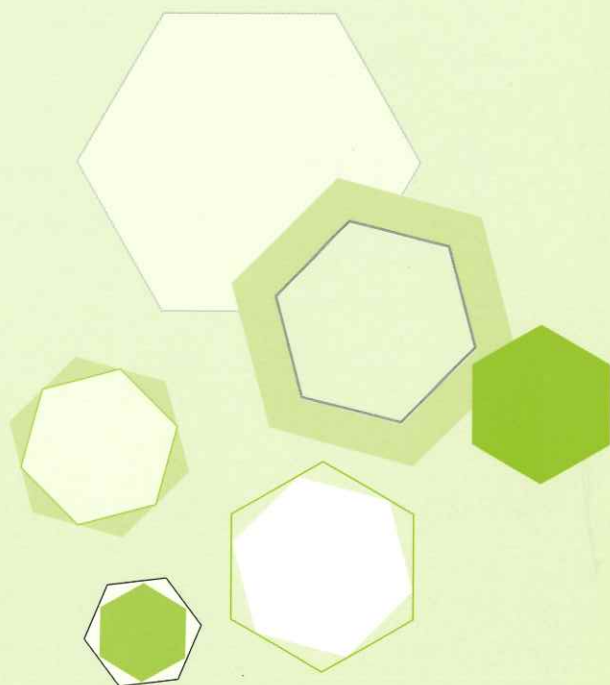


# 21世紀の老人保健施設 グランドデザイン

— 新たな課題に対して進化する —



平成16年3月31日  
老人保健施設懇話会

# 目 次

---

|            |   |
|------------|---|
| はじめに ..... | 4 |
|------------|---|

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1. 老健施設がおかれている現状と課題 ..... | 7 |
|---------------------------|---|

|              |   |
|--------------|---|
| 2. 提 言 ..... | 9 |
|--------------|---|

|                  |   |
|------------------|---|
| (1) 基本的考え方 ..... | 9 |
|------------------|---|

- ① 「4つの役割と機能」は堅持すべき
- ② 中長期的に3施設の施設体系の一元化を進めるべき
- ③ 中規模・多機能施設の母船（老健施設）と小規模・多機能な船団（分館型老健施設、グループホームなど）で地域を支える

|                           |    |
|---------------------------|----|
| (2) 今後、老健施設に期待される事項 ..... | 11 |
|---------------------------|----|

- ① 痴呆ケアの専門施設－寝たきりモデルから痴呆モデルへ
- ② リハビリテーション機能の向上
- ③ 介護予防の拠点に
- ④ 医師、看・介護職などのケアの専門性の向上
- ⑤ 利用者に対する情報提供と第三者評価の推進
- ⑥ ケアマネジメント機能の向上

|            |    |
|------------|----|
| 参考資料 ..... | 17 |
|------------|----|

- ① 老健施設整備状況と全老健会員数の推移
- ② 全老健の歩み
- ③ 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」（抜粋）
- ④ 高齢者リハビリテーション研究会報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」（抜粋）
- ⑤ 老健施設における痴呆性高齢者の現状

# はじめに

介護保険制度発足5年目の平成17年に制度の見直しをにらんで、厚生労働省はその検討作業を精力的に続けている。中でも平成15年6月に老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会（堀田力座長）が「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を守るケアをめざして—」をまとめ、これを受けて高齢者リハビリテーション研究会（上田敏座長）が平成16年1月に報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」をまとめた。

このように介護保険制度の見直しの論議が高まりを見せている一方、介護老人保健施設（以下、老健施設）がスタートした昭和63年当時から16年間の大きな環境の変化を受け、再度、老健施設のあるべき姿を見直してみる必要があるという声が高まってきた。

こうしたことから全国老人保健施設協会（以下、全老健）の漆原彰会長の検討機関として有識者を集めて老人保健施設懇話会が設置され、平成15年7月から現地見学も含めて6回にわたって検討を繰り返し、起草委員会の報告書案をもとにまとめたのが本報告書である。

懇話会では、主に痴呆性高齢者のケアのあり方について検討してきたが、厚生労働省が介護保険制度の見直しに関連して2つの研究会が報告書をまとめたことを受けて、痴呆性高齢者ケアに限らない幅広い視点から報告書をまとめることとなった。

本報告書では、老健施設のおかれている現状と課題をふまえて、基本的な考え方として、①従来どおり「4つの役割と機能」（総合的ケアサービス機能、家庭復帰機能、在宅ケア支援機能、地域や家庭との結びつきを重視した開かれた施設機能）は堅持すべき、②中長期的に施設体系の一元化を進めるべき、③中規模・多機能施設の母船（老健施設）と小規模・多機能な船団（分館型老健施設、グループホームなど）で地域を支える—を提言した。

また、今後、老健施設に期待される事項として、①痴呆ケアの専門施設—寝たきりモデルから痴呆モデルへ、②リハビリテーション機能の向上、③介護予防の拠点に、④医師、看・介護職などのケアの専門性の向上、⑤利用者に対する情報提供と第三者評価の推進、⑥ケアマネジメント機能の向上—の6点を提言した。

16年前、老健施設は国民の大きな期待を担って誕生し、これまで地域の住民のニーズに応えてきた。しかし、介護保険制度の発足など時代の変化とともに老健施設をとりまく環境は大きく変わってきている。こうした変化に対応して老健施設もその機能を進化させていく必要がある。

本報告書は、未来をめざした老健施設のあり方を提言したものである。これを受けて老健施設関係者ばかりでなく、広く地域住民、行政、介護保険事業者などが検討を開始し、安心できるわが国の高齢者ケアの質の向上に寄与することができれば幸いである。

平成16年3月31日

老人保健施設懇話会

座長 水野 肇

老人保健施設懇話会委員（50音順、敬称略）

伊藤雅治（全国社会保険協会連合会理事長）

高久史磨（自治医科大学学長・日本医学会副会長）

多田 宏（厚生年金基金連合会理事長）

保崎秀夫（慶応義塾大学名誉教授）

水野 肇（座長・医事評論家）

渡辺俊介（日本経済新聞社論説委員）

# 1. 老健施設がおかれている現状と課題

わが国の急速な高齢化社会の到来を受けて昭和60年に厚生省（当時）に中間施設に関する懇談会が設置され、病院と自宅、医療と福祉の中間に位置する中間施設の設置の必要性が報告された。その役割は、①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション・生活訓練などを行う、②病院に入院して治療するほどではないが家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し医学的な管理と看護を中心としたサービスを行うーというものであった。

これを受けて翌61年の老人保健法の改正で老人保健施設（以下、老健施設）が、医療と福祉とが連携した総合的なサービスを提供する施設として誕生することとなった。62年には厚生省はモデル老健施設7か所を指定し、63年から老健施設は本格実施に移され、翌年の平成元年の12月、社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健）の設立を迎えることとなった。当時、老健施設はわずか218か所にすぎなかった。

