



(医)三成会 介護老人保健施設 南東北春日リハビリテーション・ケアセンター

在宅復帰と強化型施設への取り組みについて
～地域に開かれた施設を目指して～
支援相談員兼介護支援専門員 江連 一也



医療法人社団三成会

①・②・③



①南東北春日(4階 回復期病棟)
リハビリテーション病院

②介護老人保健施設(2階・3階)
南東北春日リハビリテーション・ケアセンター
(長期・短期入所・通所リハ)

③在宅支援サービス(1階)
(外来・訪問診療・通所リハ・
訪問看護・リハ・居宅介護支援)

④南東北春日リハデイ石川
(通所介護)

④



～全ては患者さん・利用者さんのために～

「在宅復帰支援」「リハビリテーション」「地域ケア」



介護老人保健施設

南東北春日リハビリテーション・ケアセンター



長期・短期入所定員併せて 100名
(全室 一般棟)
〔短期入所は空床タイプ〕

スタッフ構成

医師 1名 看護職員 11名

介護職 36名 その他入浴担当1名

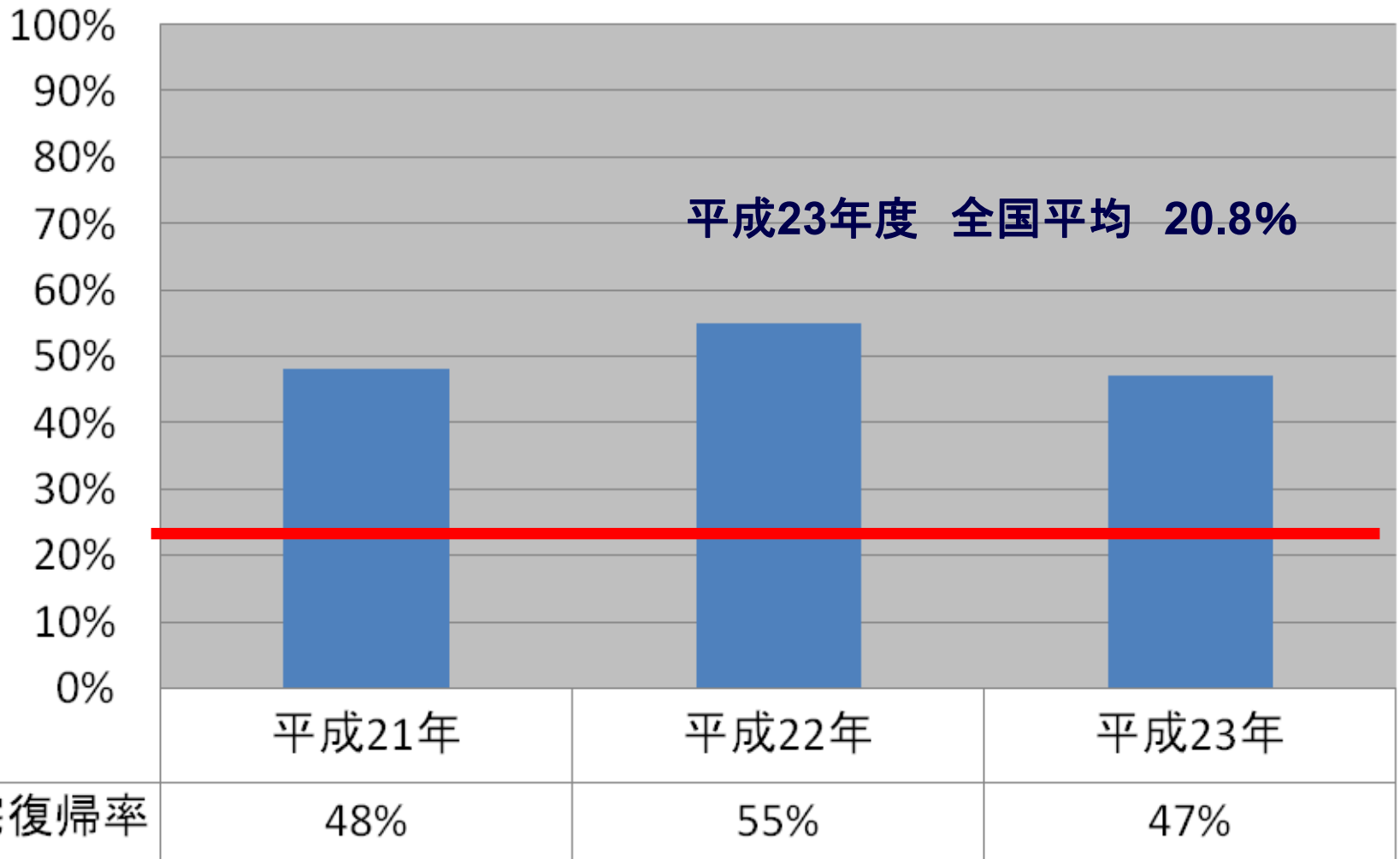
リハビリスタッフ 7名

施設ケアマネ 1.5名 相談員 2.5名

**在宅復帰・在宅療養支援型施設として
ブラッシュアップ〔磨き上げる〕の為に老健**

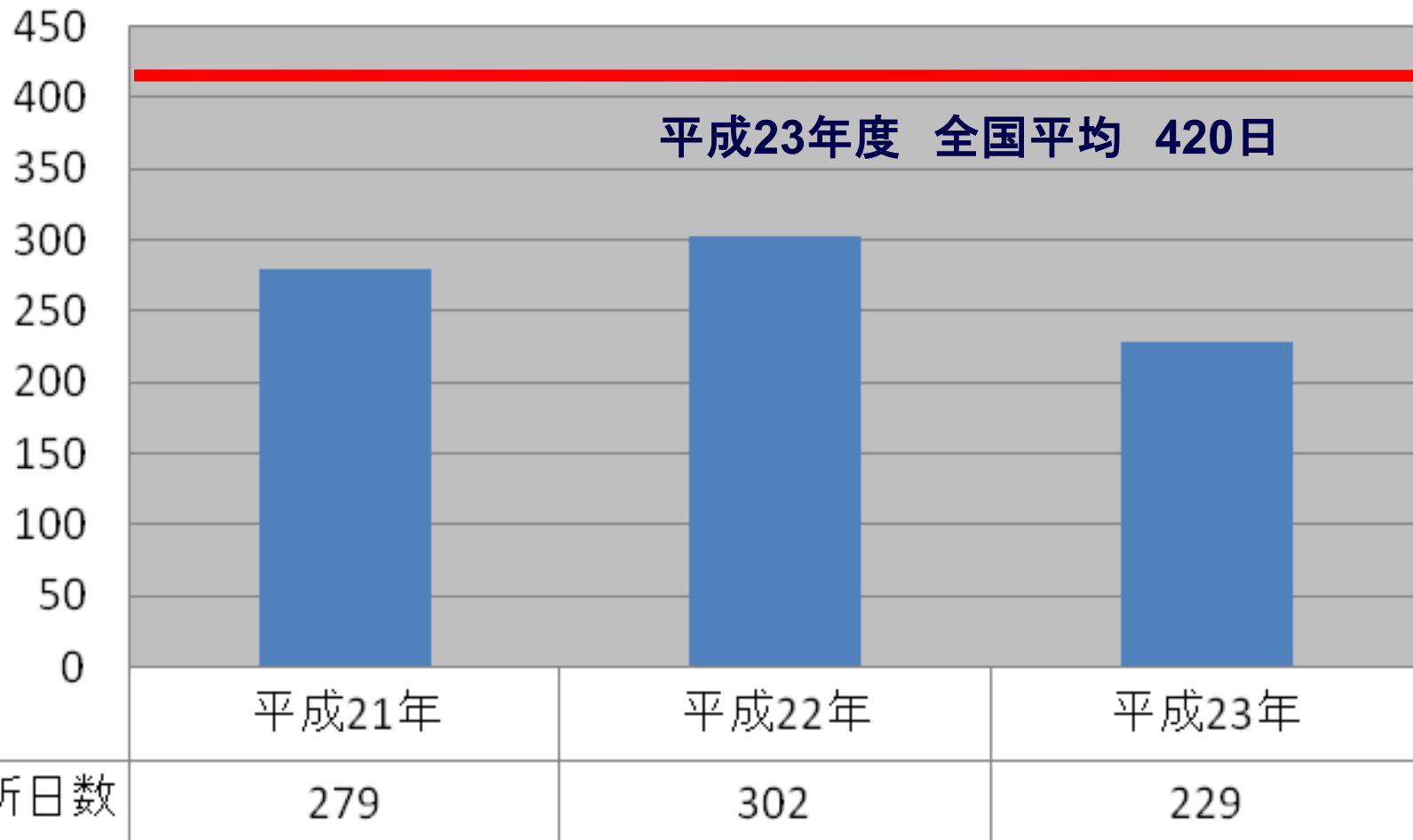
当施設の概況①

過去3年間の在宅復帰率①



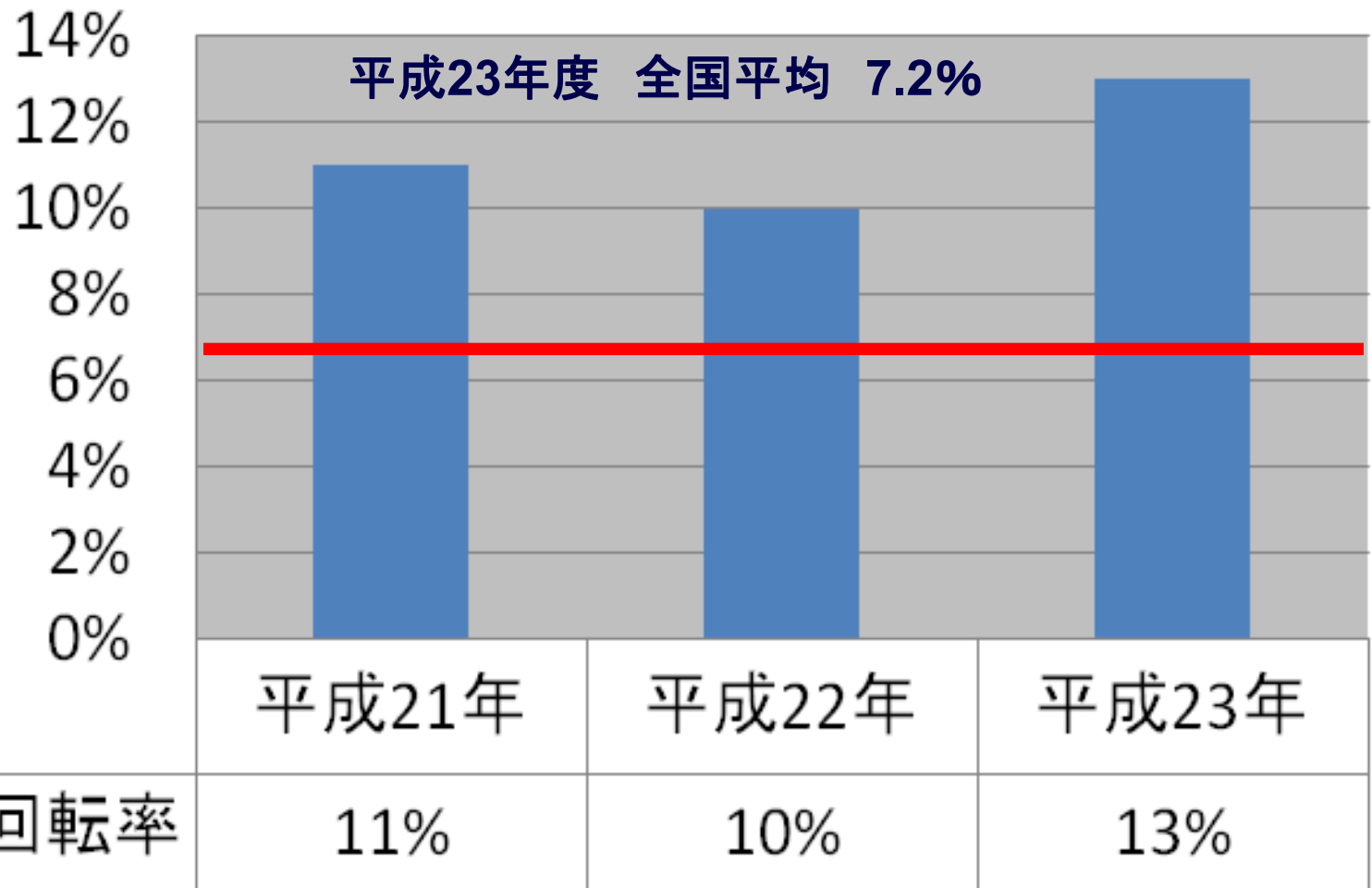
当施設の概況②

3年間の平均在所日数



当施設の概況③

