

**「高齢者ケア懇話会」
報告書**

**老健施設を
「高齢者の生活を最期まで支援する」
地域の拠点に**

〈「中間施設に関する懇談会」中間報告〉から20余年、さらに未来へ

平成21年3月

社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

日本経済はいま「100年に一度」といわれる戦後最悪の危機に直面している。輸出の激減による需要の急速な縮小は、日本企業を直撃し雇用不安を高めている。非正規労働者を中心に大量の失業者が発生し、次の生活のメドが立たない人が増えている。

地方拠点都市の産業別就業者数の変化を見ると（総務省、2001～06年調査）、増えているのは医療と福祉（介護）だけで、ほかは軒並み減っている。今日の危機を乗り切るための一つの処方せんは、内需主導型の経済体制へ転換し、雇用創出と地方の活性化のために、医療・介護のもつ産業としての力を発揮していくことに求められるのではないか。

ところで、老人保健施設は誕生して20年が経過した。この施設創設の契機となったのは、厚生省（当時）に設置された「中間施設に関する懇談会」の議論である。

特に、昭和60年（1985年）にまとめられた同懇談会の「中間報告」は、老人保健施設の設計図になったばかりでなく、その後の施設のあり方や進むべき方向を示す羅針盤となった。その内容は現在でも色あせておらず、これからの老人保健施設を考えるうえでも示唆に富むものとなっている。

懇談会報告の背景には、要介護老人の多様化するニーズに対応する多機能なサービスの提供が必要であるにもかかわらず、当時の高齢者医療・介護が、医療保険制度の下での社会的入院と、措置制度の下での福祉とに分断されているという実態があった。老人保健施設の発足は、両者を結びつけ病院と在宅の橋渡しをするものとして大きな役割を果たした。

それから20年たった今日、時代は次のような新しい課題への取り組みをわれわれに要請している。

1. 高齢化・独居化の同時進行 家族の同居率は低下の一途をたどり、独居または高齢者のみの世帯がいまや50%を超えている。
2. 認知症高齢者の増加 認知症の人の数は20年後には倍増する。80～90歳の人が増えるからである。
3. 人材確保 サービスの質に結びつく人材確保は、報酬のあり方や人員配置基準、事業者に対する直接的な支援など多面的な対策が必要である。昨今の非正規雇用の増大は人材確保の好機でもあろう。

このほか医療保険と介護保険との関係の見直し、終末期の医療と介護のあり方など、介護保険制度とともに老健施設が直面する問題は多い。さらに将来、高齢者医療制度とも関連して、医療と介護のサービスは一元化の方向をめざすことを考えるべきである。

本報告書が問題打開への一助となることを望むものである。

「高齢者ケア懇話会」

座長 水野 肇

「高齢者ケア懇話会」報告書 目次

はじめに

第1部 わが国高齢者医療・介護制度が直面する課題	5
1. 人口構造の変化がもたらした課題	5
1) 少子・高齢化の進展	5
2) 社会保険制度の持続可能性の問題	7
2. 超高齢社会における医療・介護サービスの需要	7
1) 認知症高齢者の増加	8
2) 医療依存度の高い介護サービス利用者の増加	8
3) 地域における介護を受ける場所、死を迎える場所の確保	8
第2部 老人保健施設の存在意義と現状の課題	11
1. 老人保健施設制度のできた背景	11
1) 昭和60年「中間施設に関する懇談会中間報告」	11
2) 老人保健施設創設のインパクト	11
2. 老人保健施設の歴史と課題	12
1) 短期間に発展・拡大した老人保健施設	12
2) 時代の変化とともに発生した課題	12
第3部 提言「時代の要請に応え、持続可能な社会保障制度構築のために」	
― 老人保健施設のさらなる柔軟性の発揮と効率化の実現	14
1. 一人の高齢者が、必要に応じたサービスを医療保険・介護保険から同時に給付できるしくみを	14
2. 地域の特性に応じて、既存施設が付加機能を装備できるしくみとし、加算方式で評価を行う	14
3. モデル賃金を設定し、医療・介護サービスの設定を抜本的に見直す	15
4. 老人保健施設における具体的提言	15
1) 医療保険からの給付を可能とする	15
2) ダブルスタンダード化を解消し、わかりやすい施設体系を	15
3) ネットワーク機能を評価するしくみを創設する	16
おわりに―時代の要請に応える“老健機能”の新たな展開	18
添付資料1 老人保健施設に関する緊急意見表明 (平成19年12月)	19
添付資料2 中間施設に関する懇談会中間報告 (昭和60年8月)	20