なぜ、老健施設の誕生が期待されていたのか。それは、その頃、わが国の高齢者を受け入れる施設は行政の措置による特別養護老人ホーム（以下、特養）と、病院による長期入院というもののしかない上に、病院間での高齢者の「たらい回し」が社会問題化していた状況があった。したがって、家庭復帰を目的とした新しい老健施設の整備は大いに期待されるものであり、その後、国や自治体などの強いバックアップもあって急速にその数を増やし、設立からわずか16年で3,056施設、定員25万9,395人（平成16年1月末現在）を数えるまでに成長し、わが国の高齢者ケアの一大拠点として揺るぎない存在となった。

しかし、設立当時と現在とでは老健施設をとりまく環境は大きく変化した。たとえば老健施設は当初、「寝たきりゼロ作戦」の拠点となったように「寝たきりモデル」を想定したサービス内容と人員・設備の基準で出発した。それはそれとして一定の効果があったが、その後、当時は想定していなかった痴呆性高齢者の増加があり、現在では入所者の8割を超えるまでの状況となった。

また、入所者の重度化が進み、入所期間の長期化が顕著となってきたことなど、この16年間の老健施設をめぐる大きな変化があった。

一方、特養も老健施設の整備の影響も手伝ってサービスの改善が大きく進み、個室とユニットケアが標準モデルとなり、さらに介護力強化病院の整備（後の療養型病床）におけるケアの質も大きく向上し、かつて老健施設が果たしてきた先駆的ケアのあり方が他施設

に大きな影響を及ぼすこととなった。

こうしたことから平成12年4月、介護保険制度が施行され、特養（介護老人福祉施設）や療養型病床（介護療養型医療施設）とともに老健施設（介護老人保健施設）の3施設が介護保険の施設サービスとして位置づけられた。

老健施設は設立された当時にはそれなりの大きな役割と機能が期待されていたし、その役割と機能は依然、大きいものがある。しかし、老健施設をとりまく環境の大きな変化を受けて、改めて方向づけをするべき時期にきているといえよう。

## 2. 提 言

### (1) 基本的考え方

#### ① 「4つの役割と機能」は堅持すべき

これまで介護老人保健施設は次のとおりの「4つの役割と機能」を掲げてきた。

「介護老人保健施設は、利用者の自立した生活を営むことを支援し、家庭復帰をめざす。また、施設は家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきをめざす。

#### I 総合的ケアサービス機能

医学的管理のもと、看護・介護、リハビリテーション、その他日常生活上のお世話など総合的なケアサービスを提供

#### II 家庭復帰機能

利用者・家族と一緒に考え、早期の家庭復帰をめざす。利用者の意思と人格を尊重し、利用者の立場に立ってサービスを提供

#### III 在宅ケア支援機能

短期入所療養介護（ショートステイ）、通所リハビリテーション（デイケア）をはじめ、様々な居宅介護サービス機能を活かし、地域の在宅ケアを支援

#### IV 地域や家庭との結びつきを重視した開かれた施設機能

市町村や地域の他のサービス機関との密接な連携に努める。地域住民の交流の場としても広く開かれた施設」

こうした「4つの役割と機能」は果たして今日の変化の中で変更を余儀なくされているのだろうか。本懇話会では、これらを検討した結果、依然、こうした「役割と機能」は重要であり、老健施設のあるべき基本的なスタンスを示しているものであるため、これらは堅持すべきであると考ええる。

同時に、環境の変化に老健施設が今後さらに柔軟に対応していくために、職員配置など施設・人員基準などは極力自由化していく方向が望ましい。その際、その実態を地域の住民にできる限り分かりやすく公開するとともに、介護報酬はその水準に応じて設定することとし、一定水準を超える部分については、その部分を明示した上で利用者負担とするといった原則を確立する方向を今後、検討するべきである。

## ② 中長期的に3施設の施設体系の一元化を進めるべき

中間施設懇の報告書をはじめ介護保険の創設および見直しの論議の中で繰り返しのべられてきた3施設（老健施設、特養、療養型病床）の施設体系の一元化についての検討を中長期的に進めていく必要があると考える。その理由は、利用者サイドから見た場合、どの施設が最も適切なサービスを受けることができるかということが明確ではなく、適切に選択できているとはいえないからだ。その結果、現実として必ずしも要介護度や医療必要度に対応した利用のされ方がなされているとはいえない。

基本的には、3施設のサービスの共通のベースがあって、その上にそれぞれの施設の特質に合わせたサービスが上積みされるというあり方の方が利用者にとって分かりやすいばかりでなく、各施設がその専門性に集中することによってケアの水準が向上すると考えられる。

したがって、「A リハビリテーションを中心とした在宅復帰型、B 生活介護を主体とした長期入所機能を持つ生活介護型、C 医療依存度の高い利用者を対象とした医療依存型」の3類型に現在の療養床を機能別に分けるとともに、各類型ごとに施設基準、運営基準、人員基準等を定め、より効率的かつ適正に施設サービスが運用できる体制の構築について検討を開始する必要がある」（「介護保険制度の健全な発展をめざし、健やかで活力ある高齢社会の実現のため一介護老人保健施設の立場から」平成15年10月27日 全老健）との意見書が指摘するとおりである。

しかし、現実には各地域に十分な施設サービスが整備されていない状況では、機能による区分けがむずかしいこともある。たとえば、特養がなく老健施設だけの地域では老健施設が否応なしに特養の機能も合わせ持たなくてはならなくなり、それが地域の利用者のニーズに応えることであるという現実は避けて通れないものがある。

したがって、社会的資源が不十分な過渡的な状況の中では、それぞれの施設が類型にとられることよりも利用者の個々の状態に合わせたケアサービスを行うことの方が重要であり、特養に家庭復帰の機能があってもいいし、老健施設でも入所期間の長期化が避けられなければ、特養のように個室・ユニットケアもサービスの質の向上の一環として検討すべきである。

ただし、老健施設の本来の機能であるリハビリテーションを中心とした家庭復帰はさらに進め、そして在宅ケアを支援していく機能を柱とするという原則は守るべきである。

## ③ 中規模・多機能施設の母船（老健施設）と小規模・多機能な船団（分館型老健施設、グループホームなど）で地域を支える

厚生労働省は老健局長の私的研究会として高齢者介護研究会を設置して平成15年6月「2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」をまとめた。この中で、小規模・多機能なサービスの展開をのべているが、こうした流れの中で老健施設がこれまでの家庭復帰をめざしたデイケア、ショートステイおよびミドルステイを中心とした機能、医療およびリハビリテーション機能はこれまで以上にその役割が期待されてくるといえよう。

「多機能」といっても現実には「宿泊」「通所」「訪問」が基本的機能である。老健施設はこれらについて「入所」「ショートステイ」「デイケア」「訪問リハビリテーション」といった基本的な機能を兼ね備えており、これらをバランスよく地域に展開するには、本来、「多機能」な老健施設が最もふさわしい施設である。