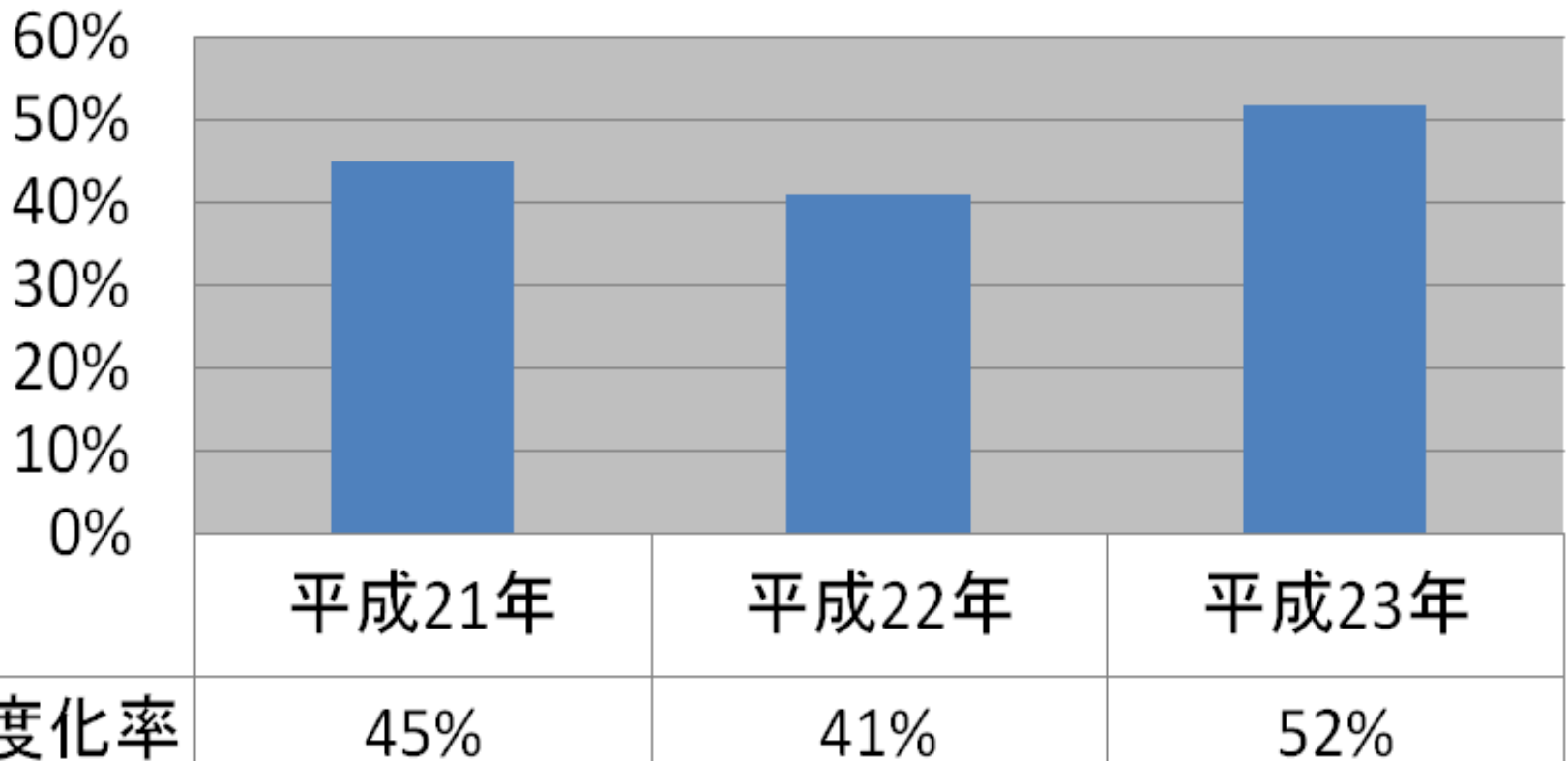
3年間のベット回転率



当施設の概況④

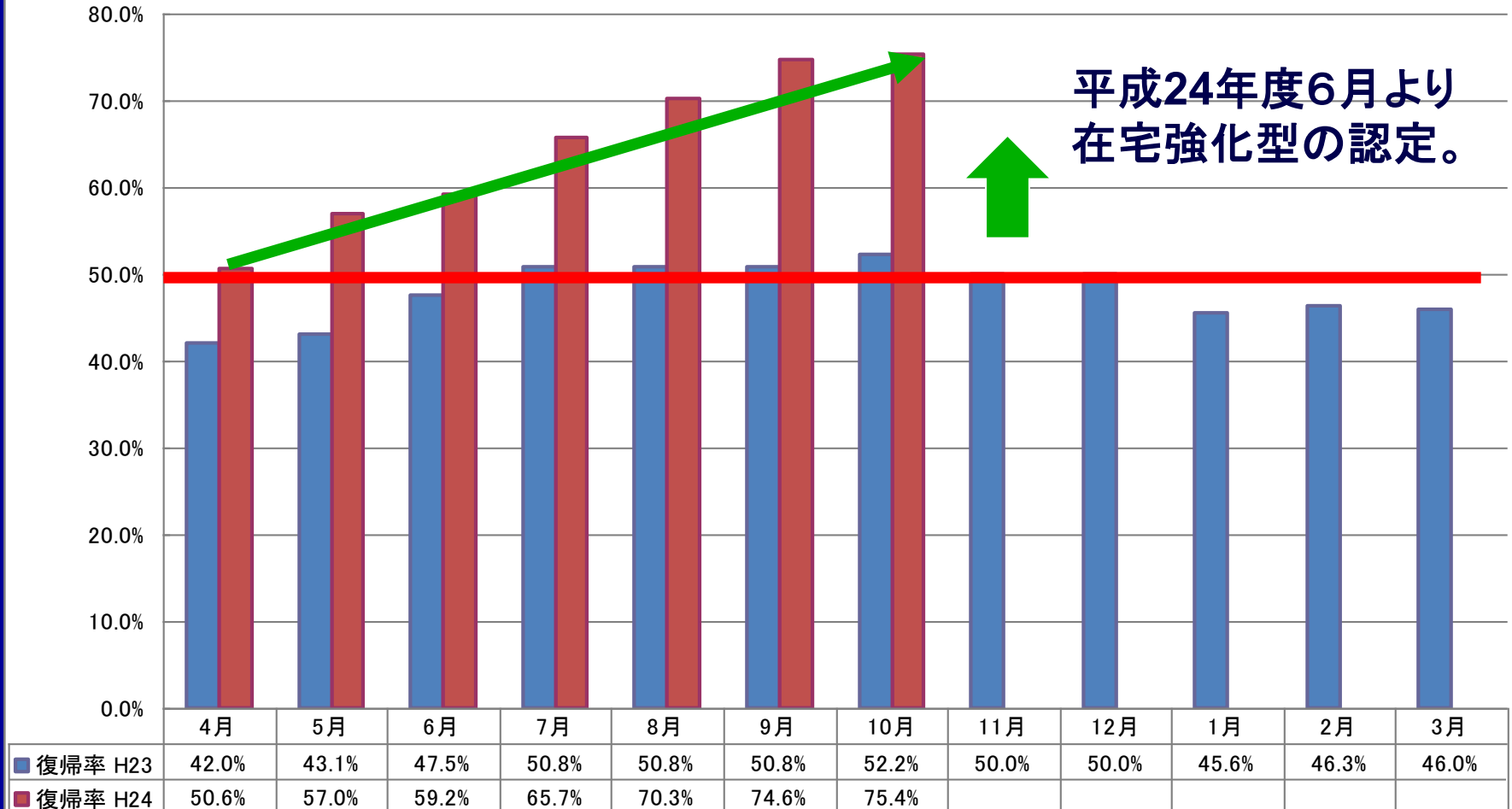
当施設 平均介護度 3.3 全国平均 3.18

3年間の重度化率



当施設の現在の在宅復帰率

平成24年度 在宅復帰状況



今回は、に至った経緯についてご説明致します。

Southern TOHOKU KASUGA Rehabilitation Carecenter

本日のテーマ

- ①在宅復帰に向けての取り組み
- ②在宅療養支援施設の役割
「いつでも利用できる老健」
- ③症例紹介

①在宅復帰に向けた取り組み

まず在宅復帰を向上させるには・・



戦略一1