第1部

わが国高齢者医療・介護制度が直面する課題

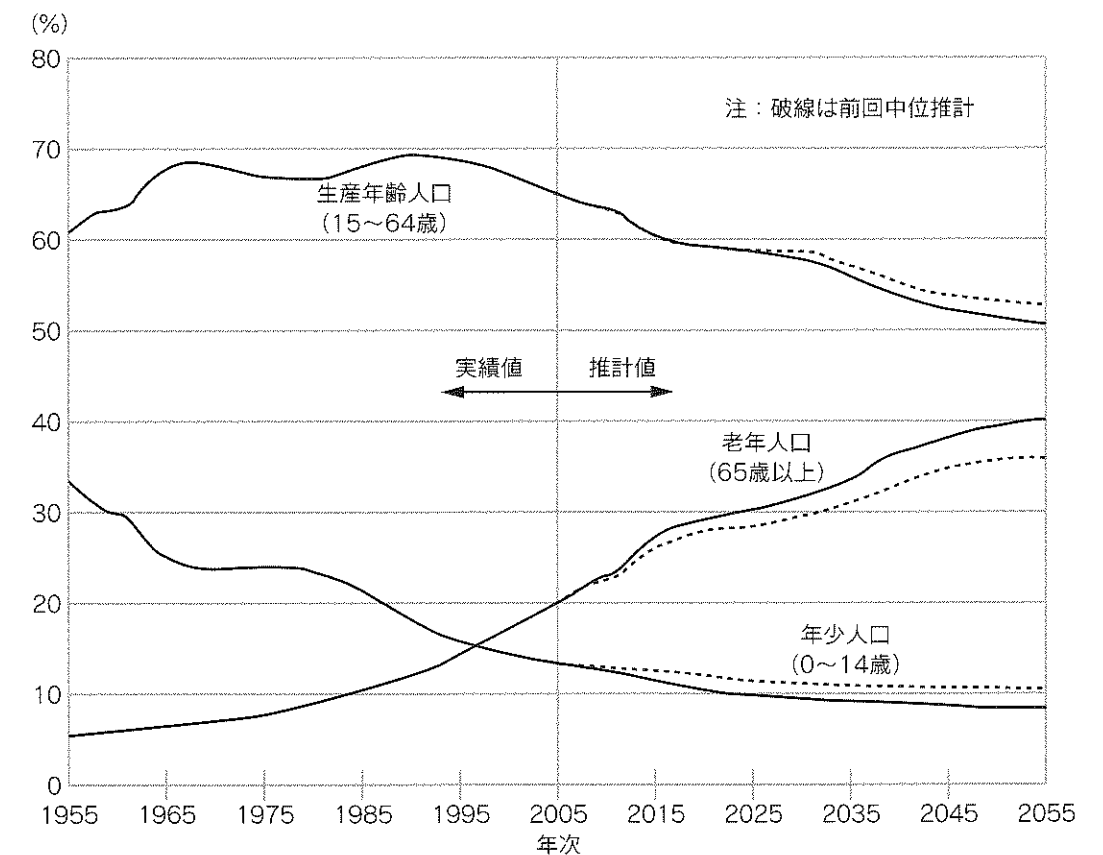
1. 人口構造の変化がもたらした課題

1) 少子・高齢化の進展 (図1～3)

わが国は、高度経済成長の終了とほぼ同時に、高齢化率が急上昇した。また、合計特殊出生率の低下が長い期間続いたことで、きわめて短期間のうちに少子・高齢社会が進展した。

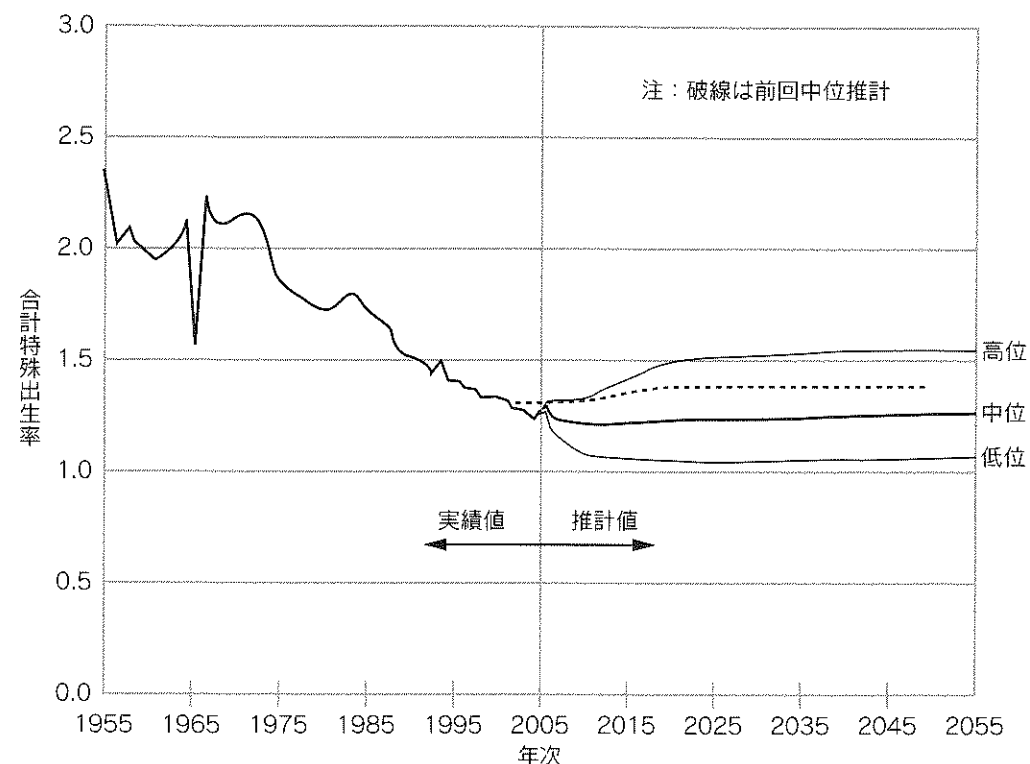
高齢化社会（全人口に占める65歳以上高齢者の占める割合が7%超）から、高齢社会（同14%）、さらに超高齢社会（同21%）へ至る期間は世界最速であった。特に今後は、高齢者のなかでも75歳以上の後期高齢者の人口および割合が増加することが予測されている。また、合計特殊出生率は、高位推計でも総人口を維持するために必要な水準（人口置換水準）に達しないと見込まれている。

つまり、今後のわが国は、総人口が減少し、平均寿命が延伸する社会になる。このことは、わが国の社会のあり方が大きく変わっていくことを示している



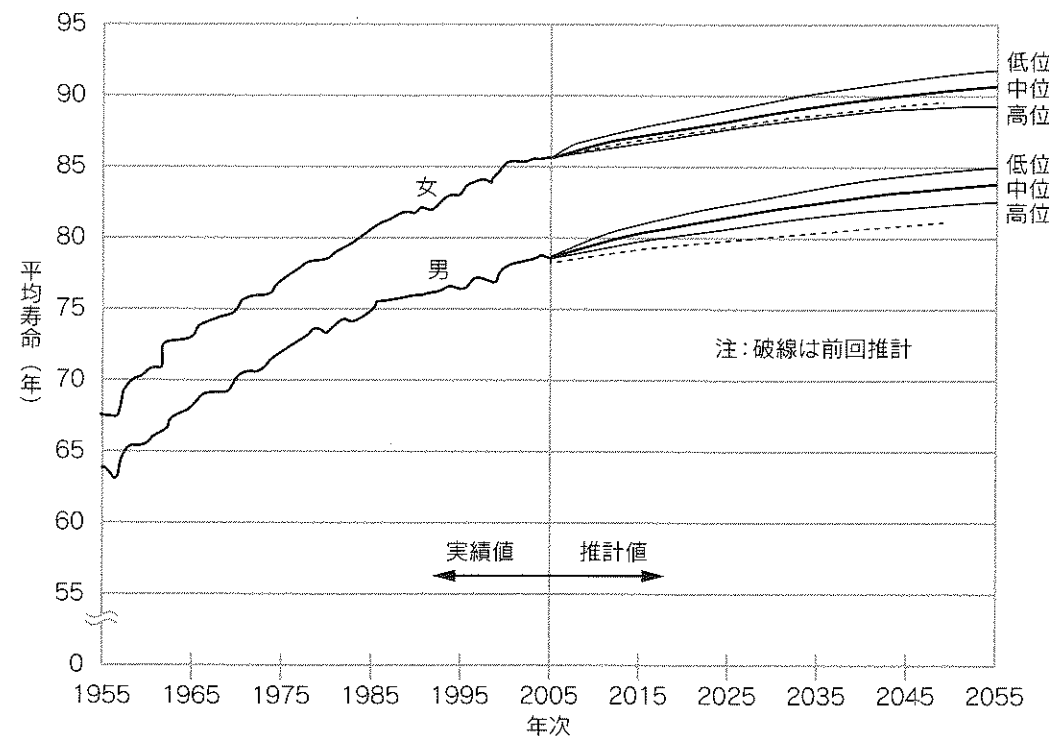
出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成18年12月推計）