中規模・多機能な老健施設は、小規模・多機能な船団を支える母船としての役割が期待され、そのためにはこれまで以上に地域に出て行って「逆デイケア」を行うなど、地域リハビリテーションの拠点としての機能が求められている。

同時にこうした自らが展開するサービスだけでなく、地域の多様なサービス（特養、療養型ばかりでなく訪問看護ステーション、病院・診療所など）とも連携を強化し、一貫した流れの中で切れ目のないケアを進めるコーディネート機能として老健施設はその役割を果たすべきである。

## (2) 今後、老健施設に期待される事項

### ① 痴呆ケアの専門施設一寝たきりモデルから痴呆モデルへ

16年前に老健施設が設立された当時は、骨折や脳卒中等に起因した寝たきり高齢者をいかに家庭復帰させるかということが主な目的としてあった。しかし、その後、利用者の高齢化・重度化にともなって痴呆が8割を占めるまでになり、痴呆ケアの充実が老健施設の新たな課題となってきた。

しかし、こうした痴呆性高齢者に対する明確な診断やケアのあり方についてはまだ十分に確立されているとはいいいがたい。とくに高齢者の尊厳を支えるケアをめざすならば、成年後見制度ともあいまって権利擁護に対応しなければならない。

また、医療対応を要する場合に適切に対応するためには、精神科医師をはじめとする痴呆診断とケアの専門家の関与も欠かせない。

一方、精神病院の30万人入院患者のうち約7万人が退院する動きになっているが、彼ら

のうち65歳以上の高齢者が介護保険に入ってきた場合、その受け皿として老健施設が期待されるとすれば、これをどう考えるのかを早急に検討する必要があるだろう。

さらに、痴呆性高齢者に適切なケアを行うためには職員の資質の向上が不可欠であり、高齢者痴呆介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）で研修を受けた職員の配置、認定痴呆ケア専門士、痴呆ケア指導士などの配置などを進める必要がある。また、これらは痴呆ケアのアセスメントと計画書（痴呆性高齢者に適したアセスメント・ケアプラン票）の作成などに基づいて進めることが重要である。

痴呆ケアのあり方については日本痴呆ケア学会などで研究が進められているが、回想法、バリデーション、芸術療法など様々な方法がどれほどの効果があるのかを統一化した客観的評価法を導入してエビデンスづくりを進める必要がある。エビデンス・ベースド・ケアによる痴呆ケアの確立が関係者の間で強力に進められることを期待したい。

## ② リハビリテーション機能の向上

1980年に世界保健機関（WHO）が発表した国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）での障害モデルは、疾病→機能障害→能力低下→社会的不利というもので、障害というマイナス面しか見ていないといった問題点が指摘されていた。

そこで2001年にWHOは新たに国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）とそのモデルが策定された。このモデルは、障害のマイナス面だけでなくプラス面も重視し、人の生活機能を基本に、心身機能、活動、参加の3要素の低下を障害とし、その3要素の相互作用、健康状態と環境因子・個人因子を考慮して生活機能を向上させることをリハビリテーションとした。

すなわちこれから高齢者のリハビリテーションは、利用者本人が望んでいる生活を可能な限り支えていくことを目的に、様々な働きかけを総合的に提供することが重要である。したがって老健施設のリハビリテーションのあり方もこうした国際的なリハビリテーションの大きな流れに伴って、機能訓練室や集団処遇型のリハビリテーションにとどまらず、家庭復帰した後の個々の生活まで視野に入れた新しいリハビリテーションのあり方をめざしていくことが望ましい。

また、介護保険制度の見直しにともない被保険者が20歳以上などに拡大されたり、障害者の支援費制度との統合が図られることになれば、老健施設はこれまでの高齢者を中心にしたサービス展開とは異なってくることが予想される。同時に、これまでの高齢者を対象にしたリハビリテーションとは異なる機能への期待が高まってくるだろう。

「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである」（高齢者リハビリテーション研究会報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」とすれば、老健施設のリハビリテーションは、個々人の生活の目標に合わせた個々人のリハビリテーションプログラムを提供するなど幅広い対応が求められる。このためにはより一層、集団処遇から個別処遇への転換を進める必要があり、ハード・ソフトの両面からの見直しが求められている。

また、このことはこれまでの脳卒中モデルに限らず廃用症候群モデル、痴呆高齢者モデルにも対応することを意味している。脳卒中モデルにおいても、急性期リハビリテーション・回復期リハビリテーションの後を支える維持期リハビリテーションとして老健施設は位置づけられているが、回復期リハビリテーション病棟の関係者とも連携をとりながら早い段階から老健施設に関わりを始め、在宅復帰後も訪問リハビリテーションで対応するなどリハビリテーションの継続性の確保が重要である。

さらに、廃用症候群モデル、痴呆高齢者モデルに対応する場合、これまでも実際にそうであったように、単なる「通過型」ばかりでなく「往復型」（同前）の機能をさらに高めていくことが重要である。

こうした地域での柔軟な利用形態を保有することによって数多くの地域住民の多様なニーズに応えていくことが他の施設とは異なる老健施設の存在価値であるといえよう。

そのためにもOT・PT・STを含め痴呆性高齢者へ対応できる専門スタッフの充実、個別と集団（グループダイナミックス）の組み合わせのリハビリテーションなど老健施設ならではのきめの細かいリハビリテーションを行う必要がある。

## ③ 介護予防の拠点に

介護保険制度の見直し論議が続いているが、介護保険の利用者は制度発足から徐々に増加傾向を見せ、中でも要支援や要介護1といった軽度の利用者の増加が著しい。介護保険財政を健全化させ、制度の存続を図るという観点から要支援、要介護1を給付対象から外し、代わりに介護予防給付とする議論もある。

老健施設はこの介護予防や重度化防止の拠点として最もふさわしい機能を兼ね備えている。老健施設が地域に開かれた施設としての機能を発揮するために、通所機能の多機能化として地域と連携して介護予防に積極的に関わっていくことが重要である。具体的には、口腔ケア、IADL訓練、閉じこもり予防（デイケア）、転倒・骨折防止（筋力向上トレーニング、足指・爪ケアなど）、低栄養状態予防、アクティビティ・痴呆予防などのプログラム

を通じて、たとえば廃用症候群対策など目的を明確にした上でのプログラムを個々人に提供することが望ましい。

またこれらは健康日本21や平成17年度から始まる市町村による第5次老人保健事業との整合性を図り、地域のスポーツアスレチッククラブ、温泉利用型健康増進施設などの地域の社会資源との連携のもとで進められていくことが望ましい。