- ①介護の自立支援力の向上・関連専門職の支援力向上
- ②相談員の家族アプローチ力の向上

戦略一2

- ①新規入所者より集中的に取り組む。
(成功体験を得やすく、スタッフのやる気に繋がる)

入所生活 阻害要因

<本人>

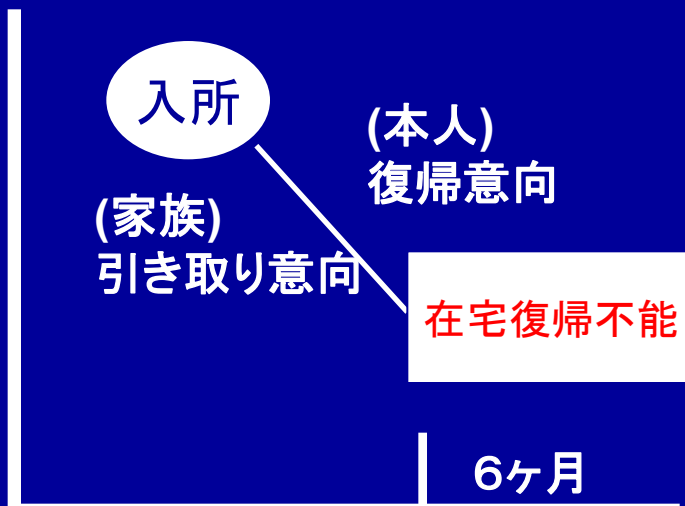
- ①専門的な介護の安心感⇒介護依存<被介護者意識>
- ②家族に面倒をかけない (生活の満足感)

在宅復帰意欲の低下

<家族>

- ①専門的介護の安心感
- ②要介護者との生活への不安
- ③利用者負担への慣れ⇒新しい家族生活

介護負担一・ストレス⇒引き取り意欲の低下

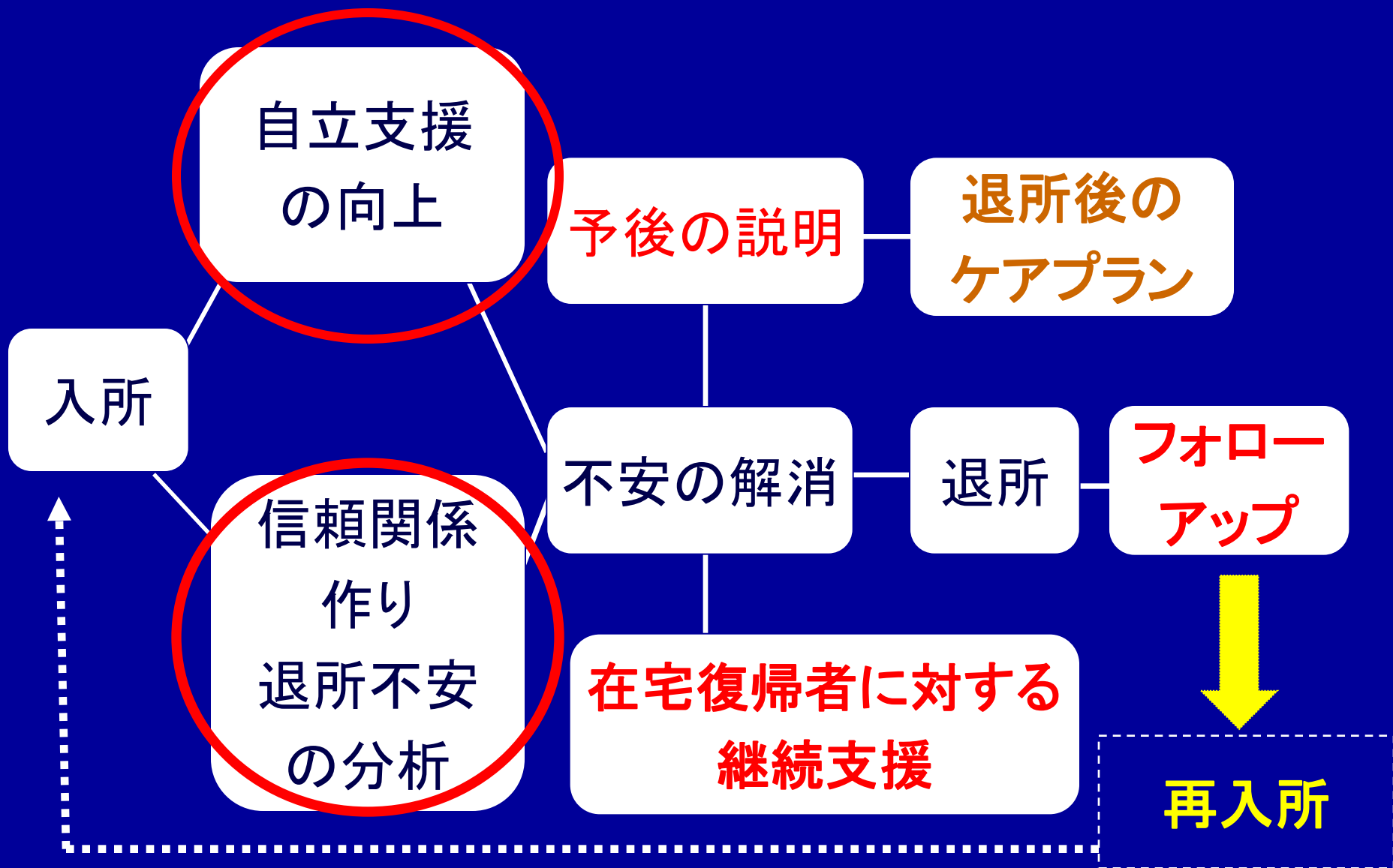


時間と共に在宅復帰の道は遠のく
(生鮮食品)