図1 年齢3区分別人口割合の推移 — 出生中位（死亡中位）推計 —



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成18年12月推計）

図2 合計特殊出生率の推移 — 中位・高位・低位推計 —



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成18年12月推計）

図3 平均寿命の推移 — 中位・高位・低位推計 —

2) 社会保険制度の持続可能性の問題

少子・超高齢社会の急速な進展は、社会保障制度の存続をも揺るがす大きな問題である。特に、社会保険制度によって構築されている年金保険、介護保険、医療保険においてその影響は大きい。すなわち、支え手である生産年齢層の減少、受け手である高齢者（なかでも保険リスクの高い後期高齢者）の増加によって、その財源確保はきわめて厳しくなるからである。さらに、総人口の減少がこれに拍車をかけることになる。参考までに、現在のわが国の高齢者関係給付費を示す（表1）。

このような状況のなかで、高齢者医療・介護制度をどのように構築していくかは、きわめて困難な課題といえる。

表1 高齢者関係給付費

	平成17年度	平成18年度	対前年度伸び率
	億円	億円	%
社会保険給付費	877,827 (100.0)	891,098 (100.0)	1.5
年金保険給付費	446,690	457,716	2.5
老人保健（医療分）給付費	106,669	102,874	△3.6
老人福祉サービス給付費	58,910	60,602	2.9
高齢雇用継続給付費	1,256	1,105	△12.0
計	613,524 (69.9)	622,297 (69.8)	1.4
	万人	万人	%
60歳以上人口	3,434	3,475	1.2
65歳以上人口	2,576	2,660	3.3
70歳以上人口	1,830	1,898	3.7
75歳以上人口	1,164	1,217	4.6

(注)

1. () 内は社会保障給付費に占める割合である。
2. 老人福祉サービス給付費は、介護対策給付費と介護保険以外の福祉サービス費等からなる。
3. 高齢雇用継続給付費は、60歳から65歳までの継続雇用、再就職の促進を図る観点から、60歳時点に比して賃金額が25%以上低下した状態で雇用を継続する高齢者に対し、60歳以後の賃金額の15%相当額を65歳に達するまでの間支給するものである。
4. 老人保健制度においては、対象年齢を平成14年10月より5年間で段階的に70歳以上から75歳以上へ引き上げることとなり、平成18年10月には75歳に引き上げられている。したがって、上記「老人保健（医療分）給付費」の平成17年度と平成18年度の額も対象になる年齢が異なっていることに留意する必要がある。なお、「平成18年度国民医療費（厚生労働省）」によると、平成18年度の75歳以上の国民医療費の対前年度伸び率は1.5%の増加である。

出所：国立社会保障・人口問題研究所「平成18年度社会保障給付費」

2. 超高齢社会における医療・介護サービスの需要

社会保障制度は、いわば国の根幹をなす制度である。それゆえ、財政状況が厳しいからといって切り捨ててよいものではない。国民であればどのような状況にあっても最低限必要な医療・介護サービスが享受できるようにしておかなければならない。このことを達成するためにおいてこそ、制度の持続可能性の向上が求められるのである。しかしながら、近年のわが国の医療・介護サービスの給付費の改定や制度の変更は、ときに保険財政のつじつま合わせに終始したきらいがあり、それが社会保障制度としての健全性を毀損している。

この問題を考える場合には、まず、医療や介護サービス需要の推移を正しく把握しなければならない。そこで、以下に課題を整理する。

1) 認知症高齢者の増加

後期高齢者の増加は、そのまま認知症高齢者の増加を意味する。認知症高齢者対策は、ここ15年ほどで急速に拡大した、新しい課題である。

認知症高齢者は2002年に150万人であったが、2025年には倍増し、320万人になると推計されている（表2）。

認知症高齢者対策は、近年、厚生労働省においても、また政府の重要課題としても取り上げられその充実が図られているところであるが、認知症高齢者対策は、医療と介護両面にまたがるサービスが必要とされるばかりでなく、中等度以上になると在宅での生活が困難になるなどの問題がある。

表2 認知症高齢者数の見通し

要介護者の 認知症老人自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在（再掲）単位：万人				
			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
再 掲	認知症自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	認知症自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来 推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症 自立度 Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症 自立度 Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※下段は、65歳以上人口比（％）（平成15年6月 厚生労働省老健局総務課推計）

参考：
自立度Ⅱ：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
自立度Ⅲ：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

2) 医療依存度の高い介護サービス利用者の増加

後期高齢者の増加は、また、医療依存度の高い介護サービス利用者の増加につながる。これは医療保険制度と介護保険制度の運用の工夫で解決が見込める課題である。しかしながら現在の制度運用では、医療保険と介護保険のサービスを同時に受給することができないことなどによって、制度のはざまでの課題がいくつか残されている。

3) 地域における介護を受ける場所、死を迎える場所の確保

少子・超高齢社会における医療・介護サービス展開のテーマの一つは「地域完結」である。住み慣れた地域で暮らすことを支え、必要に応じて適切な医療・介護サービスが提供できるしくみづくりが重要である。