#### ④ 医師、看護・介護職などのケアの専門性の向上

平成16年4月から医師の臨床研修必修化が始まり、プライマリ・ケアの知識と経験を持った医師の養成をめざすこととなった。このカリキュラムの中で「地域保健・医療」が加わり、その研修先（臨床研修協力施設）として老健施設も参加することとなった。平成18年度からは歯科医師の臨床研修の必修化も予定されており、こうした動きに老健施設が積極的に関わっていくことが重要である。とくに若い医師・歯科医師に老健施設が地域で果たしている大きな役割を理解してもらうことは、将来の質の高い人材確保にもつながることであり、研修プログラム作成の段階から臨床研修病院と協力して医師・歯科医師にどう伝えていくかを早急に検討すべきである。

同時に全老健は、老健施設での研修医の指導にあたる指導医養成のために研修会などの事業を開始することが重要である。

高齢者医療は一般の医療とは異なる特殊性があり、さらにQOLを重視したケアという視点も従来の医療と同じではない。こうした高齢者医療とケアのあり方について、医師・歯科医師の臨床研修ばかりでなく看護職をはじめ介護職、OT・PT、支援相談員などすべてのスタッフが研修・教育に参画することが重要であり、これを生涯教育として定着するように方向づけることが重要である。

また、高齢者のプライマリ・ケアを日本老年医学会、日本老年精神医学会などと共同歩調をとってその発展に寄与することも重要である。こうした中で、専門医師や看護職・介護職などが育つ土壌が生まれると考えられる。

さらに、老健施設の医師の年齢は徐々に若くなりつつあるが、老健施設の中には高齢の医師も少なくない。医師の技量は必ずしも年齢で評価すべきではないものの、老健施設で果たすべき医師の役割を考えた場合、より若い医師を配置するよう全老健としても会員施設を指導することも重要な役割といえよう。

#### ⑤ 利用者に対する情報提供と第三者評価の推進

評価には、自己評価、同僚評価、そして第三者評価とさまざまな段階があり、また、医

療経済学者ドナベディアンのいうストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）といった3つの層で評価するなど様々な手法がある。

これまで全老健は、「老人保健施設機能評価マニュアル」をいち早く作成し、また、最近ではこれを全面的に改訂して「新・介護老人保健施設サービス評価マニュアル」を作成し、全老健あげて評価を行っている。

しかし、これらは自己評価である。世の中の動きは情報公開、そして利用者が自ら選択するということに向かっており、地域住民の意識もそのように変化していくだろう。こうした中で、利用者サイドの選択を容易にするための情報の公開に関して、厚生労働省老健局の主導のもと社団法人シルバーサービス振興会が標準化と正確さを担保するフレームづくりの工夫を検討しており、老健施設もこの対象となっている。病院においては財団法人日本医療機能評価機構による第三者評価は始まっており、介護保険サービスの中でもグループホームには第三者評価の導入が義務づけられた。

老健施設においても今後、自己評価にとどまらず、第三者による分かりやすい評価がますます重要になってくるだろう。したがって日本医療機能評価機構の中に老健施設の部門を設立するか、あるいは独立した第三者評価組織を設立するかはともかくとして、全老健がこうした第三者評価機構の設立に積極的推進の立場を明確にすることが重要である。

また、地域による多様性や施設ごとの独自性を尊重しつつ、それぞれの施設が目標管理と評価（マニフェスト）を行い、これを公表することも重要である。たとえば各施設が数値目標（入所期間短縮、家庭復帰率向上、要介護度の改善、在宅支援量など）を明示し、一定の期間内での達成度を明らかにする。これによって自己評価はさらに信頼性を獲得するとともに、第三者評価もさらに意味をもったものになるだろう。

#### ⑥ ケアマネジメント機能の向上

介護保険制度の適正な運用において、また利用者ニーズに基づきながらもあるべきサービスのアドバイスをを行うケアマネジメントの機能はきわめて重要である。しかし、介護支援専門員が担当する利用者の人数の多さ、事務量の多さ、そして介護支援専門員の力量不足などもあって、必ずしも十分に機能しているとはいえない。このような状況を受けて、日本ケアマネジメント学会でも認定制度を発足させたところである。

老健施設はこれまでも支援相談員などを通じてアセスメント、ケアプラン、評価を行ってきており、先駆的にケアマネジメントを実行してきたといえる。しかし、介護保険が施設サービスに限らず、今後、在宅重視の流れが強くなってくれば、老健施設のケアマネジメント機能はますます地域に広がりをもったものとならなければならない。



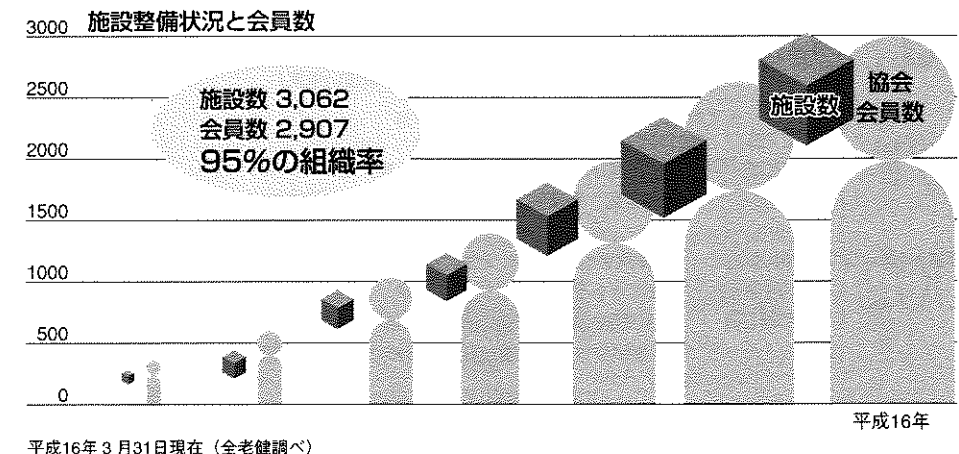
そのためにも老健施設がその地域のケアマネジメントの拠点として機能することをめざすことが重要である。同時に、施設における介護支援専門員の職務については、居宅介護支援における介護支援専門員の役割とは切り離して再検討すべきである。

また、ユニットケアのように集団処遇から個別処遇へという流れは今後ますます強まってくることを考えると、ケアプランはさらに個別化の方向にあり、人員基準のあり方も検討する必要がある。

さらに、介護保険制度の目的でもある高齢者の自立支援ということからいえば、過度の安静や過剰な介護はかえって廃用症候群を引き起こす危険性がある。ケアの質の向上のためには、「つくられた歩行不能」や「つくられた家事不能」を予防し、高齢者に適時・適切なケアサービスのプログラムを作成するケアマネジメント機能を一層強化していかなければならない。