従って、在宅復帰には期限あり
(賞味期限6ヶ月)

竹内 孝仁 在宅復帰塾より

当施設における入所～退所までの流れ



自立支援向上の為に①

リハビリテーションの充実化

平成21年4月
リハスタッフ数 4名



平成24年 4月
リハスタッフ数 7名

新規入所者に対する短期集中リハビリの充実化。
身体機能上げるシステムの構築。

さらにST(常勤)を介入することにより、

リハビリテーションの質・量を上げる。

自立支援向上の為に②



入所相談

当施設の役割について説明する。家族の想いの確認

実態調査

相談員・看護師・リハビリ・ケアマネ・介護職にて実施

入所前

全職種参加カンファレンスを実施。入所中の**プログラムの立案**

入所日

リハスタッフから**介護職へリハ指導** また看護師から**介護職へリスク管理指導** それを生活の中で実践する

2週間後

サービス担当者会議の開催
現状・予後予測の説明 必要な情報聴取を行い、**プログラムの綿密化**を図る

自立支援の向上・誤用・過介助に留意し支援する。

より良くする！！

信頼関係と不安の分析

本人・家族への面談 ⇔ アセスメント



信頼関係の構築



当施設における本人・家族の不安として

①介護負担の大きさと介護方法への不安

②要介護者との同居不安

③家庭生活の変化に対する不安

(個々の家族の生活変化への不安)

退所不安解消の為に

①担当者会議時に**現状と予後予測**を伝える。

(要介護者に対する家族の理解・関わり方の支援)

②**退所前訪問の実施・外出・外泊**への支援。

適切なタイミングでの外出・外泊の実践を行い、成功体験を得る事により介護意思・意欲の向上を図る。

③**退所後の生活像**の提案。

(在宅生活をイメージ化させる)

相談援助職の知識・技術・交渉力・連携が重要

在宅復帰者に対する継続支援を！！

在宅復帰への道のり

自立支援

不安の解消・安心の担保

本人：家に帰れる自信・能力
家族：介護意思・介護能力の向上

適切な診断を行い早期での本人・家族へのアプローチ

「チーム（家族参加型）によるプログラム」への展開

今後あるべき介護老人保健施設の在宅復帰像

②在宅療養支援施設の役割 「いつでも利用できる老健」

介護老人保健施設の役割とは

在宅復帰、在宅療養支援の為の地域拠点となる施設。
リハビリテーションを提供する**機能維持・改善**の役割を担う。

在宅復帰機能の高い施設の特徴

- ①退所先に占める医療機関の割合が少ない。
 - ②1ヶ月あたりの平均自宅復帰者数が多い。
 - ③3年以上の長期入所者数が少ない。
 - ④リハビリ専門職の配置が多い。
 - ⑤1ヶ月あたりショート利用者の定員に占める割合が高い。
- 1ヶ月あたりのショート利用者 定員に対する割合→**17.4%**

社会保障審議会-介護給付費分科会 第84回 資料3より

ショートステイの現状として・・

ショートステイ=レスパイトケア目的が多数。
利用後に機能維持から改善に繋がっている利用者の
割合は約8割を占めている。

平成24年3月 一般社団法人 日本介護支援専門協会

レスパイトケア推進に資する短期入所生活介護のあり方に関する調査研究事業

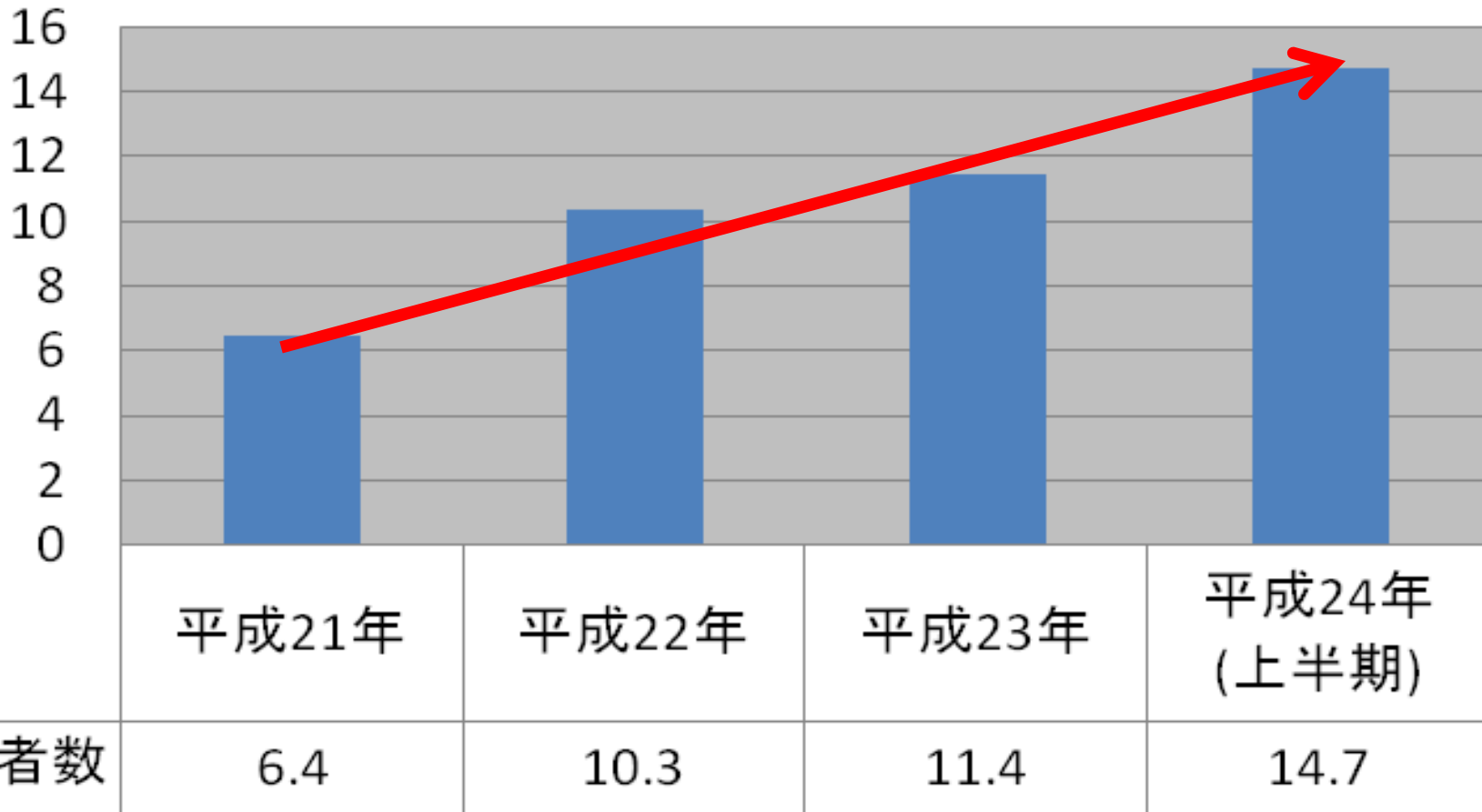
当施設におけるショートステイの位置づけとして
従来のレスパイトケアに+α

- ①長期退所者フォローアップ
- ②在宅要介護者への機能維持・改善(重度化を防ぐ)

