これを実現するためには、老健の働きや理念を地域にしっかりと理解してもらうこと、また老健の機能を強化することで、成功事例を積み重ね、地域から認められる施設となることが不可欠である。

8. 経営戦略

平成 30 年介護報酬改定で回復期リハビリ病棟のみならず、地域包括ケア病棟からも、老健を経由せずに直接在宅へ帰る流れが促進されたことは、老健がこれまで担ってきた「病院から在宅を目指す際の経由施設」としての機能を大幅に削減するものである。

つまり、老健の顧客は「地域社会で在宅生活を行い、今後もその継続を希望している者」となり、顧客獲得のためには地域社会に対しての働きかけが必要となる。また、Rの所在地のような、人口減少高齢化が進む地域では、介護環境の悪化より、これまで以上に困難な状況での在宅復帰を実現することを求められる。これには地域社会の理解や協力が不可欠となってくる。つまり、老健が地域社会に正しくその働きを認識され、承認されて、初めて、老健の機能を発揮できると考える。

そのためには、まず老健職員全員が Mission を正確に理解し、行動することより始まる。

8-1. 介護老人保健施設RのMission

RのMissionを、「在宅生活の幸せを地域社会と共に創造する」と定める。老健に求められている「在宅復帰」「在宅療養支援」は、「在宅生活のトラブルをその時々で解決し、在宅生活継続を可能にする、強力な救助隊」になることである。医療依存度の低い要介護者が、在宅生活でのトラブル解決目的に、期間の縛りなく入所できる施設は、原則的には老健のみである。そして、老健には多数の専門職が揃っており、問題に対して、多岐にわたったアプローチが可能である。もちろん、老健は住まいではないので、目的なく長期入所するところではないし、できるだけ短期間で在宅復帰を目指すのは当然である。

しかしながら、球磨地方のように現在すでに人口減少高齢化が進んでいる地域と、都市部ではおそらく老健の利用者像もその社会的背景も全く異なるであろう。同じ施

設内でも、在宅復帰の姿はそれぞれの利用者で違うであろう。本人の状況や介護環境が困難であっても、オーダーメイド型で各利用者に最適の形で、本人や家族が希望する在宅復帰を実現させることが、老健の役割であるとする。

そして、施設から退所したら要介護者との関係が終わるわけでもない。在宅生活継続という目的に向かい、要介護者と生涯継続的に関わりながら、その時々で変化する本人および周囲の環境の問題点を解決していくことが求められている。その問題点によって施設に入所する形でサポートする期間もあれば、在宅でサポートする期間もあるだけである。

つまりは、要介護者の居場所がどこにあっても、在宅生活の実現及び継続という目標をもって、支え続ける機関であるということである。

8-2. 職員の理念の共有化と機能の向上

これは、Integrated care 理論でいうところの、規範的統合にあたる²⁷。老健職員は、医師、看護師、リハビリ職、介護職員、支援相談員、栄養士など多数の職種の集合体である。まず全ての職員が老健の理念を共有化することが求められる。この実現のために、老健の理念を確認する場を定期的に設け意識づけを図る。具体的には、管理者は現場において理念に沿った具体的行動を促し、それを称賛する習慣を通して、理念の徹底を図る必要がある。

そして、職員が手段を目的化しないよう常に働きかけることが必要である。総じて職員は、正しい医療看介護を行うことや、決まった日常業務をこなすことが自らの仕事であると誤認識する傾向にある。それらは単なる手段であり、その手段を通じて、利用者の在宅生活実現及び継続に貢献することこそが老健職員の仕事であり、目的である。勤務中の自分の行動が、在宅生活という目標にどう寄与するかを常に考えるよう促すことにより、理念の浸透のみならず、老健としての機能の向上も期待できると考える。

そして、「在宅での生活」がゴールである以上、解決すべき問題点は施設の中でなく外にあるということを常に念頭に置き、入退所前後訪問等における、実際の生活の場所からの情報収集をこれまで以上に促すべきである。本人のみならず、介護環境の問題点も在宅復帰の妨げとなるため、広い視野に立った情報収集を促す。各々の事例（成功例も失敗例も）をカンファレンス等を通じ全職員で共有化し、機能の向上を図るよ

²⁷ 筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規 P. 44。

う努める。

アクションプランは、まず早急に始めることとして、新しく定めた理念を施設内に掲示し、朝礼や終礼の際に唱和することで、職員に対しての徹底を図る。次に1～2年かけて定着させていくものとして、「ケアプラン作成過程の見直し」および「利用者データの一括管理」を挙げる。

「ケアプラン作成過程の見直し」であるが、これまでケアプランを作成する際、「在宅復帰」という最終目標の認識が弱かったように感じる。従来のように、本人の健康状態や、ADL／認知面の評価等を基に作成するだけでなく、入所前訪問の情報等も考慮したうえで、各々の利用者の「在宅復帰」に足りない技能は何か、その技能獲得には日常のケアはどうあるべきかという、最終目標から具体的ケアに落とし込む形でケアプランを作成するよう促す。そして、在宅復帰に密接に関わるケア項目には特別な印をつけて強調し、職員皆が念頭に置いてケアを行う環境を作る。このことで、現場職員の「最終目的は在宅復帰」という意識づけを促す。