## 参考資料

### ① 老健施設整備状況と全老健会員数の推移



### ② 全老健の歩み

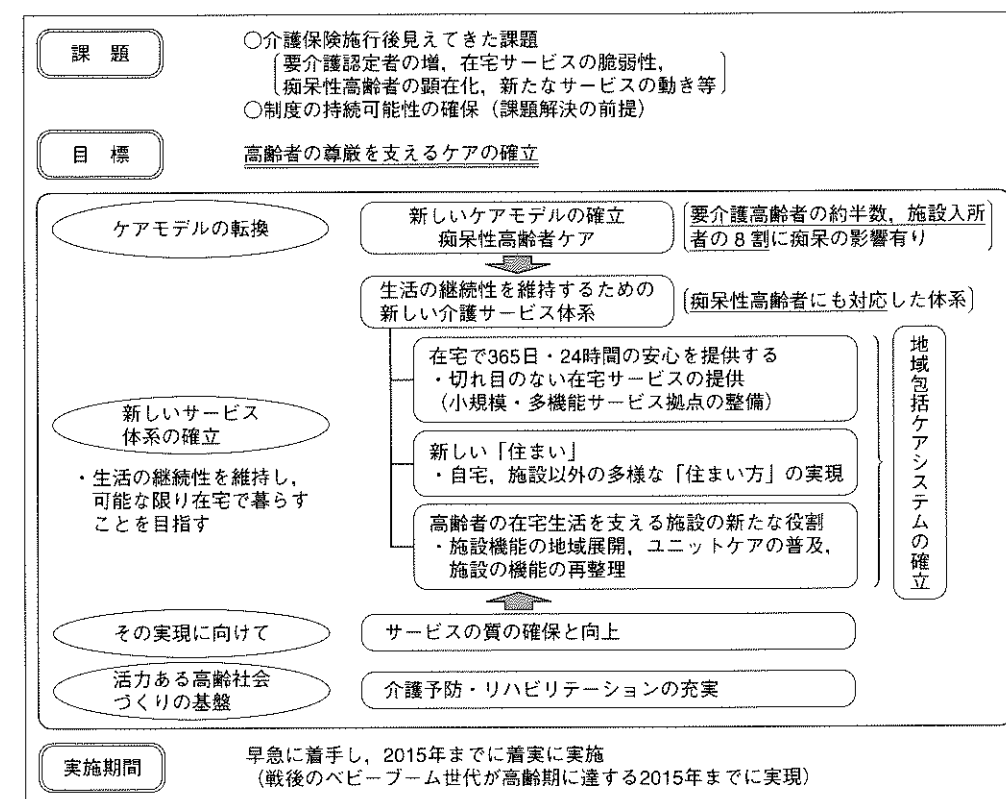
|       |        |                                                              |
|-------|--------|--------------------------------------------------------------|
| 昭和62年 | 2月16日  | 厚生省によるモデル老人保健施設（7か所）の指定                                      |
| 1987  |        |                                                              |
| 平成元年  | 11月23日 | 社団法人全国老人保健施設協会設立総会                                           |
|       | 12月22日 | 社団法人全国老人保健施設協会設立許可（東京都新宿区百人町2-5-5）                           |
| 平成2年  | 3月19日  | 社団法人全国老人保健施設協会第1回総会（会長：矢内伸夫）                                 |
| 1990  | 6月30日  | 第1回全国老人保健施設大会（山梨県）「寝たきりからの解放をめざして」                           |
| 平成3年  | 6月28日  | 第2回全国老人保健施設大会（広島県）「今問われる……長寿社会の“QOL”」                        |
| 平成4年  | 7月9日   | 第3回全国老人保健施設大会（北海道）「心豊かな長寿社会をめざして」                            |
| 1992  |        |                                                              |
| 平成5年  | 7月16日  | 第4回全国老人保健施設大会（宮崎県）「地域に開かれた施設づくりを求めて」                         |
| 平成6年  | 3月25日  | 協会設立5周年事業                                                    |
| 1994  | 7月28日  | 第5回全国老人保健施設大会（大阪府）「その人らしさを求めて～ボケても幸せやねん」                     |
| 平成7年  | 4月     | 厚生省・老人保健福祉審議会に意見書「健やかで活力ある高齢社会をめざした新しい介護（ケア）システムの構築にあたって」を提出 |
|       | 7月13日  | 第6回全国老人保健施設大会（宮城県）「地域における保健・医療・福祉の連携をめざして」                   |
| 平成8年  | 7月25日  | 第7回全国老人保健施設大会（兵庫県）「心のケア～新しい介護システムをめざして」                      |
| 1996  |        |                                                              |
| 平成9年  |        | 介護保険制度対策検討委員会を設置                                             |
|       | 7月3日   | 第8回全国老人保健施設大会（千葉県）「地方文化としての高齢者介護」                            |

|       |        |                                                        |
|-------|--------|--------------------------------------------------------|
|       | 10月    | 介護保険に関する研修会開始                                          |
|       | 12月9日  | 介護保険法成立                                                |
| 平成10年 | 9月3日   | 第9回全国老人保健施設大会（岡山県）「高齢者の尊厳が生み出すまち創り」                    |
| 平成11年 | 10月13日 | 第10回記念全国老人保健施設大会（長野県）「地域がつくる高齢者ケア」                     |
|       | 11月19日 | 協会創立10周年記念式典                                           |
| 平成12年 | 4月1日   | 介護保険制度スタート                                             |
|       | 10月4日  | 第11回全国老人保健施設大会（三重県）<br>「介護保険発足記念、老健施設がつくる明るい未来」        |
| 平成13年 | 3月27日  | 「身体拘束ゼロシンポジウム」                                         |
|       | 8月20日  | 第12回全国介護老人保健施設大会（東京都）<br>「“21世紀”老健施設のアイデンティティの確立を求めて」  |
| 平成14年 | 2月6日   | 「身体拘束ゼロシンポジウム」                                         |
|       | 3月6日   | 「ユニットケアシンポジウム」                                         |
|       | 10月2日  | 第13回全国老人保健施設大会（福岡県）<br>「思いやりのある豊かな未来をめざして—老健施設の明るい介護—」 |
| 平成15年 | 1月21日  | 「高齢者の安全を考えるシンポジウム」                                     |
|       | 2月18日  | オープンセミナー「知っておきたい成年後見制度 守ろう！高齢者の尊厳」                     |
|       | 3月19日  | シンポジウム「要介護高齢者の『食』を考える～人は生涯、口から食べられるのか～」                |
|       | 10月15日 | 第14回全国介護老人保健施設大会（北海道）<br>「いきいき、ながいき～高齢者の幸せは私達の未来～」     |

### ③ 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」（平成15年6月）（抜粋）

老人保健施設は、本来、リハビリテーションを行い、在宅復帰を目指す施設としての役割を担っている。しかし、老人保健施設を退所する人のうち、自宅に復帰する人は41%であり、56%が、特別養護老人ホーム・他の老人保健施設・医療機関等の施設へ移っている。（平成13年介護サービス施設・事業所調査）

そのため、老人保健施設には在宅復帰を支援する機能を一層果たしていくことが求められ、例えば、リハビリテーション機能や在宅復帰を支援する機能を適切に評価する仕組み（在宅復帰率など）を導入することも検討すべきである。