平成22年4月よりショートステイの増床の開始

ショートステイ増床後の変化①

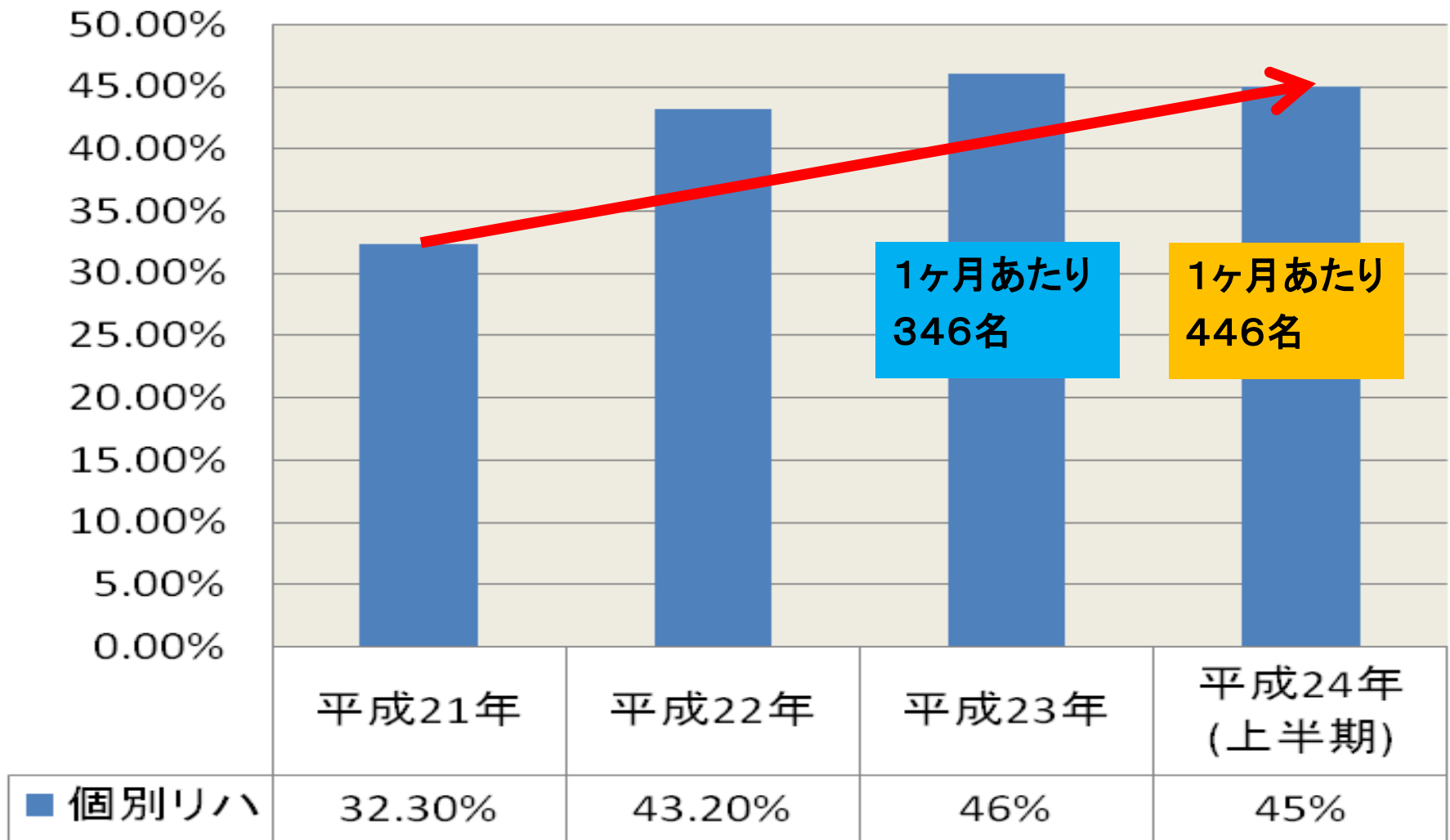
ショートステイ 入所者数



平成24年10月度 1日当たり平均 21床

ショートステイ増床後の変化②

個別リハビリテーション算定率



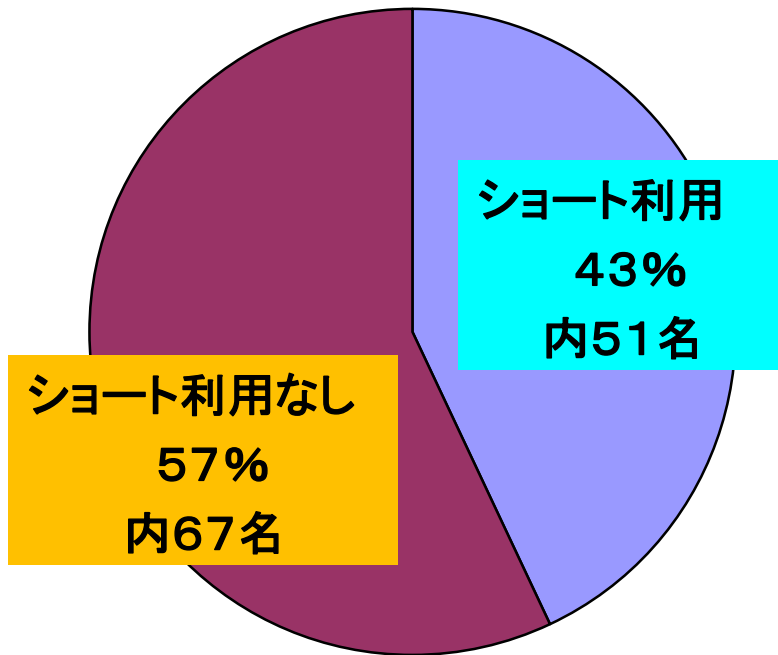
ショートステイ増床後のメリット

個別リハビリ・生活リハビリの実施による身体機能の維持・改善が図れている。

平成23年4月～24年9月まで

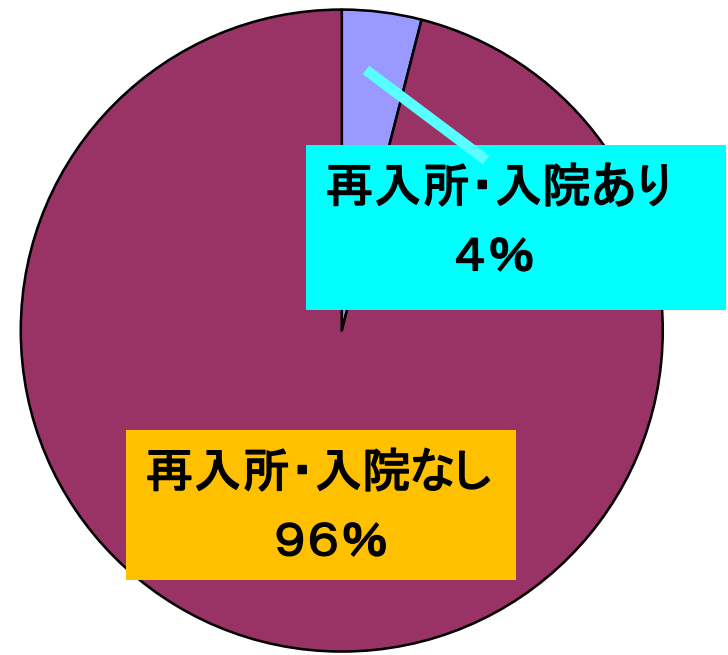
