

[論文]

北東北三県の介護老人保健施設の現状と課題について —老健の役割と在宅復帰機能—

An Empirical Study on the Current Situation and Issues of Nursing Care Facilities for
the Elderly in three Prefectures of North Tohoku Japan.

江畑 年巳

EBATA Toshii

青森中央学院大学大学院 地域マネジメント研究科

日本の高齢社会の現状と今後の展望を踏まえると、介護老人保健施設（以下、「老健」）の在宅復帰の役割は在宅介護において重要となる。しかし、老健の役割や機能を定量的に評価した研究は見当たらない。そこで、「介護サービス情報公表システム」から令和2年度と令和3年度の青森県及び地域性が大きく異ならないと考えられる秋田県及び岩手県を含む北東北三県の老健に関するデータを蓄積し、老健の特徴や成果に関して、大きく以下の2点を分析した。一つ目は、北東北三県の老健の状況や特徴を令和2年度と令和3年度の2時点で検討した。その結果、北東北三県の入所者の平均在所日数は約710日と長く、最長の秋田県と最短の岩手県の間には約240日の違いがある。こうした特徴は両年度において概ね共通しており、北東北三県の老健では、在宅復帰が停滞していると考えられる。さらに、退所先の割合では、北東北三県とも令和2年度と令和3年度の双方で「医療機関」の割合が最も高く、「自宅等」の割合は低く、ここからも在宅復帰が停滞していると考えられる。二つ目は、老健の平均在所日数を在宅復帰の成果指標とし、さらには、回帰分析の被説明変数として、成果に関する要因を分析した。その結果、支援相談員の常勤割合が高まるほど、平均在所日数が短くなることなどが分かった。そのため、老健が成果をあげる上で、支援相談員の役割は重要と言える。また、回帰分析の結果から、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）または（Ⅱ）の加算を取得している老健は、在宅復帰や在宅支援の体制を整えており、在宅復帰が機能していることも確認できた。これは老健の在宅復帰に対して介護保険制度が影響していることを示唆していると言えよう。

Keywords：老健、在宅復帰、平均在所日数、支援相談員

第1章 はじめに

内閣府の『高齢社会白書』（令和2年度）によると、我が国の65歳以上人口は、3,619万人を超えている。高齢化率は28.8%に達し、令和18年には、国民の3人に1人が65歳

以上になると見込まれている。さらに、都道府県別に高齢化率を見ると、令和元年時点で最も高かったのが秋田県の37.2%であり、隣接する青森県では33.3%、岩手県では33.1%と全国水準を大きく上回っている。それゆえ、高齢者の自立支援や在宅介護支援はより重要性を増し、それらを社会全体で支える仕組みである介護保険制度もまた重要となる。介護保険の利用状況を、要介護や要支援の認定を受けた方々の人数（以下「要介護者等」）に注目して見てみると、平成21年度末は、469.6万人であったものの、平成30年度末は、645.3万人へと増加している。こうした変化からも介護サービスに対する需要は益々高まり、供給側では、利用者個々の希望に沿った介護サービスを提供できるかが課題となる。そこで、厚生労働省の『高齢社会に関する意識調査』（平成28年度）を見てみると、「年を取って生活したい場所」を問う設問に対し、「自宅で過ごしたい」という回答が約72%となっている。さらに、青森市の『高齢福祉・介護保険事業計画 第8期計画』（令和3年）では、「介護が必要になった場合、どのようにして自分らしい生活を続けたいか」という問いに対し、「できるかぎり在宅で、生活したい」という回答が約47%となっている。これらの結果から、在宅介護サービスへのニーズの高さが分かる。こうした現状を踏まえつつ、各介護老人福祉施設の役割に注目すると、老健では、施設機能の1つに在宅復帰を挙げている。ここでは、他の老人福祉施設に比べ、医師や看護師、介護福祉士、リハ専門職など、より多くの職種の職員が入所者に対して様々なケアと一定程度の医療を提供している。こうした老健特有のケアは、病院から老健等を経由せずに直接、在宅復帰することに不安のある高齢者や要介護者にとって中間施設として必要であると同時に、老健には病院の受け皿的役割があることも否定できない。そうした中で老健の中間施設としての在宅復帰機能が十分に果たされれば、要介護者の経済的負担は少なくなり、介護保険や医療保険の負担の圧縮だけでなく、要介護者の生活の質の向上にも寄与できる。

ここで、老健の在宅復帰の状況を老健の平均在所日数で見ると、厚生労働省の「介護サービス施設事業調査」¹の報告では、平成12年は185日、平成28年は299日となり、平均在所日数は長期化傾向を示している。これは、老健の利用者が在宅復帰を果たせず、施設での在所日数が長くなっていることを意味する。そして、政府は老健の在宅支援や在宅復帰の取組みに対する評価の1つとして、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を定めている。その加算の仕組みは、「在宅復帰・在宅療養支援等指標」10項目と在宅復帰を支援する施設体制の算定要件の結果から、当該施設の施設類型²が確定されることにより、施設類型ごとに対象となる加算を取得できる。そこで、同調査の報告の施設類型の推移を見ると、平成30年5月では、在宅復帰が機能している超強化型と強化型は全体の15.5%であり、令和元年11月では29.5%と増加傾向となっている。しかし、老健全体の

¹ 厚生労働省 第183回社会保障審議会介護給付費分科会資料より。

² 平成30年度介護報酬改定より老健の在宅支援・在宅復帰機能の取組みを「在宅復帰・在宅療養支援等指標」10項目と、その他の施設評価項目についての算定要件を満たしているかの2つの評価結果の組み合わせによって、施設類型が決まる。機能評価の高い順に、「超強化型」、「強化型」、「加算型」、「基本型」、「その他型」となる。

割合で見ると令和元年度でも約 26.2%と少ない結果である。このことから、老健の在宅復帰機能は十分に機能しているとは言えない可能性がある。また、老健の在宅復帰の現状について古川（2017）は、在宅強化型の要件を満たしている一施設を取り上げ、52 か月間を調査期間とし、退所された利用者の基本情報や身体状況、ケア内容を分析している。分析の結果、在宅復帰に影響を与えている要因として、入所前の場所が強く関連しており、自宅から老健へ入所した利用者の 64.7%が在宅復帰していた一方、自宅外からの老健へ入所した利用者の在宅復帰は 28.3%に留まることを指摘している。また、石崎（1995）でも、特養併設の老健が開設した昭和 62 年から平成 3 年までを調査期間とし、退所された利用者の入所記録を基に基本情報や身体状況、在所日数、入所前の生活場所別、退所先の生活場所別に在宅復帰の推移と在宅復帰にどのような要因があるのかを分析している。その結果、自宅から老健へ入所した利用者の在宅復帰が多くみられることを明らかにしつつ、病院からの入所は全体の 58.9%と最も多いものの、入所者の約半数近くが再入院するという結果となっている。よって、病院からの在宅復帰は十分とは言えず、老健の役割である中間施設の機能が限定的になっている可能性がある。さらに、石崎（1995）では老健の在所日数が長くなる要因の 1 つを、入所中に老健からの在宅復帰を諦め、他の老健や特別養護老人ホーム（以下「特養」とする）へ入所できるまで利用する特養待機入所³であると指摘している。

以上を踏まえ、本研究の目的は大きく 2 つある。1 つ目は、特に高齢化率の高い、北東北三県の老健の状況や特徴を令和 2 年度と令和 3 年度の 2 時点で比較し、在宅復帰にどのような要因が影響しているのかを検討することである。2 つ目は、北東北三県の老健の平均在所日数を比較し、平均在所日数に影響を与える要因を踏まえ、老健の現状や在宅復帰を検討することである。

第 2 章 老健の在宅復帰・在宅療養支援機能について

政府は在宅復帰や在宅支援が機能している老健に対しての評価を主に 2 つ挙げている。第 1 は在宅復帰・在宅療養支援機能加算である。この加算は 5 つの類型に分かれており、当該施設がどの類型に属するかが 2 つの基準によって決定される。1 つ目の基準は表 1 の (1) から (10) の評価項目の指標（合計得点）であり、この指標が表 2 の、どの区分に属するかによって、当該施設の類型と加算名の候補が与えられる。この候補にて決定となるためには、候補ごとに、表 3 の「満たさないといけない算定要件」を満たす必要がある。こうして施設ごとに、施設類型が決定され、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）また

³ 特養の特徴に長期継続的な入所がある。そのため、在宅での介護ができない家族は被介護者の特養への入所を希望することも多く、待機者数の拡大と入所までの時間の長期化をもたらしている可能性がある。よって、老健からの特養へ入所できるまでの時間も長期化し、老健での在所日数も長くなることが考えられる。こうして老健の中間施設としての機能は限定的となり、実質的には特養待機施設としての役割も担っていると見ることもできる。

は(Ⅱ)が加算される。この施設類型は、毎月の老健内での評価に基づき決定される。その決定は、「超強化型」や「強化型」、「加算型」、「基本型」、「その他型」の5つのタイプのいずれかとなり県へ届け出ることとなっている。このように評価された施設類型の「超強化型」は在宅復帰・支援加算(Ⅱ)を取得でき、「加算型」は在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)を取得できる。この加算は、利用者へ利用料として請求されている。なお、詳細な算定要件は全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版を参照して欲しい。