「2015年の高齢者介護」全体像

# 要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者の推計

○所在と痴呆性老人自立度

単位 万人

|        | 認定申請時の所在(再掲) | 認定申請時の所在(再掲) |           |        |           |        |
|--------|--------------|--------------|-----------|--------|-----------|--------|
|        |              | 居宅           | 特別養護老人ホーム | 老人保健施設 | 介護療養型医療施設 | その他の施設 |
| 総数     | 314          | 210          | 32        | 25     | 12        | 34     |
| Ⅱ以上自立度 | 149          | 73           | 27        | 20     | 10        | 19     |
| Ⅲ以上自立度 | 79           | 28           | 20        | 13     | 8         | 11     |
|        | (25)         | (15)         | (4)       | (4)    | (1)       | (2)    |

○将来推計

単位 万人

| 西暦          | 2002         | 2005         | 2010         | 2015         | 2020         | 2025         | 2030          | 2035          | 2040          | 2045          |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 痴呆性老人自立度Ⅱ以上 | 149<br>(6.3) | 169<br>(6.7) | 208<br>(7.2) | 250<br>(7.6) | 289<br>(8.4) | 323<br>(9.3) | 353<br>(10.2) | 376<br>(10.7) | 385<br>(10.6) | 378<br>(10.4) |
| 参考：Ⅲ以上      | 79<br>(3.4)  | 90<br>(3.6)  | 111<br>(3.9) | 135<br>(4.1) | 157<br>(4.5) | 176<br>(5.1) | 192<br>(5.5)  | 205<br>(5.8)  | 212<br>(5.8)  | 208<br>(5.7)  |

(注)2002年9月末についての推計。

「その他の施設」：医療機関、グループホーム、ケアハウス等。

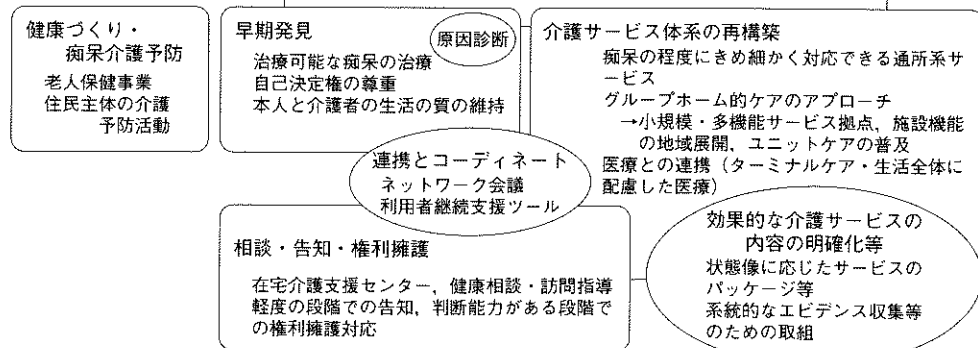
カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲。(痴呆自立度「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「Ⅴ」かつ、障害自立度「自立」、「Ⅱ」又は「Ⅲ」)。

(注)カッコ内は65歳以上人口比(%)。

- 「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」(痴呆性老人自立度Ⅱ以上)は、所在に関わらず、要介護(要支援)認定者の相当割合を占める。
- 介護・支援を要する痴呆性高齢者の今後の大幅な増加を見越した場合、介護保険サービスを含む地域の高齢者介護全体を、介護予防から終末期に至る全ステージで、痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換していくことが、21世紀初頭の大きな課題。

## 痴呆ケアモデルの構築

専門的人材の育成(かかりつけ医、地域の痴呆専門医、介護スタッフ)



## 痴呆ケアモデルの存立基盤

家族・地域住民の痴呆についての正しい知識と理解、痴呆性高齢者との適切な関わり  
→「時として痴呆性高齢者を追いつめてしまう存在」から「痴呆性高齢者を地域で支援する担い手」へ転換

切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を定めて計画的にリハビリテーションを行うことが基本となる。

- ・廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。リハビリテーションの提供にあたっては、必要な時に、期間を定めて計画的に行われることが必要である。
- ・そのいずれのモデルにも属さない痴呆高齢者については、環境の変化に対応することが難しいため、生活の継続性やなじみの人間関係が維持される環境の下にケアが提供されることが必要となる。その上で今後、必要な専門医療と連携し適切にリハビリテーションが検討されるべきである。

## (介護老人保健施設)

- ・制度創設時には医療機関と在宅の中間施設として整備された介護老人保健施設は、回復期リハビリテーション病棟が急性期の医療機関から在宅復帰を目的とした「通過型」としての役割を担いつつある現状を踏まえ、在宅の高齢者で徐々に生活機能が低下した際に介護老人保健施設のリハビリテーションを利用し、生活機能を向上させて再び在宅へ復帰することを支援するような「往復型」としての位置づけも検討する必要がある。
- ・今後の介護老人保健施設は、その有する通所リハビリテーション機能及び訪問リハビリテーション機能を組み合わせた在宅復帰・在宅支援機能や、短期間に集中して入所リハビリテーションを提供する機能の強化を図る必要があり、そのための専門職の充実が求められる。