在宅復帰者119名 内 長期退所後のショート利用者 51名

平成23年～平成24年9月
長期退所者



利用需要が高い

この51名が3ヶ月以内に体調悪化で、
再入所・入院した割合(見込み)



機能維持が来ている

当施設のショートステイ増床後のデメリット

①入所退所数の増加による現場負担の増
(主に情報伝達・人的な負担・仕事量の増加)



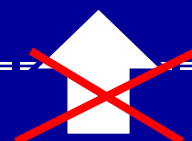
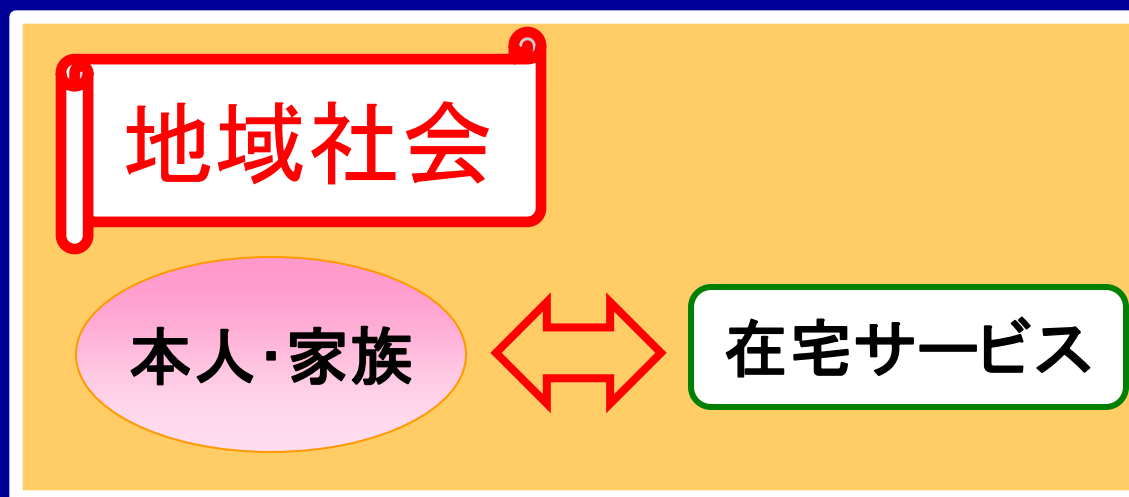
ショートステイ対応フロア設置を行った。
スタッフの増員と業務の効率化を図った。