表1 在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90点)

| 評価項目 | 評価値 各項目の詳細な算定要件は参考文献参照 |
|----------------|---|
| (1) 在宅復帰率 | 50%以上20点・30%以上10点・30%以下0点 |
| (2) ベット回転率 | 10%以上20点・5%以上10点・5%未満0点 |
| (3) 入所前後訪問指導割合 | 30%以上10点・10%以上5点・10%未満0点 |
| (4) 退所前後訪問指導割合 | 30%以上10点・10%以上5点・10%未満0点 |
| (5) 居宅サービス実施数 | 3サービス5点・2サービス3点・1サービス2点・0サービス0点 |
| (6) リハ専門職配置割合 | 5人以上(PT,OT,STいずれも配置)5点・以上5人以上3点・3人以上2点・3人未満0点 |
| (7) 支援相談員の配置割合 | 3人以上5点・2人以上3点・2人未満0点 |
| (8) 要介護4又は5の割合 | 50%以上5点・35%以上3点・35%未満0点 |
| (9) 痰吸引の実際割合 | 10%以上5点・5%以上3点・5%未満0点 |
| (10) 経管栄養の実施割合 | 10%以上5点・5%以上3点・5%未満0点 |

注:PTとは理学療法士、OTとは作業療法士、STとは言語聴覚士を意味する。

出所:全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版 <令和3年度介護報酬改定対応版>より筆者作成。

表2 在宅復帰・在宅療養支援等指標と満たさないといけない算定要件から類型が決定する

| 指標 | 70点以上 | 60点以上 | 40点以上 | 20点以上 | |
|-----|--------------------|-------|--------------------|-------|------------|
| 類型 | 超強化型 | 強化型 | 加算型 | 基本型 | その他型(左記以外) |
| 加算名 | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | | |

出所:全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版 <令和3年度介護報酬改定対応版>より筆者作成。

表3 満たさないといけない算定要件

| 類型 | 超強化型 | 強化型 | 加算型 | 基本型 |
|--|------|-----|-----|-----|
| 退所時指導 a:退所時指導 b:退所後の状況確認 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| リハビリテーションマネジメント a:リハビリの計画と評価 b:医師の詳細な指示の実施 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 地域貢献活動 | ○ | ○ | ○ | × |
| 充実したリハ | ○ | ○ | × | × |

出所:全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版 <令和3年度介護報酬改定対応版>より筆者作成。

第2は介護保険施設サービス費である。これは施設の基本報酬であり、毎月確定される施設類型が高い指標の施設ほど、入所者1人当たりの報酬が多くなる仕組みとなっている。こうすることで、老健は報酬の高い施設類型の取得を促されることになる。例えば、全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版《令和3年度介護報酬改定対応版》を基に、要介護3の多床室利用の1人当たりの場合を表4で見ると、施設類型により単位数⁴に違いがみられ、在宅復帰が機能している「超強化型」は、1005単位となり「その他型」は886単位となる。その差は119単位となる。このように月ごとに確定される施設類型が老健の報酬⁵を左右するため、施設運営にも大きな影響を与えることになる。以上のことから、老健は施設報酬の面からも在宅復帰施設として機能しなければならない。そして、これからの老健には、在宅復帰支援の推進を強く示していくことや、在宅復帰施設に必要な職種の設置や職員数の確保などが必要となる。

表4 介護保険施設サービス費 要介護3多床室の場合1日1人当たりの老健の収入

| 類型 | 超強化型 | 強化型 | 加算型 | 基本型 | その他型 |
|-----------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 単位数 | 1,005 | 959 | 918 | 884 | 886 |
| 老健収入 1日1人当 | 10,050円 | 9,590円 | 9,180円 | 8,840円 | 8,860円 |
| 比較改定前比較 (単位) | +57 | +11 | +14 | +7 | -11 |

出所: 全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版《令和3年度介護報酬改定対応版》より筆者作成。

第3章 先行研究

第1節 老健の在宅復帰に関する先行研究について（支援相談員の要因）

老健の在宅復帰の支援は施設の報酬にも影響することから、入所退所に関する相談や調整を担う支援相談員の役割は大きい。これは、在宅復帰・在宅療養支援等の指標でも支援相談員の配置割合の人数が評価値（点数）に挙げられていることや、入所や退所前後訪問でも支援相談員が中心となり訪問を実施することで、加算される。しかし、老健における支援相談員による在宅復帰支援に関する先行研究は多くない。その中で、中村（2016）は、北九州・沖縄の老健の入所担当である介護支援専門員⁶を対象に在宅復帰の要因を質問紙調査している。その結果、在宅復帰の要因は老健内の多職種による、入所利用者の健康や日常生活活動（Activities of Daily Living 以下「ADL」）の支援、家族介護者への心理的支援や教育支援が重要な要因であるとし、家族支援の重要性を指摘している。家族介護者の支援は支援相談員の大きな役割であると言える。また、吉村（2019）では、支援相談員の

⁴ 介護保険において1単位10円となる。

⁵ 表4から利用料を比較すると、「超強化型」と「その他型」の差は入所100床の場合、1日119,000円の報酬の差が生じる。また、介護保険改定前と単位数を比べてみると、例えば「超強化型」の場合は改定前よりプラス57単位と増加になり、「その他型」になると改定前よりマイナス11となる。

⁶ 中村（2016）では調査対象を入所担当の介護支援専門員としているが、支援相談員の業務の1つに、入所支援もある。

在宅復帰を意識した入所初期のアセスメントの実態と在宅復帰に影響のある要因について、施設の支援相談員を対象に、質問紙調査を実施している。その結果、多くの支援相談員は在宅復帰の意向がない家族にアセスメントを実施していないため、家族の退所不安などに対応していないことを指摘している。また、在宅復帰には、支援相談員の在宅復帰に対する意識やアセスメント実施状況だけではなく、その所属している老健の施設方針も在宅復帰に影響すると指摘している。そして、畠山（2017）は、強化型老健の支援相談員を対象に、在宅復帰できなかった事例に対する対応について質問紙調査を実施し、在宅復帰できない要因を分析している。その結果、支援相談員による在宅復帰への支援方法には格差がみられ、その格差は支援相談員の受けた教育課程や経験値の違いによるものであり、在宅復帰にも影響すると指摘している。これは、支援相談員の相談援助法や老健外部との連携力などの能力が利用者の在宅復帰や施設報酬、運営に大きく影響することを示唆している。こうした先行研究からも、支援相談員は在宅復帰において重要な職種だと言える。

第2節 老健の在宅復帰に関する先行研究（施設内部及び外部の環境要因）

老健による在宅復帰支援や復帰後の在宅支援は、支援相談員の相談援助力とともに、その施設の方針や運営体制、在宅復帰時に利用できる介護サービスからも影響を受ける。九津見（2005）でもまた、一施設での3年間の入所者記録から在宅復帰に関する要因を自宅退所と自宅外退所に分け、退所先の違いに注目して分析している。その結果、在宅復帰が困難となる要因を、利用者の認知症の状態や介護者の高齢化であるとしている。そのため、在宅復帰を進める介護者や家族に対し、ショートステイや通所サービスなどの在宅サービスの利用を促す必要性を指摘しており、その役割は相談援助業務に従事する支援相談員が担うことになる。また、古川（2017）は在宅強化型老健の一施設の過去52ヶ月分の退所利用者のデータを基に、在宅復帰の可否に影響するケア内容を分析している。その結果、在宅復帰に影響するケアの要因は、夜間排泄のトイレ又はポータブルトイレ使用ができることと、食事は常食かつ1400kcal/日摂取できていることであるとし、その一方で在宅復帰を困難とするケアの要因に、屋内移動法が車椅子であることを指摘している。これは、利用者のADLの維持や継続が必要不可欠であることを意味し、それらのケアを十分に提供できる職員や職種も必要になると言える。そのため、老健の運営体制における職員数や職種の確保もまた在宅復帰に影響すると考えられる。

第4章 全国の老健の在宅復帰の現状について

ここで、老健の在宅復帰、療養支援機能の状況を、全国老人保健施設協会（以下「老健協会」）の『介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・在宅支援等に関する調査研究事業 報告書』（令和3年度）を基に見てみることにする。この調査では、令和3年度に老健協会へ加入している全国3576施設のうち、935施設（回収率26.1%）から回答を得ており、主に3つの内容を調査している。1つ目は、5つの施設類型（超強化

型、強化型、加算型、基本型、その他型)の取得状況⁷についてであり、超強化型を取得した施設が30.9%、強化型が10.5%、加算型が34.2%、基本型が21.7%、その他型が1.3%、療養型が0.7%となっている。ここから、超強化型と強化型を合わせても41.4%と回答施設の半分にとどいていないことが分かる。

2つ目は、新規に老健への長期入所を希望する利用者の目的であり、大きく5つある。このうち最も多かったのは、「在宅生活を維持するため、自宅等からの入所」の29.5%であり、そこから、「他施設への入所待機」の26.7%、「在宅復帰を目指して、病院や他の施設からの入所」の22.1%、「看取り、ターミナル期の対応」の4.0%、「その他」の17.7%と続いている。ここから、在宅復帰や在宅支援を目的とした利用は約52%にとどまり、半数弱の利用者が他の目的を持っており、そのため、老健には在宅復帰・支援以外の役割も求められていると考えることができる。