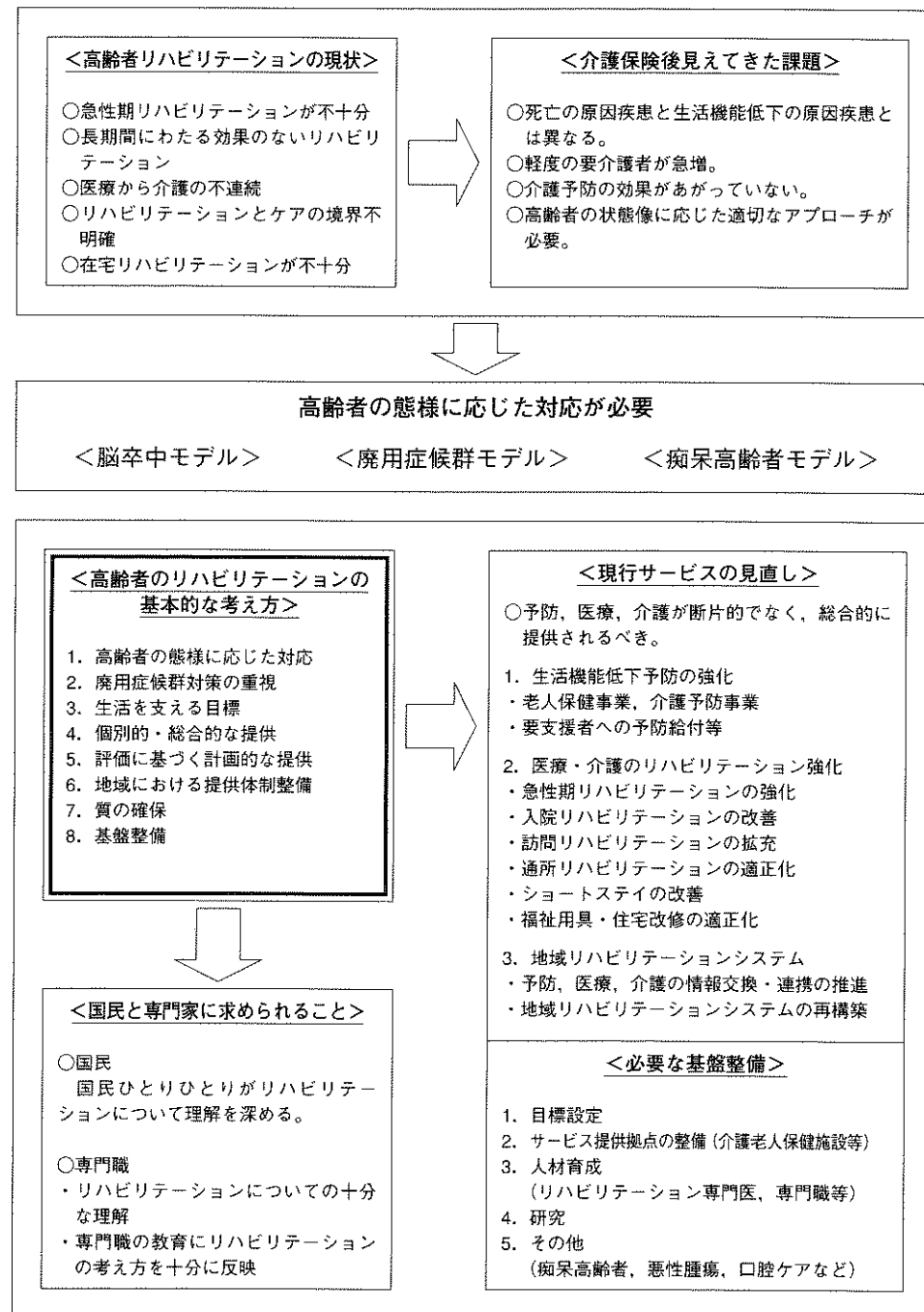
## ④ 高齢者リハビリテーション研究会報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」(平成16年1月)(抜粋)

### Ⅳ 高齢者リハビリテーションの基本的な考え方

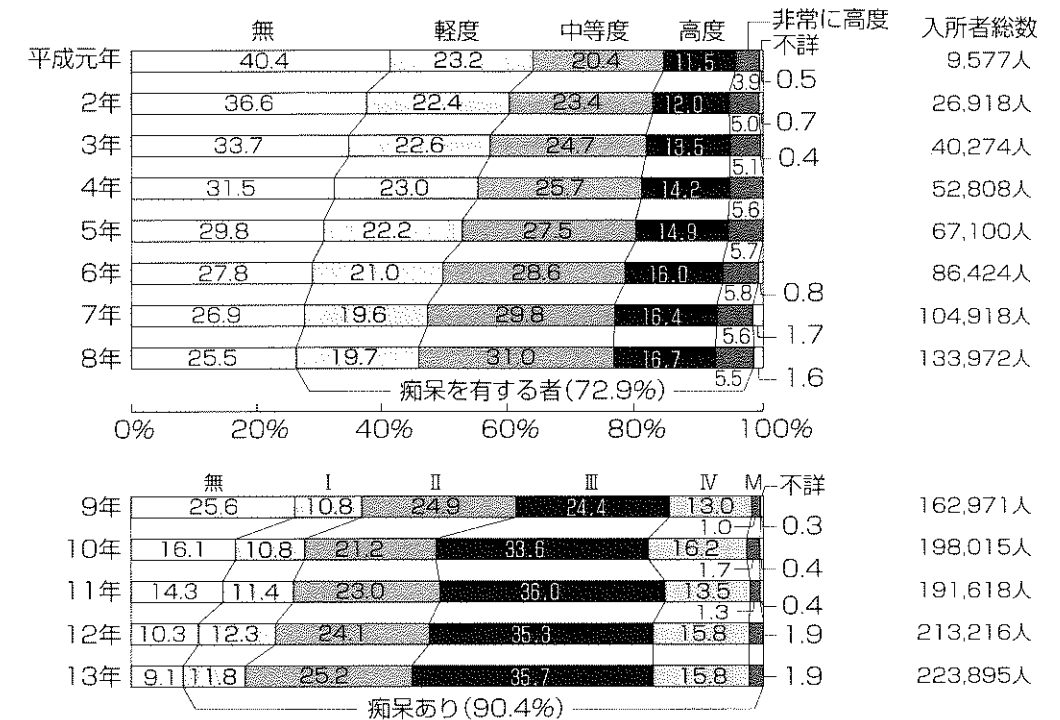
#### 1 高齢者の態様に応じた対策が必要

- ・脳卒中モデルと廃用症候群モデルとでは、リハビリテーションの内容は異なる。さらに、原因疾患や生活機能低下の状況を踏まえ、適切なリハビリテーションを提供する必要がある。
- ・脳卒中モデルにおいては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は日常的に適