しかし、核家族化の進展を代表例とした国民の「住み方」の変化により、高齢者世帯あるいは高齢者単独世帯が急増し、今後ますますそれが進展する（表3、図4）。そこで各種の訪問・通所サー

ビスの充足が求められ、また、それをバックアップするための「入所機能」がどうしても必要となる。

さらに今後は高齢者の死亡者数が急激に増加することが見込まれている（図5）。人は必ず死ぬのだから、「死を迎える場所の確保」もこれからますます重要になる。

すなわち、住み慣れた地域で暮らすことを支えるには、地域で医療・介護サービスを受け、死ぬるシステムづくりが必要である。

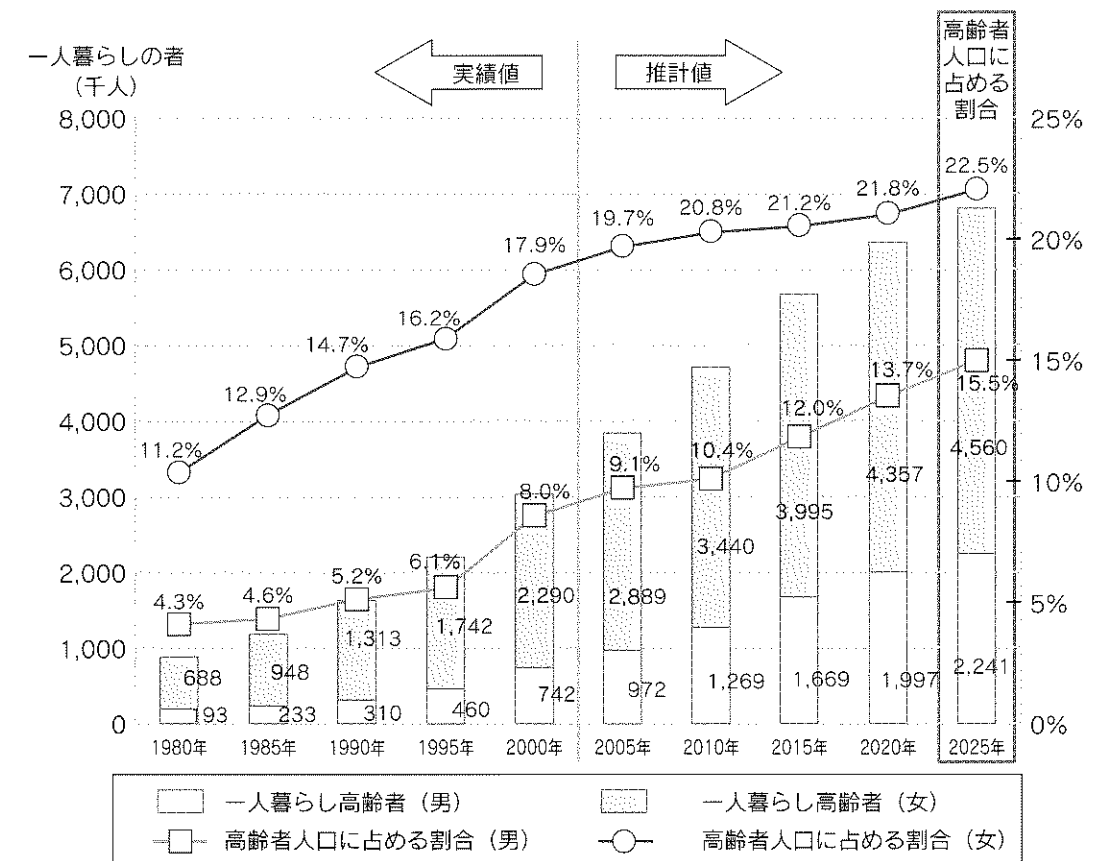
表3 高齢者世帯の将来推計

(万世帯)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
一般世帯	4,678	4,904	5,014	5,048	5,027	4,964
世帯主が65歳以上	1,114	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
単 独	303	386	471	566	635	680
比 率	27.2%	28.9%	30.6%	32.2%	34.4%	36.9%
夫婦のみ	385	470	542	614	631	609
比 率	34.6%	35.1%	35.2%	34.8%	34.2%	33.1%