「利用者データの一括管理および分析」であるが、利用者のADL／認知面／主病名等本人のデータ、および介護環境等データを一括で電子管理化することを始める。それを年に1回分析し、どんな背景の利用者が、結果的にどういう形の在宅復帰を実現したのか、もしくはどういう理由で在宅復帰が不可能だったのかの解析を行う。この結果は、施設長および各部門の部長が共有し、翌年度の各専門職の技術目標に落とし込む、あるいは顧客獲得の際の参考資料として利用する。このことで老健の機能の向上を目指す。

8-3. 地域社会に認められる老健となるために

介護報酬改定等、老健を取り巻く環境の変化により、老健がターゲットとするセグメントは、「在宅にいて、在宅生活の実現やその継続を望んでいる要介護者」となり、在宅に向けた働きかけが、これまで以上に必要となる。これは「地域社会において老健のMissionが正しく認識され、受け入れられる」状態になるよう努めるということである。

このためには、これまで以上に地域貢献活動の機会を増やし、ボランティアの受け入れの促進、地域住民も招いた施設祭、地域住民への健康教室などを開催しながら、地域社会との接点を積極的に増やし、その都度、施設の理念や方針を地域社会に説明し、認識してもらうよう促す必要がある。また、地域貢献活動の一環として、地域住民と入所者の交流会の場なども設け、老健が閉鎖的な空間でなく、開かれて地域社会

との往来ができる空間となるようにすることが望ましい。

そして、このような全体的なアプローチのみならず、老健の利用者の各々の家族や地域住民と親密な関係の構築を促し、周りの関係者も安心して利用者の在宅生活をサポートできる環境づくりをする。在宅にいる場合であっても、老健が「何かあれば相談できる場所」となることを目指す。このようにして、周りの協力と理解を得ながら、在宅生活を可能としていく成功事例の蓄積が、地域住民にとっての老健の信頼性を向上させ、更なる顧客獲得につながると信じている。

また、要介護者に様々な情報を提供する場面が多いと思われる、圏域内の居宅介護支援事業所に関しても、同様に老健のポジショニングを正確に認識してもらうよう、働きかけていくと効果的であると考えます。

アクションプランは、まず早急に始めることとして、「現在既に行っている地域貢献活動の報告制度」を一部修正する。新規報告内容は、行った場所、寄り合いのおおよその人数、時間、活動内容等に加え、地域貢献活動の際には、堅苦しい形でなくてもよいので、自分はRから来ていることや、Rの理念を必ず伝えてもらうよう徹底し、それを行ったかどうかの報告も併せて行ってもらう。この報告は施設長が集計し、誰がどのくらいの頻度で活動に参加しているのかの把握と、まだ網羅できていない地域の割り出しを行い、限られた人員の中で効率的に貢献活動を展開できるよう計画する。また、1～2年かけて、この地域貢献活動を評価に入れた人事評価制度を策定することを目標とする。

そして、開かれた施設を目指し、まずは、毎年行っている施設祭（これまでは利用者とその家族、高校生などのボランティアが参加）に、次回は地域の老人会メンバーを、ボランティア等何らかの形で招くことができないか検討する。

8-4. 他の在宅事業所との連携強化

今後、人口減少及び高齢化がさらに進行する中で、要介護者を取り巻く環境はさらに悪化すると思われる。老健入所者の在宅復帰には、これまで以上に様々な在宅事業所との連携による、円滑な在宅サービスへの移行が必要である。それぞれの事業所と日頃から顔の見える関係を構築し、退所時に十分な情報提供を行うだけでなく、退所後もこちらから積極的に働きかけて、要介護者の在宅での情報を共有し、一緒に問題点を考え、何か老健側から提案ができることは行うよう努める。

老健が要介護者にとってはもちろんのこと、ほかの在宅事業所にとっても「在宅生活のトラブルが起きた時にいつでも相談できる場所」となることを目指す。

アクションプランは、まず居宅介護支援事業所との関係構築を第一目標とする。現段階で、居宅介護支援事業所と「顔の見える関係」の構築ができていない職種の一つが管理医師である。現在、管理医師は、通所利用者のリハビリテーション会議に出席し、様々なケアマネジャーと会う機会が増えている。これを継続するのはもちろんであるが、同じ事業所経由の別利用者に関しても気になることがあれば、管理医師側から積極的に、情報を共有し、ともに対策を立てるよう働きかける。このことで、施設全体として、居宅介護支援事業所と共に、在宅生活をサポートする姿勢を示し、信頼を得ていく。また、将来的には、数か月に1回程度は、それぞれの居宅介護支援事業所とR（多職種参加）で、各事業所経由の利用者に関する話し合いの場を設け、利用者の在宅での問題点を常に共有できるよう目指す。

9. まとめ

老健を取り巻く環境は激変し、求められる役割も縮小され特化したものとなった。老健は、病院と在宅を結ぶ「経由施設」としての機能を失い、在宅から顧客を集め在宅に帰して、在宅生活継続を支え続けるという、「在宅復帰」「在宅療養支援」という核の部分を残すのみとなった。それが元より中心機能だったとはいえ、これまでの間に（様々な機能を持つために）巨大化した体を、核のみの栄養で賄えるように変身せよということであり、経営的に厳しい環境に置かれている。