②ベットコントロールの困難性



定期的にケアマネジャー・近隣医療機関への空床状況の報告を行った。現在平均稼働率 97%

従来の老健のイメージ

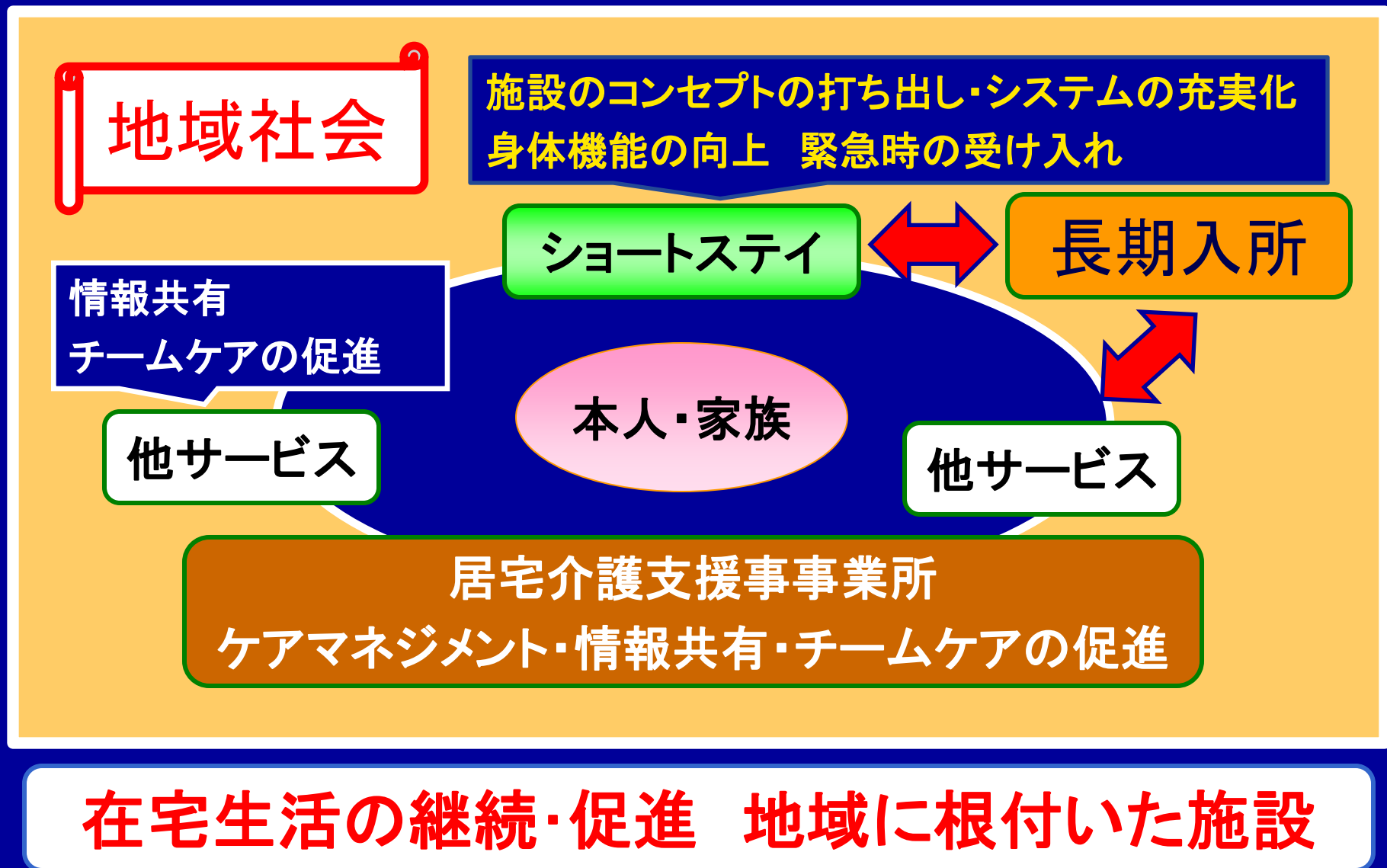


在宅生活維持限界ライン

長期入所が主なニーズ

預けてしまえばそれで終わり。
片道切符で相互連携が薄い。

老健の在宅療養支援像（提案）



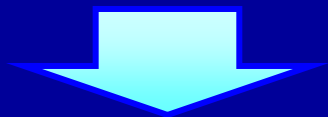
③症例紹介

入所までの経過

56歳 男性 要介護5

H21.11.17 脳出血(左視床出血 脳室穿破)

H22.3.25 他療養型病院にてリハビリ目的で
入院。入院時経管栄養から、
経口摂取への移行が出来たが、
ADLは全介助に近い状態であった。



H23.8.13 当施設へ入所

入所時評価

[心身機能・身体構造]

- ☐ 左片麻痺 Br.stage 上肢Ⅱ 下肢Ⅲ 手指Ⅱ
 - ☐ 認知機能 **HDS-R:5/30**
 - ☐ 高次脳機能障害 左半側空間無視 失行 失認
-

[活動]

離床時間1日 **約4時間**

- ☐ している活動：**BI 35/100点** 昼夜オムツ対応
(尿便意無し)
 - ☐ できる活動 : **BI 35/100点** 平行棒内歩行
-

入所時 家族状況(環境)

家族構成

本人・妻・長男・長女の4人暮らし

妻

49歳. パート勤務。 疾患なし。

「家に帰したいと思うが、歩く事とトイレが出来なければ家は難しい。もう2年も経つのでそこまでは、無理だと思う。この先は他の施設入所を考えています。」

長男・長女

長男・高校生1年生 長女・中学2年生

家族関係

家族関係は良好だが、子供たちが面会に来ても会話が続かなくなり、長く居られなくなっている。

自立支援：本人へのアプローチ ～行動面～

日常生活動作 **目標：BI 50点以上**

歩行：4点杖屋内介助歩行

排泄：昼トイレ介助・夜間オムツ使用

活動設定

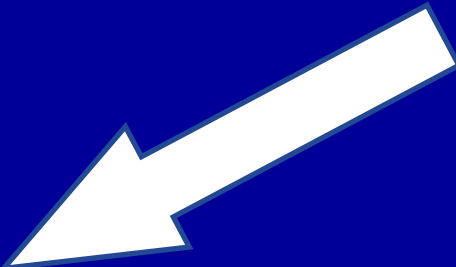
リハから介護職へ**歩行介助指導**の実施

訓練外の**トイレ誘導時(1日7回)**と居室～フロア間は介護職が**歩行訓練**を実施する

看護師より介護職へ起立性低血圧へのリスク管理指導を行い、離床時間延長(**1日8時間**)を実施する

介護職が生活全体の活発化を図る。

リハ～介護職～家族へ 介助指導



結果、家族介助での歩行が可能・外出へと繋がった

基本方針：家族へのアプローチ ～退所不安の分析・解消～

退所不安：本人の予後・同居に対する不安。
妻が仕事を継続できるか。

妻

- ①リハビリ見学を定期的に行い、サービス担当者会議の開催時に**予後予測の説明を行った。**
- ②介助歩行が可能になった時点で、**介護指導を行った。**
- ③妻の介護がある程度出来た段階で退所前訪問を実施し**外出から行なった。**
- ④具体的な**退所後の生活像と在宅生活に対する継続支援の提案を行った。**

長男
長女

本人用のコミュニケーションノートを作成し、**会話のきっかけを作る場面設定及び本人と一緒に散歩する等の役割**を持っていた。

相談職の早期アプローチ。本人・家族と共にある関係を！！

外泊時の様子



本人へ積極的に話しかけが出来るようになった。

結果

行動面

BI 50点にアップ

している活動が活発化し、日中の座位時間が**8時間以上可能**

4点杖歩行介助、排泄は昼トイレ対応への移行が出来た

退所不安

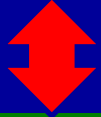
家族とスタッフの目標の共有化が図れた。本人の能力向上と共に、**「これなら、家で見れる」**と認識の変化。子供達の面会が多くなり、**自宅で本人の話題が出る**ようになってきた

H24.3.31 自宅へ退所となった。

退所後の生活

在宅サービス

当施設ショートステイ3/w
通所介護2/w 福祉用具レンタル



施設サービス

レスパイト目的にて入所
(7月2日～9月31日まで)

本人

BI 50/100点維持
自宅でもトイレ対応を継続

妻

現在も仕事を続けている。
家族関係も良好。

平成24年10月18日現在

考 察

プログラム アプローチ

早期にチームプログラムを設定し、している活動でのリハスタッフ・介護職の関わりが有効であった。

退所不安

予後説明を行いタイムスケジュールを含むプログラムに同意・参加していただく事が有用であった。

退所後の生活像と在宅復帰に対する継続支援の提案が重要であった。

家族をチームの一員と捉え、共有の認識を持ち
アプローチする事が有効であった。

今後老健に求められるもの

医療機関

急性期 DPCによる入院期間の短縮化
療養型病床群の廃止

介護難民増加

老健

家族参加型の質の高いケア
双方向の連携の強化

利用者・家族の在宅生活促進・維持

良循環に転化させる
地域包括ケアシステムの構築

おわりに

今後も、在宅復帰・在宅療養支援を展開していき、利用者・家族の生活や人生をより**良くする”**という**視点**を忘れずに知識・技術・人間性の向上を目指し努力していきたい。