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合である。

出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計－平成15年10月推計－」



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、
「日本の将来推計人口」

図4 高齢者一人暮らし世帯数の推移

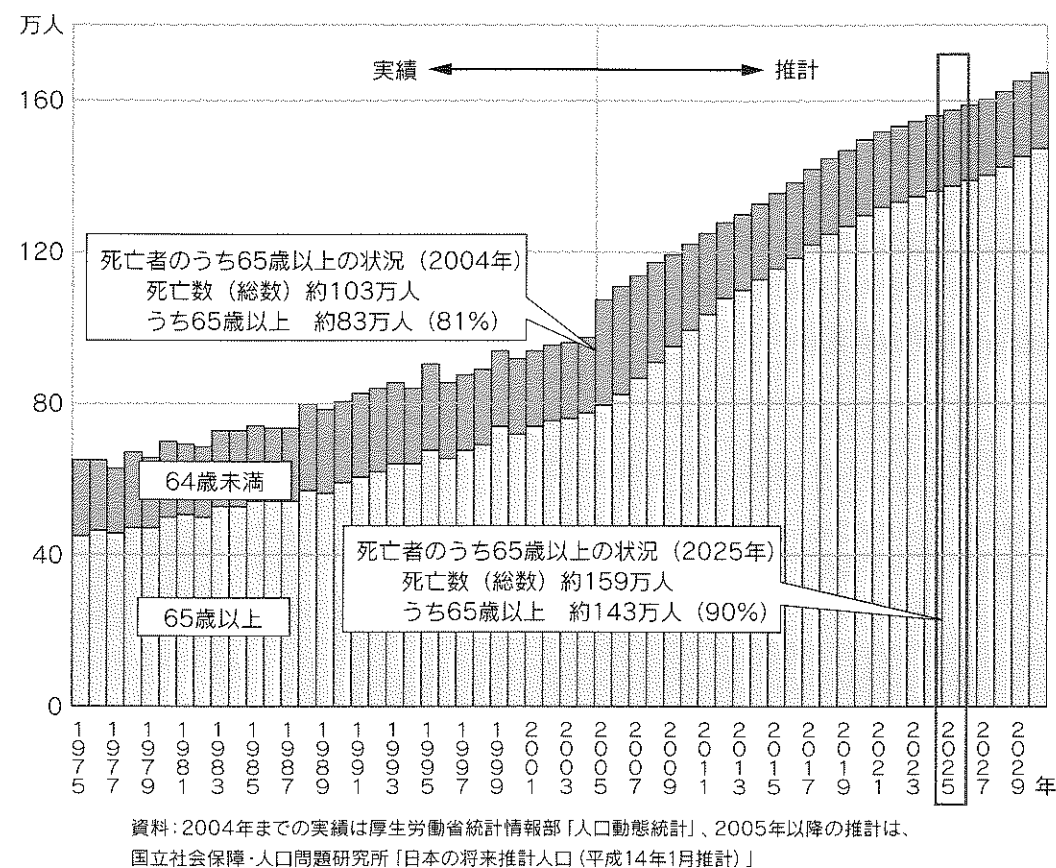


図5 死亡者数（総数）の推移と見通し

第2部

老人保健施設の存在意義と現状の課題

1. 老人保健施設制度のできた背景

1) 昭和60年「中間施設に関する懇談会中間報告」

老人保健施設の誕生は、厚生省（当時）の「中間施設に関する懇談会」に始まり、その中間報告で、基本的な骨格が示された。

サービス体系としては、①在宅処遇を基本とした各種在宅サービスと、②在宅ケアで対応できない要介護老人のための入所サービスといった、居宅系サービスと入所系サービスを同時にもつ施設として柔軟なサービス提供を可能にした。さらに、費用負担の面でも時代の先取りがなされ、食費や日常生活にかかる費用については、利用者の自己負担とした。

このように、まったく新しい施設類型が誕生したわけであるが、特筆すべきはその理念である。中間報告では以下のように記されている。

「要介護老人対策は、人間としての尊厳性に根ざし、要介護老人の主体性、自立性を最大限に尊重したものでなければならず、その多様なニーズに対応したきめ細かなサービスが要介護老人の立場に立って提供されていかなければならない。

また、老人は長年にわたる家族、友人、知人等の人間関係を保持しながら、地域の中で生活していくことが望ましく、したがって、要介護老人対策を推進するに当たっては、できるだけその地域内でサービスを受けられるよう配慮しなければならない。」

この内容は、現代にもそのままあてはまる内容である。

2) 老人保健施設創設のインパクト

老人保健施設は、この中間報告を踏まえ、一年間のモデル事業を実施したのち、正式にスタートすることとなった。

老人保健施設誕生は、当時の高齢者医療・福祉の世界に大きなインパクトを与えた。すなわち、措置制度としての福祉、社会的入院が問題となっていた老人病院といった、施設・病院のあり方、そして、医療系専門職・福祉系専門職双方を配置し、いまでいうケアプランを全員で作成し、チームケアを実施するという人員面での新たな取り組みがそれである。特に、医療・看護・リハビリテーションといった医療系専門職と、介護福祉士を中心とする介護職といった福祉系専門職がチームケアによってサービスを提供するシステムを、わが国で初めて構築した。そして、チームケアを前提としたケアプランの作成により、一人の利用者を多面的に評価し、その人にふさわしいサービスの提供を実現したことは大きなエポックといえる。

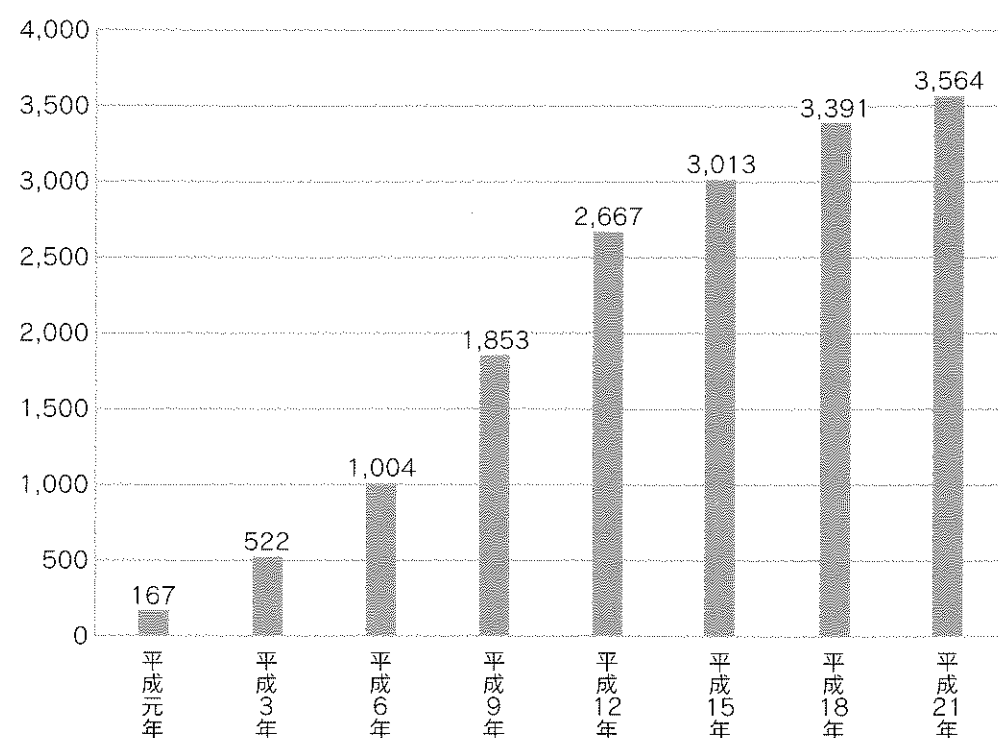
このことは、それ以降の高齢者医療・介護サービスのあり方を規定するものとなり、最終的には介護保険制度の創設にもつながっていった。

2. 老人保健施設の歴史と課題

1) 短期間に発展・拡大した老人保健施設

前述したように、老人保健施設の誕生は、従来の高齢者医療・介護サービスのあり方を大きく変化させた。このことは国民の期待に応えるものであり、行政のバックアップも手伝って、老人保健施設は急速にその数を拡大していった（図6）。