そして、3つ目は、老健での各種加算の算定状況についてである。老健の施設類型と各種加算の算定取得状況を合わせた結果⁸を見ると、在宅復帰を推進している施設では、自ずと、在宅復帰支援に関係のある加算を算定している。よって、その加算を中心としたケアが必然的になされ、在宅復帰が推進されると考えられる。

また、全国老人保健施設協会『介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・在宅支援等に関する調査研究事業 報告書』(令和3年度)では、老健の5つの役割と利用目的を利用者の状態の変化に即して整理しており、本稿では、それを表5のように要約し、利用者の状態に応じて老健の役割が変化することを示す。

表5 老健協会の説明している老健の役割と機能

| 利用段階 | 利用者目的 | 利用場所 | 利用者に対する老健の役割 |
|------|-------------|----------|----------------------------|
| 第1段階 | 在宅復帰 | 発症→病院→老健 | 病院から退院後のリハビリの実施 |
| 第2段階 | 在宅継続、認知症予防 | 在宅⇄老健 | 在宅生活維持に向けたリハビリと介護者のレスパイト利用 |
| 第3段階 | 認知症ケア | 在宅⇄老健 | 利用者のADLや認知機能の低下に向けた長期入所 |
| 第4段階 | 認知症・医療的管理ケア | 老健長期入所継続 | 特別養護老人ホームなどの入所待機へ対応 |
| 第5段階 | 看取り | 老健 | 終末期への看取りなどの対応 |

出所：全国老人保健施設協会『介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・在宅支援等に関する調査研究事業 報告書』(令和3年度)より筆者作成。

表5の第1段階では、利用者の加齢や老化による持病の悪化、骨折などの治療後に、在宅復帰を目指す。こうした在宅復帰を目指す利用者は、病院から老健へ一時的に入所し、リハビリなどの老健のサービスを利用することが多い。第2段階では、在宅復帰を果たした利用者が、在宅生活の維持を目的に、老健へ一時的に入所し、再び、リハケアや認知症予防のサービスを利用する。この利用は、介護者に対しても、レスパイトケアの提供とな

⁷ あくまでも調査した回答の935施設の割合である。

⁸ 超強化型や強化型など、在宅復帰機能を果たしている老健では、算定率が高い傾向にある。特に「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」や「入退所前連携加算(Ⅰ)」、「経口維持加算(Ⅰ)、同(Ⅱ)」は、超強化型と基本型では算定率に差が見られる。

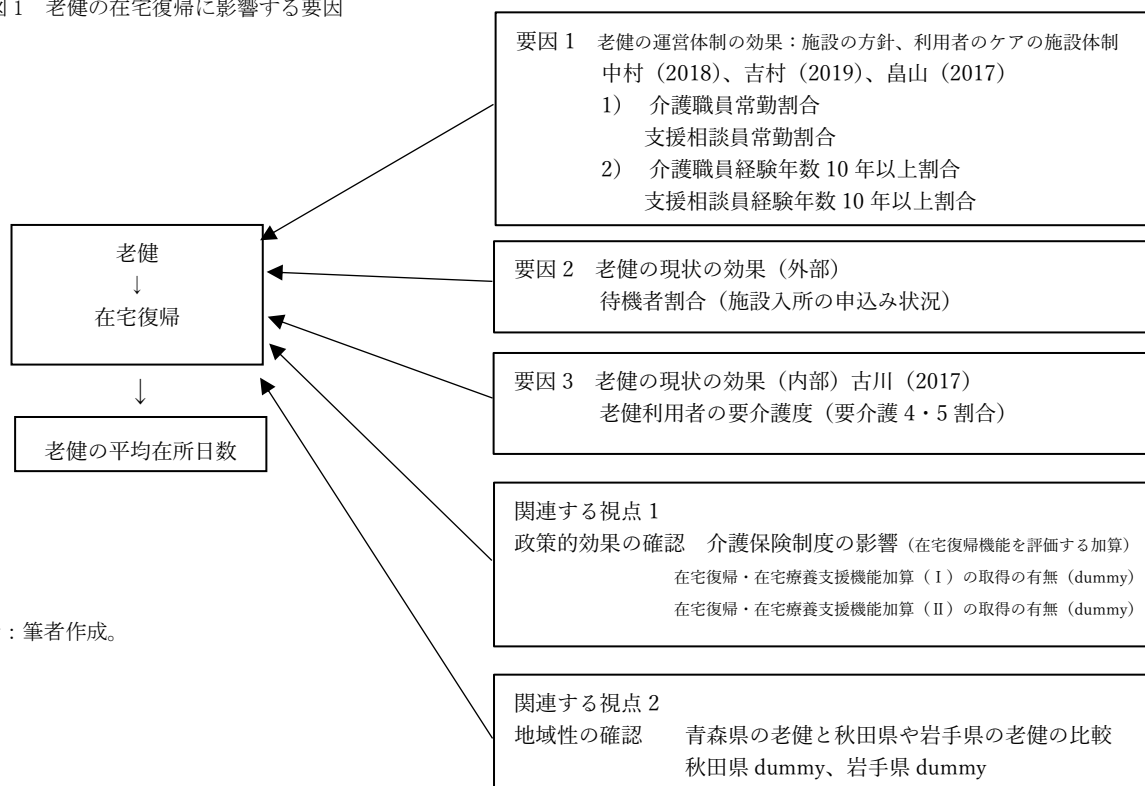
る。そして、第3段階では、利用者の老化が進み、ADL や特に認知機能が低下することで、在宅生活を継続することが困難になる。その場合、老健の認知症を中心としたケアがより必要となることから在宅復帰の期間は徐々に短くなり、老健への入所期間が以前より長期的になるケースである。こうした経過を経て、第4段階では、在宅復帰が難しくなり、老健へ長期入所してケアを受けることで利用者の現状を維持することになる。この場合、老健へ長期期間の入所をしつつ、特養へ入所するまで利用される。そして、第5段階では、在宅又は入所中の利用者の状態低下が進行した場合に、終末期での看取りケアが提供される。

このように、老健は状態の変化する利用者に対して、状態に応じたケアを提供している。それは、医療と介護の双方を踏まえつつ、自立支援から終末期まで広範囲に渡るケアとなる。よって、老健は在宅介護において必要性の高い施設であることから、本来の役割となる在宅復帰や在宅支援の機能を果たしていかなければならない。

第5章 老健で在宅復帰を機能する要因

以上から、老健の在宅復帰は大きく3つの要因からなり、さらには、2つの関連する視点を踏まえ、図1のように整理することができる。

図1 老健の在宅復帰に影響する要因



出所：筆者作成。

図1では、在宅復帰への支援を目的とする老健の成果を平均在所日数としている。この他にも、老健の成果として、ウェブサイトの『介護サービス情報公表システム』で示されている「3か月間の退所者数」を基に、全入所者数に対する「3か月間の退所者数」の割合を求め、この「3か月退所割合」を成果とすることも考えられる。しかし、「3か月退所割合」は、退所者の入所期間のばらつきが当該割合には反映されないという問題を含むため、本稿では成果として採用しない。また、在宅復帰の成果を施設類型にした場合、施設類型は月ごとに変動するという問題もある。

次に、図1を踏まえ、老健の成果（平均在所日数）の決定要因を検討する。

まず、要因1は老健の運営体制である。老健の方針が、明確に在宅復帰であることを示すことで、その方針に基づいた職員数や、職種を確保し、設置するという施設側の要因である。これは、吉村（2019）でも指摘され、在宅復帰に施設の方針や体制が影響していることを支援相談員への質問紙調査により明らかにしている。そこで、老健の運営体制に基づく決定要因は大きく2つからなる。1つ目は、常勤職員の割合である。在宅復帰を目指す老健は、自ずと、必要な職種や職員数を確保し、体制を構築していくこととなる。そのため、施設職員も施設方針に従い、日頃から在宅復帰に向けたケアプランやケアを提供することになる。ケアプランは主に、介護支援専門員や支援相談員によって担われ、利用者に対する直接的なケアは介護職員によって担われる。こうした体制は各職種の職員が常勤職員によって担われているほど、施設方針や施設に求められる役割が浸透し、より手厚く、柔軟なサービスを提供し得ると考えることができる。中村（2018）でも在宅復帰の要因を、利用者の健康の維持やADL維持への支援を指摘しており、老健の介護サービスの重要性を示している。そこで、本稿では、老健の運営体制面の1つ目の要因を、各施設の全介護職員に対する常勤の介護職員の割合によって捉え、「介護職員常勤割合」と定義する。各施設の支援相談員職員についても、同様に、「支援相談員常勤割合」と定義する。2つ目は、経験豊富な職員の割合である。経験の蓄積の大きい職員ほど、効率的かつ効果的に、施設の役割や方針に沿ったサービスを提供できると考えられる。これは畠山（2017）においても、豊富な経験を基にした支援相談員の相談援助が、被介護者の家族の不安を解消し、在宅復帰に影響すると指摘されている。よって、本稿では、老健の運営体制面の2つ目の要因を、各施設の全介護職員に対する勤続10年以上の介護職員の割合によって捉え、「介護職員経験年数10年以上割合」と定義する。各施設の支援相談員についても、同様に、「支援相談員経験年数10年以上割合」と定義する。