## 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」構成

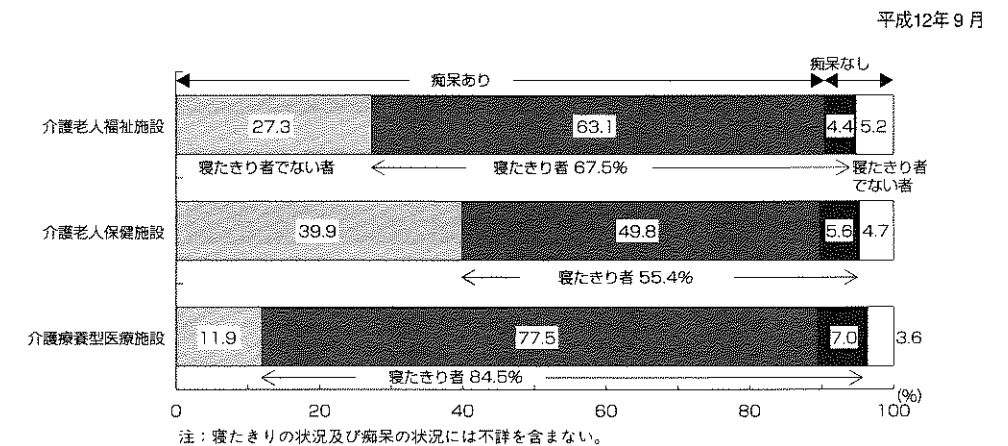


## ⑤ 老健施設における痴呆性高齢者の現状



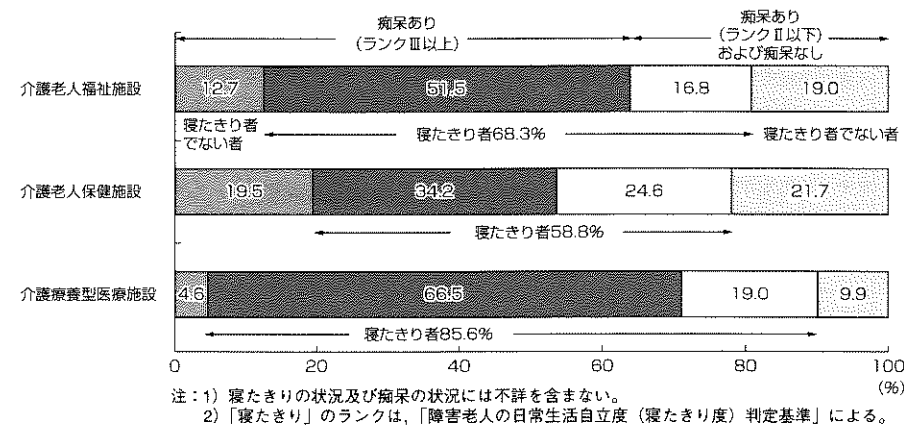
痴呆の程度別にみた入所者の構成割合の年次推移 平成9年から痴呆の程度をランクⅠ～Ⅳ、Mの5区分で分類  
老人保健施設調査（平成元年～11年）、介護サービス施設・事業所調査（12、13年）

## 在所者の痴呆と寝たきりの割合



# 在所者の痴呆と寝たきりの割合

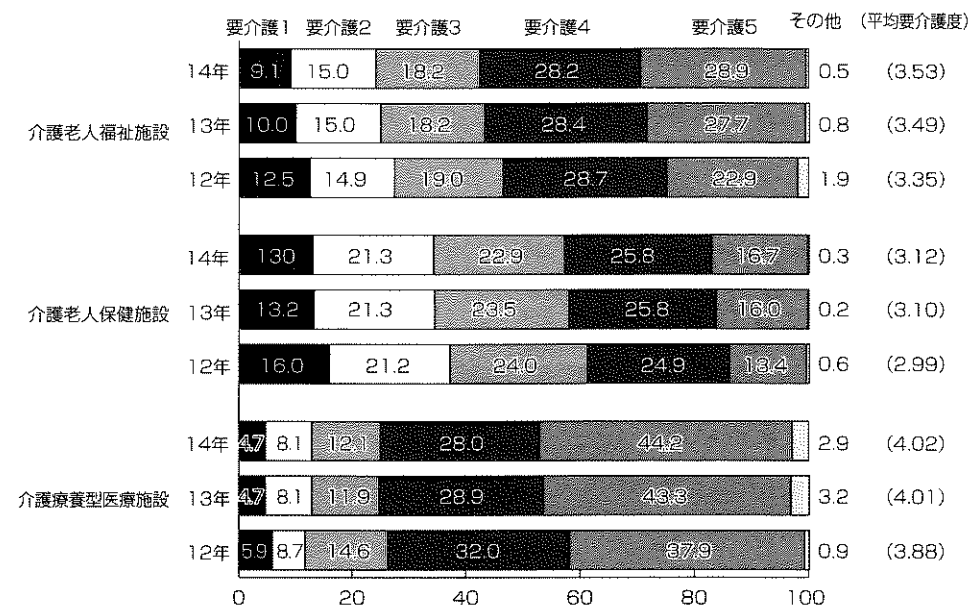
平成13年 9月



平成12年・13年介護サービス施設・事業所調査

# 要介護度別在所者数の構成割合

各年10月1日現在



平成14年介護サービス施設・事業所調査

# 入退所の状況

9月中に入所した者の入所前の場所をみると、介護老人福祉施設では、「他の介護保険施設」が37.5%、介護老人保健施設では、「家庭」が54.3%、介護療養型医療施設では、「病院・診療所」が66.7%、痴呆対応型共同生活介護では、「家庭」が48.3%と、それぞれ最も多くなっている（表1）。

また、9月中に退所した者の退所後の行き先をみると、介護老人福祉施設では、「死亡」が66.3%、介護老人保健施設では、「家庭」が54.1%、介護療養型医療施設では、「病院・診療所」が31.6%、「家庭」が30.6%、痴呆対応型共同生活介護では、「病院・診療所」が41.7%と多くなっている（表2）。

表1 入所前の場所別構成割合

平成14年 9月

|             | 新入所者数<br>(人) | 構成割合 (%) |      |              |        |     |
|-------------|--------------|----------|------|--------------|--------|-----|
|             |              | 総数       | 家庭   | 他の介護<br>保険施設 | 病院・診療所 | その他 |
| 介護老人福祉施設    | 5,595        | 100.0    | 31.5 | 37.5         | 24.7   | 6.3 |
| 介護老人保健施設    | 32,464       | 100.0    | 54.3 | 8.1          | 36.5   | 1.2 |
| 介護療養型医療施設   | 10,680       | 100.0    | 25.2 | 6.5          | 66.7   | 1.6 |
| 痴呆対応型共同生活介護 | 17,322       | 100.0    | 48.3 | 22.8         | 24.1   | 4.8 |

注：1) 介護療養型医療施設の「病院・診療所」は「医療病床又は他の病院・診療所」である。  
2) 痴呆対応型共同生活介護の「他の介護保険施設」は「介護保険施設」である。

表2 退所後の行き先別構成割合

平成14年 9月

|             | 退所者数<br>(人) | 構成割合 (%) |      |              |            |      |     |
|-------------|-------------|----------|------|--------------|------------|------|-----|
|             |             | 総数       | 家庭   | 他の介護<br>保険施設 | 病院・<br>診療所 | 死 亡  | その他 |
| 介護老人福祉施設    | 4,890       | 100.0    | 3.1  | 2.4          | 27.5       | 66.3 | 0.7 |
| 介護老人保健施設    | 32,974      | 100.0    | 54.1 | 11.8         | 31.3       | 1.3  | 1.5 |
| 介護療養型医療施設   | 10,346      | 100.0    | 30.6 | 14.2         | 31.6       | 21.7 | 1.8 |
| 痴呆対応型共同生活介護 | 6,374       | 100.0    | 17.7 | 27.8         | 41.7       | 7.4  | 5.4 |

注：1) 介護療養型医療施設の「病院・診療所」は「医療病床又は他の病院・診療所」である。  
2) 痴呆対応型共同生活介護の「他の介護保険施設」は「介護保険施設」である。

平成14年介護サービス施設・事業所調査

---

[老人保健施設懇話会報告書]

## 21世紀の老人保健施設 グランドデザイン

—新たな課題に対して進化する—

---

平成16(2004)年3月

●発行 社団法人全国老人保健施設協会  
〒160-0004 東京都新宿区四谷4-28-4  
YKBエンサインビル3F  
Tel. 03-3225-4165/Fax.03-3225-4856

●編集 老人保健施設懇話会

---