入所機能、短期入所機能、通所リハビリテーション（デイ・ケア）機能を3本柱として標準装備し、さらにそれぞれの施設では、訪問看護などの付帯機能をオプションとして装備することで、地域ケアの中核施設として地域住民からの信頼を増していった。



出所：厚生省「老人保健施設調査」および厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

図6 老人保健施設数の推移

2) 時代の変化とともに発生した課題

老人保健施設はこうに発展していったが、それは必ずしも順風満帆なものではなかった。すなわち、利用者の状態像の重度化、認知症高齢者の増加と重度化、家庭状況や独居などによる在宅復帰困難例の増加などが大きな課題となって老人保健施設にのしかかってきた。

それに対して老人保健施設では、人員配置基準を上回る人員増や、各種研修会を実施あるいは職員を派遣することでの職員の質の向上などによってそれらの課題の解消に努めてきた。

しかしながら、特に介護保険制度導入以降は、それらの課題の一つひとつが拡大し、さらに二度にわたる介護報酬改定の引き下げもあり、老人保健施設の自助努力だけでは解決不能な状況にまで陥った。今回、平成21年度介護報酬改定で初めてプラス改定がなされたが、その経営改善効果はまだ不透明である。

現在、具体的な問題となっているのは以下の点である。

①医療依存度の増大

要介護度が上昇するとともに、また、医療制度・診療報酬改定による早期退院者の受け入れ増により、対応すべき医療の範囲と密度が増大していること。

②認知症高齢者への対応

老人保健施設創設当初には想定していなかった、認知症高齢者である利用者の爆発的増加。

③リハビリテーションニーズの専門性の向上

リハビリテーション専門職が必置されているとはいえ、そのニーズや専門性が増大することによる対応の困難さの増大。

④介護職をはじめとした人材難

介護職・看護職を筆頭にした人材難。

これらをいかに解消するかが老人保健施設としての喫緊の課題であるが、一方でこのことを、持続可能性の高い社会保障制度を構築するというフレームのなかで実現しなければならない。

老人保健施設だけを優遇せよといっても、それは関係者はもとより、国民の理解を得られるものではないだろう。老人保健施設が誕生したときのように、時代の状況に合わせた解決策を考える必要がある。

第3部

提言

「時代の要請に応え、持続可能な社会保障制度構築のために」 ——老人保健施設のさらなる柔軟性の発揮と効率化の実現

1. 一人の高齢者が、必要に応じたサービスを医療保険・介護保険から同時に給付できるしくみを

高齢者医療・介護サービスの質を維持・向上を、人口減少・少子・超高齢社会というさらなる困難な時代に実現するためには、まずむだの排除が必要である。

数次にわたる医療・介護の制度改革や報酬体系の見直しによって、その一部は実現できているが、残されたむだはまだいくつかある。その代表的なものが、保険サービス給付体系の硬直化によるむだである。

老人保健施設創設のエッセンスは「中間施設」という呼称が象徴するように、それまで別々に提供されてきた医療と介護を一体化したことにある。

現在の保険の給付方式は、基本的には医療保険と介護保険のいずれか一方しか利用できないしくみとなっている。しかしながら、要介護高齢者は同時に医療サービスの需要が高く、それもそれぞれの領域においてきわめて専門的なサービスを必要とする場合も多い。

そこで、現状の硬直化した制度を改め、一人の高齢者が、必要に応じたサービスを医療保険・介護保険から同時に給付できるしくみを導入してはどうか。

これは一見、給付総額がいたずらに多くなるように見えるが、現在すでにあるサービス資源を最大限に活用できるしくみであり、今後ますますサービスの需要増が見込まれる状況にあっては、インシアルコストをかけないという点から、効率的な方法といえる。

また、このような給付を可能とすることで、現在存在する、医療保険と介護保険で重複するようなサービスを整理し一元化することが可能となる。サービス給付のわかりやすさという点でも、意義のある方法である。

2. 地域の特性に応じて、既存施設が付加機能を装備できるしくみとし、加算方式で評価を行う

医療・介護のサービス提供を地域完結型にするためには、それぞれの地域で異なる既存サービス量と実際に必要とされるサービス量に配慮する必要がある。

ある地域ではリハビリテーション資源が足りず、ある地域では看取り資源が不足しているといったようなことが実際に起きている。しかし、サービス提供資源の偏在を、サービス拠点を増やすことによって行う方式では、財源がいくらあっても足りない。

そこで、既存のサービス機関が付加機能として不足部分を追加できるしくみを導入してはどうか。

そして、評価はそのサービスの部分だけ加算方式で行うこととすれば、むだなくサービス量が確保できるのではないか。

3. モデル賃金を設定し、医療・介護サービスの設定を抜本的に見直す

介護人材の不足は、いま解決の糸口を見つけなければ将来に大きな禍根を残すことになるものである。超高齢社会がさらに進展したとき、介護するスタッフがいなくなることになれば、かつて国民皆保険制度導入の際に言われた「保険あってサービスなし」という状況になりかねない。

医療・介護サービスにかかる経費はその半分以上が人件費といわれている。これまでの報酬水準であれば、たとえば施設においてはスケールメリットのなかで賃金や人員を増やす余裕があったが、現状ではその資源は枯渇している。平成21年度の介護報酬改定で初めてプラス改定を実現したが、3%という上げ幅では十分な経営改善は見込めないだろう。

そこで、介護労働の対価についての検討を公開の場で行い、その水準を明らかにしてはどうか。

このままでは介護の人材がいなくなってしまう状況すら考えられるのであるから、この際、モデル賃金を設定し、それを介護労働従事者や広く国民に開示すれば、介護保険給付費が事業経営者に不当に搾取されることもなくなるし、利用者にとってもサービスの価格設定がわかりやすいものになることが期待される。

4. 老人保健施設における具体的提言（図7、8）

1) 医療保険からの給付を可能とする

老人保健施設における医療の包括範囲を明確にし、それ以外の部分については、利用者による医療保険の利用を認める。さらに、老人保健施設を保険医療機関とし、施設で医療サービスを提供した場合に診療報酬の給付を可能とする。