要因2は、老健への入所待機者の状況といった老健外部からの影響である。待機者の多い老健では、待機者からの入所希望のプレッシャーにより、入所中の利用者の退所が促される。その結果、平均的な在所日数が短くなる可能性がある。こうしたプレッシャーの大きさを捉える指標の一つとして、「定員に対する入所希望者の割合」を定義し、入所待機者割合と示すことにする。これは老健に対する潜在的需要の大きさとも言える。

要因3は、長期入所利用者の介護度の高低といった老健内部の現状である。その現状を

捉える指標として、施設の定員に対する要介護4と5を合わせた割合(以下「要介護4・5シェア」とする)を定義とする。これは古川(2017)でも、利用者のADLの自立(屋内移動の自立)が在宅復帰の要因の一つと述べている。そのため、老健での要介護4と5の割合は在宅復帰に影響すると考えられる。また、第2節の在宅復帰・在宅療養支援等指標の中に要介護4又は5の割合が評価項目となっていることから、要介護4・5シェアは老健の内部的要因を捉える指標となり得る。

次に、老健の在宅復帰に関連する2つの視点についてである。

第1の視点は政策効果であり、老健の在宅復帰機能に対する介護保険制度の影響である。介護保険制度では、老健の役割を在宅復帰と明示している。そして第2節で述べたように、介護保険制度では、在宅復帰を推進している老健が評価され、施設サービス費の設定や加算を取得できるようになっている。それは老健の報酬に影響することから、老健は在宅復帰を推進しようとする誘因を持ち得る。よって、平均在所日数は短くなる可能性がある。そこで本稿では、老健の在宅復帰の介護保険制度に関連する視点として、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)と(II)の取得の有無に注目し、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)を取得していれば1、取得していなければ0とする「加算(I) dummy」を定義する。「在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)」についても、同様に、「加算(II) dummy」を定義する。

第2の視点は地域性であり、第6.2節にて示される、青森県、秋田県、岩手県の各県の老健の平均在所日数の違いからも示唆される地域性の影響である。そこで、本稿では、地域性に関する要因として、秋田県ならば1、岩手県と青森県ならば0とする「秋田県 dummy」と、岩手県ならば1、秋田県と青森県ならば0とする「岩手県 dummy」を定義する。

以上を踏まえ、老健の成果指標を「平均在所日数」とし、3つの要因と2つの視点を説明変数とした回帰分析によって、老健の成果に影響する要因を分析する。

第6章 北東北三県の老健の現状

第1節 分析対象とデータ

本稿の分析対象は、「介護サービス情報公表システム」⁹からデータが入手可能な、令和2年度から令和3年度までの北東北(青森県、秋田県、岩手県)三県の老健である。ただし、当該システムからは更新前の過去のデータにはアクセスできないため、本稿でも、令和2年度、令和3年度の2時点にわたってデータを収集した。また、施設運営の条件を一定にするため、ユニット型老健や療養型老健を除外している。そして、今回は、分析に用いることができるパネルデータがあるにも関わらず、令和2年度と令和3年度のクロスセ

⁹ 介護サービス情報公表システムは、全国約21万か所の「介護サービス事業所」の情報を閲覧でき、主な公開情報として、事業所の基本的な項目や従業員数、職種、提供サービスの内容、利用料金、事業所運営にかかる取組、事業運営の管理体制、安全や衛生管理等の体制、従業員の研修の状況などがある。その内容は事業所の所在する都道府県の審査を経ている。

クシヨンの OLS 推定をしている。その理由は、平均在所日数の長さとなる変数の水準の要因を推定するためである。

本稿では、これら老健の平均在所日数を被説明変数とし、介護職員常勤割合、支援相談員常勤割合、介護職員経験年数 10 年以上割合、支援相談員経験年数 10 年以上割合、入所待機者割合、長期入所利用者の要介護 4・5 シェアを説明変数とした回帰分析を実施する。そこで、本節では、これらの変数を概観し、北東北三県の特徴等について検討する。

第 2 節 令和 2 年度、令和 3 年度の北東北三県の老健の現状

表 6 には、回帰分析に用いる変数の記述統計を示してある。記述統計については、令和 2 年度と令和 3 年度の間で大きく変化している点、北東北三県の間で大きく異なる点の 2 つの視点に注目することとする。

平均在所日数については、令和 2 年度と令和 3 年度にかけて、北東北三県の平均値が 713 日と一致しており、大きな変化はなかった。ただし、各年度において北東北三県でのばらつきは大きく、最も短い岩手県の平均値が 616 日に対し秋田県では 860 日となり、240 日以上之差がついていた。その傾向は、令和 3 年度でも変わっておらず、岩手県と秋田県の間で 250 日の差が見られた。

介護職員の常勤割合¹⁰については、令和 2 年度と令和 3 年度にかけて北東北三県とも大きな変化がなく約 90%で維持されていた。北東北三県の間でも大きなばらつきはなかった。支援相談員の常勤割合については、令和 2 年度と令和 3 年度にかけて北東北三県とも大きな変化がなく約 98%で維持されていた。また、北東北三県の間でも大きなばらつきはなかった。介護職員経験年数 10 年以上割合については、北東北三県とも令和 2 年度と令和 3 年度にかけて、50%から上昇し、53%となった。各年度での北東北三県の間で大きなばらつきは、なかったものの、令和 3 年度の秋田県では 58%となった。支援相談員経験年数 10 年以上割合については、北東北三県とも令和 2 年度と令和 3 年度にかけて、44%から上昇し、47%となった。各年度において北東北三県の間で、僅かなばらつきがみられ、岩手県の平均値が 41%に対し、秋田県は 49%となり 8%の差がついていた。その傾向は令和 3 年度でも変わっておらず、岩手県と秋田県の差は 12%と上昇がみられた。入所待機者割合については、北東北三県とも令和 2 年と令和 3 年度にかけて、大きな変化がなく約 30%で維持されていた。ただし、各年度での北東北三県の間で、ばらつきがみられ青森県の平均値の 19%に対し、秋田県と岩手県は 36%となり 17%の差があった。その傾向は令和 3 年度でも変わりなかった。要介護 4・5 シェアについては、北東北三県とも令和 2 年度と令和 3 年度にかけて、47%から僅かに上昇し、48%となった。各年度の北東北三県の間でも大きなばらつきはなかった。