Rが属する医療法人は、約30年前に19床の有床診療所から発足した当時より、「地域に不足している医療介護分野にチャレンジし、地域の住民が病気や障害を持っても、住み慣れた地域で必要なサービスを受け、生きがいを持って生活できるよう支援し、地域に貢献すること」を運営の柱に掲げてきた。熊本県の第7次球磨地域保健医療計画（平成30年度～35年度）によれば、「人生の最期までどこで療養生活を送りたいか」という質問に対し、熊本県全体で46.3%が「自宅（状況が悪化した場合の短期的な病院や緩和ケア病棟への入院を含む）」と答え、最多であった²⁸。この結果からも、できるだけ長く自宅で過ごしたいという地域のニーズはあると考えられ、それを実現することで地域に貢献することが、Rの使命であると考えられる。

しかしながら、人口減少及び高齢化の進行は急速であり、高齢者単身世帯／高齢者夫婦世帯数増加も進み、このような環境で、要介護者の在宅生活の継続はさらに困難

²⁸ 熊本県第7次球磨地域保健医療計画（平成30年度～35年度）（平成30年3月）PP. 32-33。

な状況になると予想される。このような中、老健は、地域社会に正しく認識され、受け入れられて、初めて「在宅復帰」「在宅療養支援」の機能を継続し発揮できるものとする。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫特命教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授、および兵庫県立大学経営学部の高階利徳教授、国立保健医療科学院の大冨賀政昭先生に、丁寧なご指導を賜りました。そして、共に学び、様々な場面で励まし合った同級生の支えもあり、本稿を書き上げることができました。改めて皆様に御礼申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 公益社団法人全国老人保健施設協会(2018)『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて～在宅復帰阻害要因の検討と在宅復帰機能の強化策～』平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）。
- [2] 熊本県人吉市(2018)『人吉市いきいき高齢プラン 第7期介護保険事業計画・高齢者福祉計画』。
- [3] Nobuhiro, N. (2005) 「Research of Geriatric Intermediate Care Facility Users in a Suburb of a Metropolis: Independent type」『日本健康医学会雑誌』13 卷 4 号、PP. 28-32。
- [4] 池崎澄江(2006)「介護老人保健施設における在宅復帰に関連する施設因子と入所者因子の分析」『病院管理』43 卷 1 号、PP. 9-21。
- [5] 石崎達郎(1995)「大都市近郊の老人保健施設入所者の退所先に影響を与える因子」『日本老年医学会雑誌』32 卷 2 号、PP. 105-110。
- [6] 石崎達郎(1992)「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響を与える因子 老人保健施設有効利用のために」『日本公衆衛生雑誌』39 卷 2 号、PP. 65-74。
- [7] 奥野純子(2006)「介護老人保健施設在所者の家庭復帰へ影響する要因—介護者の在宅受け入れへの意向に影響する要因より—」『日老医誌』43 卷 1 号、PP. 108-116。
- [8] 菊池忍(2000)「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する因子 入所者の諸因

- 子から見た影響因子」『北里理学療法学』3巻、PP. 65-68。
- [9] 九津見雅美(2004)「介護老人保健施設入所者の退所先とその関連因子の検討」『ジェロントロジーニューホライズン』17巻1号、PP. 95-102。
- [10] 佐々木和人(1997)「老人保健施設入所患者が家庭復帰可能となる因子とその対策」『総合リハビリテーション』25巻5号、PP. 465-471。
- [11] 清水裕士(2016)『フリーの統計分析ソフト HAD : 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案』「メディア・情報・コミュニケーション研究」第1巻、PP. 59-73。
- [12] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated care の理論とその応用-』中央法規出版。
- [13] 檜村裕美(1996)「老人保健施設入所者の身体・精神状況 退所先「家庭」・「家庭以外」別にみた分析」『厚生指標』43巻7号、PP. 9-14。
- [14] 西浦公朗(1999)「大都市近郊にある老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する因子について」『日本老年医学会雑誌』36巻7号、PP. 479-488。
- [15] 吉本照子(2011)「老人保健施設の在宅支援機能と関連する因子および取り組みに関する文献検討：1987-2010年」『千葉看会誌』17巻1号、PP. 61-68。

引用ホームページ

- [1] 一般社団法人熊本県老人保健施設協会 施設紹介
<http://www.kumamoto-roken.or.jp/area/kuma> (2018年8月28日アクセス)。
- [2] 熊本県第7次球磨地域保険医療計画
http://www.pref.kumamoto.jp/common/UploadFileOutput.ashx?c_id=3&id=23505&sub_id=1&flid=146697 (2018年8月28日アクセス)。
- [3] 厚生労働省老健局老人保健課「平成29年度介護事業経営実態調査各サービス別総括表」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittai17/dl/h29_soukatu.pdf (2018年8月28日アクセス)。
- [4] 国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(平成30(2018年)) <http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (2018年8月28日アクセス)。