すなわち、現在の他科受診の範囲を拡大し、専門的医療について受診できるようにすることと、医師・看護職・リハビリテーション専門職が配置されている「老人保健施設という医療資源」を最大限活用できるようにしてはどうか。

2) ダブルスタンダード化を解消し、わかりやすい施設体系を

平成21年度介護報酬改定で、老人保健施設における看取りが「ターミナルケア加算」として評価されることとなった。ただし、これは介護保険給付の枠内で整理されたものであり、将来的には、医療行為については前記1)で述べたとおり、医療保険から給付されるしくみとすることが望まれる。

現在、療養病床から転換した場合の老人保健施設を、介護療養型老人保健施設として、既存の老人保健施設と別の施設類型としているが、これは両者の機能的差異が明確でなく、利用者にとって非常にわかりにくい施設体系である。また、同様なものが存在することは、医療・介護サービスの提供資源のむだ遣いにもつながりかねない。

現行の老人保健施設のダブルスタンダード化は、終末期の医療・ケアサービスの提供に対する評価のあり方さえ整理すれば、不要になるはずである。今回の介護報酬改定での「ターミナルケア加算」創設を契機とし、老人保健施設のダブルスタンダード化を解消すべきではないか。

介護保険施設の本来備えるべき機能 ＝多職種協働による個別ケア・個別医療の提供

高齢者の特性

- 認知症も含めた、いくつかの容易に変動しやすい疾病・障害を有しながら、生活を送っている
- 独立した存在ではなく、地域や環境と共存している
(住まいは地域にあり、介護者と同じ空間に存在している)

老人保健施設の特性

- 夜間も含めた看護職の配置、フロアへの常在化
- リハビリテーション職の活動範囲の拡大
予防から回復期、生活機能維持、終末期まで
- 介護職の専門性の向上、認知症ケアの確立
- 食の楽しみを通じて栄養状態を改善
- 摂食・嚥下機能、口腔ケアの向上

急性増悪時の対応
慢性疾患の管理
医療行為の適切な提供

地域ネットワーク要員の確保
医療と介護の連携
地域ネットワークの確立

図7 介護保険施設の本来備えるべき機能と老人保健施設の特性

3) ネットワーク機能を評価するしくみを創設する

既存の医療・介護サービス資源を効率的に活用するには、コントロールセンターともいうべき拠点が必要となる。老人保健施設に限った話ではないが、このようなコーディネート機能をサービス提供と切り離して評価するしくみを創設し、適正に評価してはどうか。このことで、利用者にとってはワンストップサービスですべてのサービスにアクセスが可能となり、大きなメリットとなるであろう。