以上の記述統計を踏まえると、北東北三県で特徴的な点は、待機者割合と平均在所日数

¹⁰ この常勤割合は常勤と非常勤の割合である。支援相談員も同様である。

に見られる。特に、平均在所日数のばらつきが大きく、平均在所日数は在宅復帰の成果とすることから、その特徴を北東北三県別のヒストグラムで見ることにする。

表6 記述統計

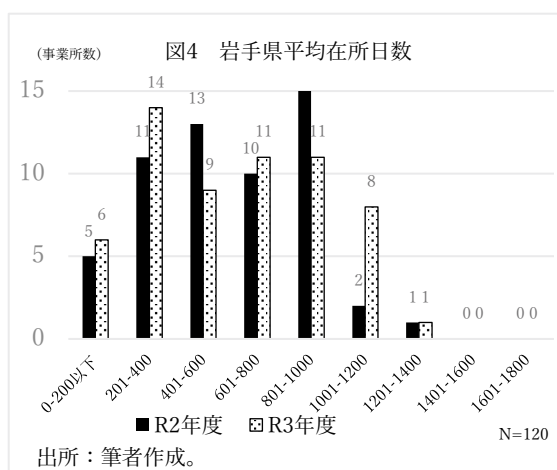
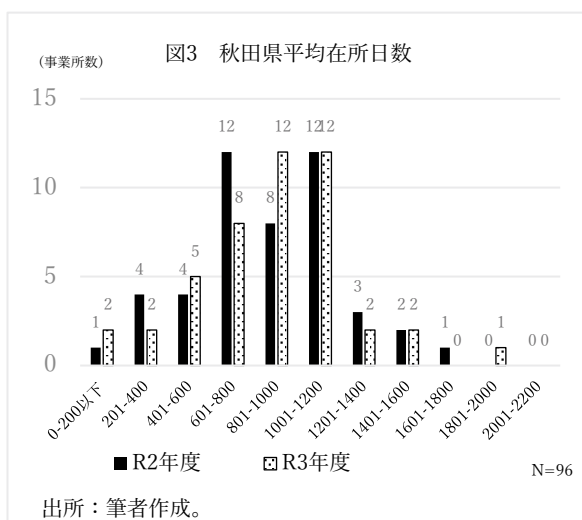
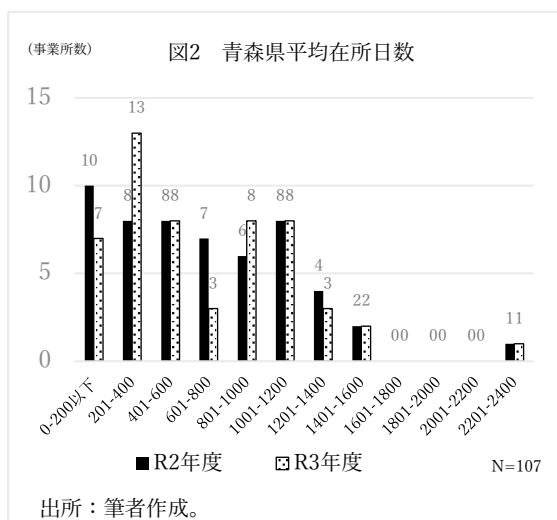
| | 令和2年度 | | | | 令和3年度 | | | |
|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 北東北3県 (n=161) | 青森県 (n=54) | 秋田県 (n=47) | 岩手県 (n=60) | 北東北3県 (n=159) | 青森県 (n=53) | 秋田県 (n=46) | 岩手県 (n=60) |
| 平均在所日数 | 713.87 | 695.10 | 860.16 | 616.17 | 713.90 | 679.35 | 876.74 | 619.57 |
| 標準偏差 | 379.67 | 462.84 | 335.37 | 281.54 | 394.02 | 455.44 | 349.86 | 322.58 |
| 中央値 | 734.00 | 611.50 | 939.00 | 616.00 | 754.00 | 517.00 | 940.00 | 614.00 |
| 最大値 | 2286.00 | 2286.00 | 1628.00 | 1211.00 | 2281.00 | 2281.00 | 1919.00 | 1288.00 |
| 最小値 | 7.00 | 90.00 | 28.90 | 7.00 | 7.00 | 90.00 | 29.00 | 7.00 |
| 介護職員 常勤職員割合 | 北東北3県 (n=4734) | 青森県 (n=1523) | 秋田県 (n=1479) | 岩手県 (n=1732) | 北東北3県 (n=4684) | 青森県 (n=1496) | 秋田県 (n=1471) | 岩手県 (n=1717) |
| 平均値 | 0.92 | 0.91 | 0.92 | 0.94 | 0.91 | 0.90 | 0.91 | 0.92 |
| 標準偏差 | 0.09 | 0.09 | 0.10 | 0.08 | 0.11 | 0.10 | 0.11 | 0.11 |
| 中央値 | 0.96 | 0.93 | 0.96 | 0.97 | 0.95 | 0.94 | 0.95 | 0.96 |
| 最大値 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 最小値 | 0.48 | 0.69 | 0.48 | 0.67 | 0.38 | 0.67 | 0.48 | 0.38 |
| 支援相談員 常勤割合 | 北東北3県 (n=384) | 青森県 (n=135) | 秋田県 (n=123) | 岩手県 (n=126) | 北東北3県 (n=390) | 青森県 (n=128) | 秋田県 (n=128) | 岩手県 (n=138) |
| 平均値 | 0.98 | 0.96 | 0.98 | 0.99 | 0.97 | 0.94 | 0.97 | 0.99 |
| 標準偏差 | 0.09 | 0.13 | 0.08 | 0.05 | 0.11 | 0.14 | 0.10 | 0.08 |
| 中央値 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 最大値 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 最小値 | 0.33 | 0.33 | 0.67 | 0.60 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 |
| 介護職員 経験年数10年以上割合 | 北東北3県 (n=4354) | 青森県 (n=1376) | 秋田県 (n=1361) | 岩手県 (n=1617) | 北東北3県 (n=4268) | 青森県 (n=1339) | 秋田県 (n=1348) | 岩手県 (n=1581) |
| 平均値 | 0.50 | 0.49 | 0.53 | 0.47 | 0.53 | 0.51 | 0.58 | 0.52 |
| 標準偏差 | 0.19 | 0.19 | 0.15 | 0.21 | 0.19 | 0.18 | 0.18 | 0.19 |
| 中央値 | 0.48 | 0.46 | 0.52 | 0.47 | 0.53 | 0.50 | 0.55 | 0.54 |
| 最大値 | 1.00 | 0.91 | 0.92 | 1.00 | 1.00 | 0.91 | 0.89 | 1.00 |
| 最小値 | 0.00 | 0.00 | 0.14 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.14 | 0.11 |
| 支援相談員 経験年数10年以上割合 | 北東北3県 (n=372) | 青森県 (n=128) | 秋田県 (n=120) | 岩手県 (n=124) | 北東北3県 (n=374) | 青森県 (n=120) | 秋田県 (n=119) | 岩手県 (n=135) |
| 平均値 | 0.44 | 0.45 | 0.49 | 0.41 | 0.47 | 0.47 | 0.54 | 0.42 |
| 標準偏差 | 0.39 | 0.39 | 0.37 | 0.39 | 0.40 | 0.40 | 0.40 | 0.40 |
| 中央値 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.45 |
| 最大値 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 最小値 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 待機者割合 | 北東北3県 (n=161) | 青森県 (n=54) | 秋田県 (n=47) | 岩手県 (n=60) | 北東北3県 (n=159) | 青森県 (n=53) | 秋田県 (n=46) | 岩手県 (n=60) |
| 平均値 | 0.30 | 0.19 | 0.36 | 0.36 | 0.29 | 0.18 | 0.37 | 0.34 |
| 標準偏差 | 0.42 | 0.28 | 0.53 | 0.42 | 0.43 | 0.28 | 0.55 | 0.42 |
| 中央値 | 0.13 | 0.10 | 0.18 | 0.23 | 0.13 | 0.10 | 0.13 | 0.21 |
| 最大値 | 3.02 | 1.38 | 3.02 | 1.90 | 3.13 | 1.38 | 3.13 | 1.90 |
| 最小値 | -0.01 | 0.00 | -0.01 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 要介護4・5 シェア | 北東北3県 (n=161) | 青森県 (n=54) | 秋田県 (n=47) | 岩手県 (n=60) | 北東北3県 (n=159) | 青森県 (n=53) | 秋田県 (n=46) | 岩手県 (n=60) |
| 平均値 | 0.47 | 0.45 | 0.45 | 0.49 | 0.48 | 0.47 | 0.47 | 0.50 |
| 標準偏差 | 0.12 | 0.09 | 0.12 | 0.14 | 0.12 | 0.12 | 0.12 | 0.12 |
| 中央値 | 0.45 | 0.45 | 0.44 | 0.45 | 0.46 | 0.46 | 0.46 | 0.47 |
| 最大値 | 1.00 | 0.70 | 1.00 | 0.96 | 1.00 | 0.79 | 1.00 | 0.97 |
| 最小値 | 0.16 | 0.19 | 0.16 | 0.21 | 0.15 | 0.15 | 0.32 | 0.29 |

出所：筆者作成。

図2、3、4は、各階級の大きさを200日とした北東北三県別の平均在所日数のヒストグラムである。

図2の青森県の平均在所日数の分布は、令和2年度と令和3年度ともに、右裾が長くなっており、また、全体的に扁平傾向となっている。これは、200日から600日の平均在所日数の老健が多く、1200日以上の平均在所日数の老健が少なかったことによるものである。図3の秋田県の平均在所日数の分布は、令和2年度と令和3年とも、他の2県に比べて、左右対称の傾向を示している。これは800日から1200日までの平均在所日数の老健が多かったことによるものである。図4の岩手県の平均在所日数の分布は、令和2年度と令和3年度で違いがみられた。まず、令和2年度は、左裾が長くなり全体的に扁平となった。これは、800日から1000日の平均在所日数の老健が多かったことによるものである。次に令和3年度は、右裾が長くなり全体的に扁平となった。これは、200日から400日の平均在所日数の老健が多かったことによるものである。ヒストグラムの形で見ると、秋田県

は特徴的で、平均在所日数が600日から1200日の老健が多くなり、600日以下や1200日以上の平均在所日数の老健が少なかったことによるものである。



続いて、表7、表8に、令和2年度と令和3年度の介護職員と支援相談員の経験年数の割合を示す。

表7の介護職員の経験年数割合¹¹については、令和2年度と令和3年度にかけて大きな変化はなかったものの、どの県においても「10年以上」の割合が、令和3年度で上昇傾向を示し約50%以上となっていた。それ以外の割合は一部を除いて低下している。各年度の北東北三県の間での大きなばらつきはなく、どの県も「10年以上」の割合が最も高く、「1年未満」の割合が最も低くなっていた。

¹¹ これは勤務年数を1年未満、1年以上3年未満、3年以上5年未満、5年以上10年未満、10年以上と分けている。

| N | 年 | 県名 | 1年未満 | 1年以上3年未満 | 3年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上 |
|--------|----|-----|------|----------|----------|-----------|-------|
| N=1376 | R2 | 青森県 | 6.3 | 11.6 | 13.1 | 21.9 | 47.1 |
| N=1339 | R3 | 青森県 | 6.0 | 10.4 | 10.5 | 22.7 | 50.4 |
| N=1361 | R2 | 秋田県 | 4.9 | 9.8 | 10.1 | 20.8 | 54.3 |
| N=1348 | R3 | 秋田県 | 4.7 | 7.4 | 9.2 | 19.9 | 58.8 |
| N=1617 | R2 | 岩手県 | 5.6 | 11.7 | 12.2 | 22.6 | 48.0 |
| N=1581 | R3 | 岩手県 | 6.1 | 9.0 | 11.2 | 21.5 | 52.2 |

出所：筆者作成。

表8の支援相談員の経験年数割合については、令和2年度と令和3年度にかけて変化がみられ、どの県も「1年以上3年未満」の割合で大きく低下している。各年度の北東北三県の間ではばらつきがみられ、「1年以上3年未満」の割合では、令和2年度の青森県が21.1%で岩手県が23.4%に対し、秋田県は16.7%となり青森県と秋田県の差が約5%みられた。令和3年度でも、その割合は、青森県の10%、秋田県の10.9%に対し、岩手県では16.3%となり、青森県と岩手県の差が約6%みられた。どの県も、「10年以上」の割合が最も高く、「1年未満」の割合が最も低くなっていた。

| N | 年 | 県名 | 1年未満 | 1年以上3年未満 | 3年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上 |
|-------|----|-----|------|----------|----------|-----------|-------|
| N=128 | R2 | 青森県 | 7.0 | 21.1 | 11.7 | 15.6 | 44.5 |
| N=120 | R3 | 青森県 | 10.8 | 10.0 | 14.2 | 16.7 | 48.3 |
| N=120 | R2 | 秋田県 | 10.8 | 16.7 | 11.7 | 16.7 | 44.2 |
| N=119 | R3 | 秋田県 | 10.9 | 10.9 | 11.8 | 16.8 | 49.6 |
| N=124 | R2 | 岩手県 | 11.3 | 23.4 | 10.5 | 12.1 | 42.7 |
| N=135 | R3 | 岩手県 | 16.3 | 16.3 | 14.1 | 14.1 | 39.3 |

出所：筆者作成。

表9は、令和2年度と令和3年度の老健からの退所先¹²割合である。

退所先割合については、令和2年度と令和3年度にかけて変化がみられ「医療機関」への退所先割合が低下し、「死亡者」として退所先割合が上昇していた。各年度において北東北三県のばらつきがみられ、「自宅等」への退所先割合が青森県の17.1%に対し岩手県では31.9%となり14.8%の差がついていた。その傾向は、令和3年度においても、変わっておらず青森県と岩手県の差が19.4%見られた。そして、令和2年度と令和3年度での退所先割合が最も高かったのは北東北三県ともに「医療機関」であった。

| N | 年 | 県名 | 自宅等 | 特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設 | | | 医療機関 | 死亡者 | その他 |
|--------|----|-----|------|--------------------|-----------|------|------|-----|-----|
| | | | | 介護保険施設 | 特別養護老人ホーム | 施設 | | | |
| N=871 | R2 | 青森県 | 17.1 | 6.8 | 5.3 | 53.2 | 15.4 | 2.2 | |
| N=893 | R3 | 青森県 | 17.0 | 7.5 | 3.9 | 48.5 | 20.0 | 3.1 | |
| N=697 | R2 | 秋田県 | 20.8 | 4.8 | 2.8 | 44.7 | 23.9 | 3.0 | |
| N=755 | R3 | 秋田県 | 24.0 | 5.0 | 2.4 | 43.2 | 23.3 | 2.1 | |
| N=1267 | R2 | 岩手県 | 31.9 | 7.6 | 4.0 | 41.7 | 12.8 | 1.9 | |
| N=1276 | R3 | 岩手県 | 36.4 | 7.4 | 2.1 | 36.6 | 15.1 | 2.4 | |

出所：筆者作成。

¹² 退所先の項目は、自宅等、介護保険施設、特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設、医療機関、死亡退所である。

第3節 調査の考察

本節では、北東北三県の老健の現状や年度での変化を比較し考察する。

在宅復帰の成果とした平均在所日数は、北東北三県全体では令和2年度から令和3年度にかけて変化なく維持されており、要介護4・5シェアが約50%となっている。これは、老健の利用者が何年も継続して長期間の入所をしているのと同時に介護度も高くなり、特養待機状態や看取りケアとなっていると考えられる。北東北三県別の平均在所日数は、秋田県の老健で最も長く、令和2年度と比べても日数が長くなっている。これは秋田県の老健で在宅復帰が少なく、老健に何年も継続して入所していることを示している。青森県の老健では、平均在所日数が、令和3年度では短くなり、入所待機者割合も減少している。しかし、「医療機関」への退所先割合が高く、「自宅等」への退所先割合が低いことから、在宅復帰がされているとは考えにくい。平均在所日数が最も少ない岩手県の老健と平均在所日数を令和3年度で比べてみても岩手県では619日に対して青森県は679日となり、約60日長くなっている。岩手県は、北東北三県の中で最も平均在所日数が短く、「自宅等」への退所先割合も最も高くなっている。

次に介護職員の常勤割合は、各年度や北東北三県でも約90%で推移している。そして、北東北三県とも介護職員の経験年数割合では、令和2年度から令和3年度にかけて「10年以上」の割合のベテラン介護職員は上昇し、「1年以上から3年未満」の割合や「3年以上から5年未満」の割合は低下している。これは、新しい介護職員が定着しておらず、ベテランの介護職員が人材不足をカバーしているためだと考えられる。よって、北東北三県の老健では介護職員の離職が進んでいるものの、介護職員の補充ができていないことが予測される。特に、介護職員の「1年以上から3年未満」の割合は低下していることから、新人介護職員が定着できる方策を最優先に取り組まなければならないと考えられる。そして、支援相談員でもまた、その傾向が同様にみられている。支援相談員については、特に低下している1年以上3年未満の支援相談員に対して何らかの相談援助の教育や研修等の取り組みが必要と考えられる。以上のように北東北三県の老健の介護職員や支援相談員の現状は、共通点がみられ、介護職員や支援相談員の新人教育や育成、職場の定着が重要となることが示唆されている。北東北三県の老健の退所先別割合では、「医療機関」への退所先割合の高さが特徴的となっている。しかし、「医療機関」への退所先割合は、令和2年度から令和3年度にかけて低下していたものの、「死亡者」としての退所先割合が上昇している。この「医療機関」への退所先割合の高さは、利用者の状態が不安定なままでの入所や、老健における日常的な医療を超える専門的な医療を必要とする利用者が多く入所しているためだと考えられる。石崎（1995）でも病院からの入所は、約半数が再入院していると指摘している。また、そのような老健では、ADLの向上よりも健康状態を維持するケアが中心となるため、身体の回復に時間を要し、在宅復帰が難しくなっている。これは在所日数を長くする原因の1つとも考えられる。北東北三県の老健の現状は、利用者の「自宅等」への退所先割合が低いことや、「医療機関」への退所先割合の高さから、健康面で

急変のリスクが高く、専門的医療へ移行しやすい利用者が多く入所していると言える。県別で見た場合も、青森県の老健では、「医療機関」への退所先割合が、約48%から53%と最も高くなっている。そして、「自宅等」への退所先割合は、青森県は17%で維持されているものの、秋田県や岩手県と比べて最も低く、「自宅等」への退所先割合が最も高い岩手県とは、約19%の差がみられ自宅への退所の低さを示している。

第7章 回帰分析

第1節 推定式の特定化

本節では、前節までの検討を踏まえ、令和2年度、令和3年度の北東北三県の老健をサンプルとしたクロスセクションデータを用いて、平均在所日数を被説明変数、介護職員常勤割合、支援相談員常勤割合、介護職員経験年数10年以上割合、支援相談員経験年数10年以上割合、老健入所待機者割合、長期入所利用者の要介護4・5シェア、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）dummy、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）dummy、青森県の他の2県に対して相対的な地域性を考慮すべく、秋田県 dummy、岩手県 dummy を説明変数とした回帰分析を実施する。各変数の定義は表10の通りである。

表10 回帰分析における推定式の変数とその定義

| 分析 | 変数名 | 定義 |
|---------------|--|---|
| 被説明変数 説明変数 | 平均在所日数 介護職員常勤割合 支援相談員常勤割合 介護職員経験年数10年以上割合 支援相談員経験年数10年以上割合 入所待機者割合 要介護4・5シェア 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）dummy 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）dummy 秋田県 dummy 岩手県 dummy | 老健一年間の平均在所日数 非常勤を含めた総介護職員に対する常勤の割合 非常勤を含めた総支援相談員に対する常勤の割合 常勤介護職員の10年以上勤務の割合 常勤支援相談員の10年以上勤務の割合 定員数に対する待機者の割合 定員数に対する要介護4と5の割合 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の取得の有無 取得：1 取得なし：0 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）の取得の有無 取得：1 取得なし：0 秋田県ならば1、青森県と岩手県ならば0とする。 異なる地域性の影響を青森県と比較する 岩手県ならば1、青森県と秋田県ならば0とする。 異なる地域性の影響を青森県と比較する |

出所：筆者作成。

ここで、説明変数の予想符号条件を検討する。

介護職員常勤割合の係数は、在宅復帰の成果としての平均在所日数に対して、負の符号条件を予想し得る。介護職員に占める常勤職員の割合が高まるほど、その老健の運営体制は、在宅復帰を意識した介護職員によって、構築されている可能性がある。そのため、日頃から施設方針である在宅復帰に向けたケアを常に手厚く提供できることから、利用者の状態改善が早まり、ADLの自立や健康状態を維持することができる。よって、在宅復帰が早まり在所日数は短くなると考えられる。支援相談員常勤割合の係数は、平均在所日数に対して、負の符号条件を予想し得る。支援相談員に占める常勤職員の割合が高まるほど、相談者を待たせることなく相談援助を実行し、在宅復帰に関する相談援助にも柔軟に対応することができる。よって、在宅復帰は早まり在所日数が短くなると考えられる。介護職

員経験年数 10 年以上割合の係数は、平均在所日数に対して、負の符号条件を予想し得る。介護経験の豊富な介護職員は、利用者の状態観察能力が高く、病態変化の早期発見など効率的かつ効果的に、在宅復帰に向けたサービスを提供することができる。よって、在宅復帰が早まり、在所日数が短くなると考えられる。支援相談員経験年数 10 年以上割合の係数は、平均在所日数に対して、負の符号条件を予想し得る。相談経験値の高い支援相談員は、今までの相談援助の経験（在宅サービスとの連携による人脈や介護保険全般の知識、困難事例対応等）から在宅復帰のタイミングや在宅復帰に必要なサービスの提案などの家族支援ができるためである。よって、在宅復帰が早まり、在所日数が短くなると考えられる。入所待機者割合の係数の符号は、平均在所日数に対して、正負の双方を予想し得る。1 つ目は負の符号条件である。入所待機者割合が高まると、入所待機人数が多くなることで、待機者家族から入所希望のプレッシャーが老健に多く寄せられ、それが入所利用者の相対的に早めの在宅復帰を促し、在所日数の短期化につながる可能性がある。2 つ目は正の符号条件である。入所待機者割合の高い老健ほど、特養待機入所や看取りケアなど、在宅復帰とは異なる動機による入所者が多く、入所者のスムーズな退所が抑制されることで、在所日数も長くなっている可能性がある。これは、石崎（1995）でも指摘されており、入所者が老健からの在宅復帰を諦め、特養等への入所まで利用する特養待機によって在所日数が長くなるとしている。要介護 4・5 シェアの係数の符号は、平均在所日数に対して、正負の双方を予想し得る。1 つ目は負の符号条件である。要介護 4・5 シェアが高い老健ほど、状態変化を起こしやすい要介護 4 や 5 の入所者が多いため、医療機関への入院リスクが高く、さらには、看取りケアの対象となる利用者も多いため、平均在所日数は短くなる可能性がある。2 つ目は正の符号条件である。古川（2017）でも指摘されているように、利用者の ADL の自立が在宅復帰の要因の一つであるため介護度が高い利用者は、在宅復帰が困難となり老健入所を継続し、特養待機となる可能性がある。よって、平均在所日数は長くなると考えられる。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の係数は平均在所日数に対して、負の符号条件を予想し得る。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を取得している老健は、老健の在宅復帰に対する体制が一定の水準にあり、在宅復帰機能の評価指標を満たしているため、特養待機化を抑制できており平均在所日数が短くなると考えられる。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）の係数は平均在所日数に対して負の符号条件を予想し得る。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）は（Ⅰ）よりも在宅復帰が機能している場合に取得できるため、より一層、在宅復帰機能が果たされていると考えられる。この係数の符号から、老健の在宅復帰に対する介護保険制度の影響を確認することもできる。秋田県 dummy と岩手県 dummy の係数の符号は、説明変数によるコントロール下において、秋田県、岩手県の平均在所日数が青森県に比べて短いのか、長いのかを示す。よって、正負の双方を予想し得る。ただし、表 6 の平均在所日数の各県の平均値を見る限り、秋田県の平均値は青森県より長いため、秋田県 dummy の係数は平均在所日数に対して正の符号条件を予想できる。また、岩手県の平均値は青森県より短いため、岩手県 dummy の係数

は平均在所日数に対して負の符号条件を予想し得る。

回帰分析では、上記の被説明変数と 10 の説明変数の間に線形性を仮定した第 1 式を、OLS によって推定した。

平在所日数 = $\text{const} + \alpha 1$ 介護職員常勤割合 + $\alpha 2$ 支援相談員常勤割合 + $\alpha 3$ 介護職員経験年数 10 年以上割合 + $\alpha 4$ 支援相談員経験年数 10 年以上割合 + $\alpha 5$ 入所待機者割合 + $\alpha 6$ 要介護 4・5 シェア + $\alpha 7$ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) + $\alpha 8$ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II) + $\alpha 9$ 秋田県 dummy + $\alpha 10$ 岩手県 dummy + $\mu \cdots$ 第 1 式

なお、const は定数項、 α は回帰係数、 μ は統計的誤差項である。

第 2 節 推定結果

推定結果は表 11 の通りである。

表 11 回帰分析の推定結果

| 分析 | 令和 2 年度 | 令和 3 年度 |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| const | 1034.401 (2.978) | 989.429 (3.152) |
| 介護職員常勤割合 | 484.413* (1.641) | 538.241* (2.03) |
| 支援相談員常勤割合 | -517.008* (-1.773) | -469.929* (-1.823) |
| 介護職員経験年数 10 年以上割合 | 162.827 (1.173) | 171.349 (1.128) |
| 支援相談員経験年数 10 年以上割合 | 52.277 (0.767) | -56.487 (-0.806) |
| 入所待機者割合 | 204.962*** (3.274) | 235.664*** (3.624) |
| 要介護 4・5 シェア | -827.763*** (-3.802) | -807.125*** (-3.423) |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) dummy | -61.031 (-1.125) | -116.913* (-1.983) |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II) dummy | -315.136*** (-3.989) | -256.124*** (-3.455) |
| 秋田県 dummy | 13.6.878* (2.068) | 157.724** (2.232) |
| 岩手県 dummy | -45.480 (-0.715) | -44.486 (-0.671) |
| adjusted R ² | 0.276 | 0.259 |
| sample size | 161 | 159 |

注：***、**、*は順に 1%、5%、10%の各水準での有意性を示す。() は t 値である。

出所：筆者作成。

表 11 の介護職員常勤割合の係数は有意であるものの、予想した負の符号条件とは異なり、令和 2 年度と令和 3 年度ともに正となった。在宅復帰を推進する老健では、在宅復帰を意識している介護職員を中心に運営体制を構築されていると考えられる。そのため介護

職員の常勤割合も高く、日頃から在宅復帰に向けたケアを提供できる。その結果、利用者の身体機能の向上や健康状態の維持がなされ、急変等による医療機関への入院も抑制されると考えられる。しかし、在宅復帰が可能となる身体機能レベルに達するには時間を要することや、在宅生活のための環境が整わないため、時間を要し、在所日数が長くなると考えられる。次に、支援相談員常勤割合の係数は有意となり、令和2年度と令和3年度ともに、予想した負の符号条件と一致していた。これは、常駐する支援相談員の割合が高いほど、利用者の在宅復帰のタイミングを逃さず、家族にもスムーズに相談援助を行うことができ、平均在所日数が短くなったと考えられる。介護職員経験年数10年以上割合と支援相談員経験年数10年以上割合の係数は、令和2年度と令和3年度の双方で有意ではなかった。入所待機者割合の係数は有意であり、令和2年度と令和3年度ともに、予想した正の符号条件と一致していた。これは待機者が多い場合でも、待機者による入所希望プレッシャーは老健に影響していないと考えられる。さらに、入所待機者割合の高い老健は、特養待機入所や看取りケアなどの入所目的の利用者が多く、在宅復帰を十分に進められていないと考えられる。よって、在所日数も長くなる。要介護4・5シェアの係数は有意であり、令和2年度と令和3年度ともに、予想した負の符号条件と一致していた。要介護4・5シェアの高い老健は、利用者の状態変化が起りやすく、医療機関への入院や看取りケアの対象となる割合が高い可能性がある。よって、平均在所日数は短くなっていると考えられる。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の係数は令和2年度で、有意ではなかったものの、令和3年度は有意であり、いずれも予想した負の符号条件と一致していた。さらに、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）の係数は有意であり、令和2年度と令和3年度ともに、予想した負の符号条件と一致していた。これは、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）よりも加算の算定条件は厳しいものの、施設報酬は最も高いものとなるため、この加算を取得できるように、施設の運営体制を整え、在宅復帰を推進したことによるものと考えられる。よって、平均在所日数が短くなっていると考えられる。秋田県 dummy の係数は有意であり、令和2年度と令和3年度ともに、予想した正の符号条件と一致していた。秋田県は、記述統計の結果でも、平均在所日数が青森県よりも長くなっており秋田県は青森県より在宅復帰が進んでいないと考えられる。一方、岩手県 dummy の係数は、令和2年度と令和3年度の双方で有意ではなかった。

第8章 結論と課題

本稿では、老健における在宅復帰に関して、大きく2つの課題に取り組んだ。1つ目は、老健の主たる機能の在宅復帰の現状や成果を把握すべく、北東北三県の老健を対象に、令和2年度と令和3年度の2時点のデータを収集し、老健の状況を都道府県間、時点間で比較、検討したことである。そこから以下の結論が得られた。

まず、北東北三県の老健の平均在所日数は、令和2年度と令和3年度の大きな差がみられなかった。また、北東北三県別に平均在所日数を見た場合でも、200日以内の平均在所

日数の老健はどの県も少なく 10 施設以下であり、その一方で、1000 日以上平均在所日数の老健は多くみられている。そして、令和 2 年度の要介護 4・5 シェアは約 50%、待機者割合は約 30%であり、いずれも令和 3 年度にかけて大きな変化がみられず概ね一定の水準で推移していた。これらのことから、北東北三県の老健では、現状維持の傾向が見られ、在宅復帰が停滞していると考えられる。次に、介護職員や支援相談員の現状は、北東北三県とも共通点がみられ、各職種とも「経験年数 1 年以上 3 年未満」の割合の低下や、「経験年数 10 年以上」の割合の上昇より、離職や人材不足が予想される。よって、老健に定着できるような職場環境の工夫や教育体制の構築などの対策が必要と考えられる。退所先割合では、北東北三県とも令和 2 年度と令和 3 年度双方で医療機関への退所が最も高くなっていた。これは、健康状態の不安定な利用者や、老健の日常の医療を超える専門的医療を必要とする利用者が多いことによるものと考えられる。また、石崎（1995）でも、病院からの入所者の約半数は、再入院することになると指摘している。よって、病院が老健と連携する際には、利用者が十分に回復した状態で、老健への入所を勧めるべきであろう。「自宅等」への退所先割合は、北東北三県とも令和 2 年度から令和 3 年度にかけて維持されているものの、県ごとにばらつきがあり、青森県が 17%に対して岩手県は 36.4%とその差は約 19.4%あった。特に青森県の自宅への退所は、北東北三県の中で最も低く、在宅復帰が停滞していると言えるだろう。

二つ目は、北東北三県の老健の平均在所日数を比較し、平均在所日数に影響を与える要因を踏まえ、老健の現状や在宅復帰を回帰分析によって明らかにしたことである。そこから以下の結論が得られた。

平均在所日数に対して正で有意となったのは、介護職員常勤割合や入所者待機割合、秋田県 dummy の係数である。在宅復帰を推進している老健は、在宅復帰に向けたケアを提供できるように、研修や介護職員の確保に努め、運営体制を整えている。その結果、介護職員は、利用者に関わる時間が多くなり、手厚いケアや精神状態の改善が図れるようなケアを提供できるようになる。また、複数の介護職員による状態観察から、利用者の微妙な状態や精神の変化を見逃さずに早期発見ができるようになる。そのため、利用者の健康状態の維持へと繋がるものの、手厚いケアを必要とする利用者は、在宅復帰をするまでの回復には、時間を要し、平均在所日数が長くなると考えられる。そして入所待機者割合の高い老健は、特養待機や看取りケアの利用者が多くみられ、在宅復帰などの退所が抑制されることから、入所期間が長期化すると考えられる。そして、北東北三県の中でも特に秋田県の老健は平均在所日数が長く、秋田県 dummy の係数も正で有意であった。平均在所日数に対して負で有意となったのは、支援相談員の常勤割合と要介護 4・5 シェア、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）と（Ⅱ）の 4 つの係数である。これは、支援相談員の常勤割合が高まることで、常に家族支援や相談援助を実施できる。この支援相談員の体制は、介護者側の自宅介護不安などを解消し、安心感を与え、在宅復帰へのサービス利用を促進できると考えられる。また、支援相談員経験年数 10 年以上の係数が有意ではないことから、

在宅復帰には支援相談員の経験値よりも常に相談できる体制が必要であると考えられる。これは、相談援助において介護者に安心感を与え、信頼関係を構築することの重要性を示している。そして、在宅復帰・在宅療養支援等の指標においても、支援相談員の配置割合の人数が評価値（点数）に挙げられていることや、支援相談員が中心となって実施する入退所前の訪問が加算となることから支援相談員の役割は、重要と言えるだろう。そして、要介護4・5シェアの高い老健は、利用者の状態変化が起りやすく、医療機関への入院や看取りケアの対象となる利用者が多く入所している可能性がある。そのため、老健での要介護4と5の入所者割合の調整やその利用者のケアは特に注意が必要になると考えられる。在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）または（Ⅱ）の加算を取得している老健は、在宅復帰や在宅支援の体制が整い、在宅復帰が機能していると考えられる。その結果、必然的に平均在所日数も短くなる。そして、これは老健の在宅復帰に対して介護保険制度が影響していることを示している。

本稿では、令和2年度と令和3年度のデータに基づき、老健の在宅復帰について、3つの要因と、2つの関連する視点から分析した。その結果、平均在所日数に対して支援相談員の常勤割合が、負の係数で有意であったことから、老健の在宅復帰の推進には、支援相談員の相談援助が重要と考えられる。今後は、その相談援助を実施する支援相談員の役割について着目し、老健の運営体制における支援相談員の現状や施設内外の連携、相談援助などの視点から、在宅復帰を進めるための体制づくりについて検討していく。

謝辞

本研究は、令和4年度青森中央学院大学学長裁量経費より助成を得て進められたものであり、記して感謝する。本稿の執筆にあたり、青森中央学院大学の指導教員の山本俊准教授よりご指導を頂いた。さらに、青森中央学院大学の楠山大暁准教授より多大なるご助言を賜った。また、青森中央学院大学の竹内紀人教授や畠山光史講師、地域課題研究会にてご指導頂いた玉川大学元教授の高千穂安長先生からも貴重なご助言を頂き、深く感謝申し上げます。なお、本稿にあり得る全ての誤りは筆者の責任によるものである。

参考文献

- 内閣府（2020）『令和2年度版 高齢社会白書』
- 厚生労働省（2016）『平成28年度版 厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—政策統括官月政策評価感質委託「高齢社会に関する意識調査」』
- 厚生労働省（2020）『第183回社会保障審議会介護給付分科会資料』
- 全国老人保健施設協会（2019）『新在宅支援推進マニュアル』三輪書店
- 全国老人保健施設協会（2022）『新在宅支援推進マニュアル』第2版 《令和3年度介護報酬改定対応版》三輪書店
- 小濱道博（2021）『令和3年度介護報酬改定対応 実地指導はこれでOK！おさえておき

- たい算定要件【特養・老健】』第一法規株式会社
青森市福祉部 介護保険課 高齢支援課 (2021)『高齢福祉・介護保険事業計画 第8期
計画』(令和3年～令和5年度)
- 全国老人保健施設協会 (2021)『介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・
在宅支援等に関する調査研究事業 報告書』(令和3年度)
- 全国老人保健施設協会 (2020)『令和2年版 介護白書—老健施設の立場から—』TAC 出
版
- 全国老人保健施設協会 (2018)『介護老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関す
る調査研究事業 報告書』(平成30年度)
- 九津見雅美・岡村ひとみ・高田晴美・中村香奈・西本美香・原本広子・杉浦圭子・三上洋 (2005)
「介護老人保健施設入所者の退所先とその関連要因の検討」『ジェロントロジーニューホ
ライズン』Vol.17No.1号 2005-1 ,pp95-102.
- 畠山玲子 (2017)「強化型介護老人保健施設における在宅復帰不能要因」国際医療福祉大学,
博士(介護福祉・ケアマネジメント学), 甲第349号, 2018-3-7.
- 佐藤政美 (2012)「老健施設における在宅復帰とケアスタッフの意識に関する研究」国際
医療福祉大学, 博士(医療福祉学), 甲第169号, 2013-3-14.
- 古川和稔・小平めぐみ・井上善行・藤尾祐子・津森伸一・竹内孝仁 (2017)「介護老人保
健施設からの在宅復帰に影響を与える要因～在宅復帰の可否に影響するケア内容分析
～」『自立支援介護・パワーリハ学』Vol.11No.1 2017.11,pp68-77.
- 中村豪志 (2016)「介護老人保健施設から在宅復帰するための要因」『理学療法科学』第
31巻第5号 ,pp765 - 769. (2016)
- 中村豪志 (2018)「在宅強化型の介護老人保健施設における在宅復帰の実態」『厚生
の指標』第65巻第13号 2018年11月 ,pp20-25.
- 吉村敏康 (2019)「介護老人保健施設支援相談員の入所初期アセスメントが在宅復帰に与
える影響」『自立支援介護・パワーリハ学』Vol.13No.1,2019.5 pp28-36.
- 奥野純子・戸村成男・柳久子 (2006)「介護老人保健施設所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意向に影響する要因より—」『日本老年医学会雑誌』第
43巻1号 (2006:1) ,pp108-116.
- 石崎達郎・甲斐一郎・平山登志夫 (1995)「大都市近郊の老人保健施設利用者の退所先に
影響を与える要因」『日本老年医学会雑誌』第32巻2号 (1995:2) ,pp106-110.
- 国立社会保障・人口問題研究所
(<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/kaidai/03.html>. 2022.8.26)
- 厚生労働省 介護サービス情報公表システム
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>. 2021.6.1)
- 厚生労働省 介護サービス情報公表システム
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>. 2022.6.10)