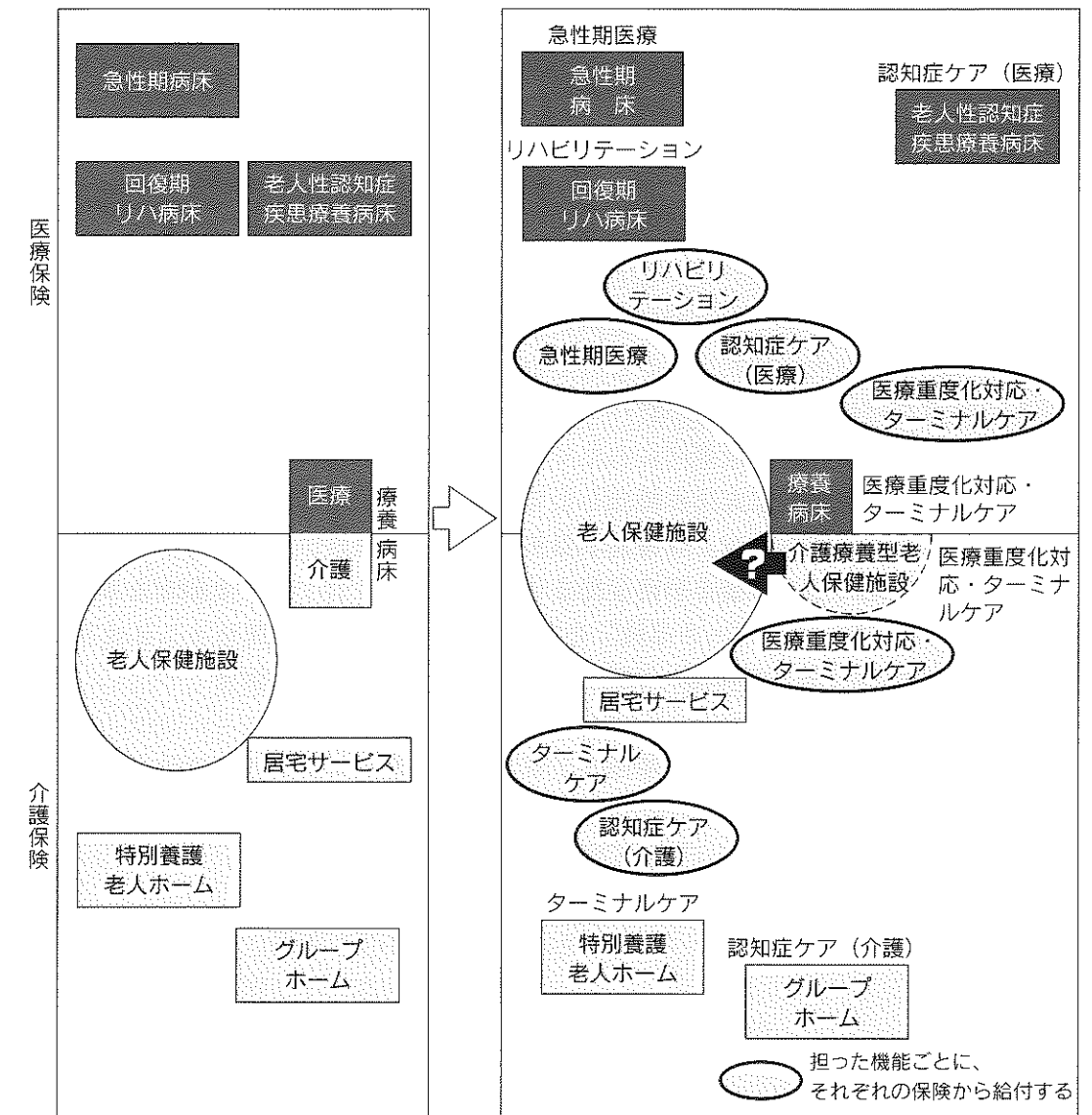


図8 今回の提言のイメージ

おわりに

一時代の要請に応える“老健機能”の新たな展開

老人保健施設はその創設以来、わが国の高齢者介護の発展におおいに貢献してきた。その成果は素直に評価すべきであるが、これからわが国は老人保健施設が創設されたときより、さらに困難な時代に突入しようとしている。そこで、老人保健施設には、高齢者に対して、健康の維持増進（介護予防）―重度化への対応（介護サービス）―「終の棲家」「死ぬ場所」の選択を、“長期間にわたり”“継続的に”「線」で支え、そのことによって地域全体を「面」として支える拠点として機能してほしい。そして、みずからサービスを提供することはもちろん、利用者和他サービスをつなぎ、利用者の「主体性ある選択」を支援。老健の基本機能を堅持したうえで、このようなマルチな機能を地域特性に応じて構築する“オーダーメイド老健”を展開することを期待したい。

添付資料1

老人保健施設に関する緊急意見表明（平成19年12月）

平成19年12月27日

老人保健施設に関する緊急意見表明

1. いわゆる「療養病床からの転換型老健」問題に関して、従来型老健施設からも移行可能とするよう制度設計を要望する。

ダブルスタンダード構想の撤廃

2. 老人保健施設利用者は、標準的医療がこの20年格段の進歩を遂げている医療環境下で、従来の包括的医療制度では現実的に適時適切な医療が受けられず、健康・介護の両保険料を払っているにもかかわらず、著しく不平等な状態となっている。このような状況を速やかに改善されることを要望する。

老健施設内での医療供給体制の充実（医科請求規制枠の撤廃）

3. 次期介護報酬改定では、施設職員（殊に介護職員）の待遇改善の為、報酬の適切な増加を要望する。緊急を要する問題である。

介護報酬アップ

4. これから重大な時期をむかえる「認知症」については、厚生労働省も検討を始めているが、施策として実現してもらいたい。

効果のある認知症対応の実行

「中間施設に関する懇談会中間報告」の提言により、昭和63年、日本の社会保障制度の中核を担うべく制度発足した『老人保健施設』は、これまで、医療と福祉の狭間を埋めるべく様々な実験的諸制度（例えて、包括払い制度・リハビリスタッフ必置・ケアカンファレンス&プラン・認知症対応など）にチャレンジしてきた。その結果、病院と在宅、医療と福祉の両面を有している老人保健施設は「地域のコーディネイター」的役割を果たすのに現時点では最適の施設体系であると確信する。このように運営されてきた老人保健施設を取り巻く環境は、国家財政的観点からのみの判断で、ここ数年極めて悪化してきた。今や日本の社会保障制度上不可欠な存在となった老人保健施設が存続困難とならぬよう格段の配慮を要望する。

高齢者ケア懇話会

代表委員 水野 肇 委員 伊藤雅治 唐澤祥人 多田 宏 保崎秀夫
事務局 川合秀治

添付資料2

中間施設に関する懇談会中間報告（昭和60年8月）

要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について

はじめに

今日、わが国においては、人生80年時代とも言うべき時代が到来し、21世紀には国民の5人に1人が65歳以上となるような社会を迎えようとしている。こうした老人をめぐる問題への取り組みは、今後豊かで活力のある社会を作りあげていくうえで最も重要な課題である。

老人が真に生きがいに充ちた生活を送るためにまず大切なことは、健康を維持することである。このためには健康増進、疾病予防など日常の健康管理が最大限に重視されなければならない。これに加えて、年金をはじめとする所得の保障、就業機会の確保、老人の特性に配慮した各種福祉施策や住宅対策の推進、ボランティア活動などの幅広い社会活動への参加促進、それぞれの老人に即した生涯教育や余暇、文化活動の機会の拡大などが求められている。

高齢化社会に向ってはこのような広汎な分野にわたる総合的な対策が講じられていかなければならず、その際、行政が適切な取り組みを進めていかなければならないことはいうまでもないが、何よりも、老人本人を含む国民1人1人が老人問題を自らの問題としてとらえていくことが重要であり、これを国民の意識改革にまで高めていかなければならない。また、各個人、家族、企業、地域等社会全体の課題としてこうした取り組みを積極的に行っていくことも極めて重要なことである。

本懇談会はこのような広汎な老人問題のうち要介護老人対策の基本的考え方や今後の方向を踏まえて、いわゆる中間施設を中心として本年4月以来8回にわたって精力的に討議を進めてきたが、その結果を以下のとおりとりまとめた。

政府は本報告で示した基本的な考え方に沿って各般の施策を積極的に展開していくべきである。

1. 要介護老人対策の基本的考え方

政治や行政の果たすべき役割の第一は、国民の不安を取り除き、国民に安心感を与えることである。高齢化社会の到来を間近にひかえ、今、国民にとっての大きな不安は、自らが、そして家族が、健康をそこない、あるいは体力が著しく低下し、日常生活において自分のことを自分で処理することができないような状態になったらどうするかということではなかろうか。

その場合の物心両面の負担は極めて大きいものであり、介護者の高齢化による介護力の低下などにより、ひいては家庭崩壊のおそれも出てきている。これが老人自身の最大の不安要因であるのみならず、これらの要介護老人をかかえた場合の家族の不安要因でもある。

このような状態になった場合、家庭で必要な医療、適切な看護・介護が行われることを誰もが望んでいるが、最後は、多少経済的な負担がかかっても、このような要介護老人を引き受け、必要な医療、適切な看護・介護を行ってくれる場所がほしいというのが国民の本当の気持ちではないだろうか。

自らが、そして家族が要介護老人となった場合、家族が過重な負担を負わずに家庭内で適切に看護・介護を行いうるよう多様な在宅サービスを用意してほしい。そして、家庭でどうしても処遇することができない場合のために安心して入所できる施設を作してほしいという国民的要望に対し、高齢化社会に向ってどのように対応していくのが政治・行政の最大課題の一つである。

要介護老人対策は、人間としての尊厳性に根ざし、要介護老人の主体性、自立性を最大限に尊重したものでなければならず、その多様なニーズに対応したきめ細かなサービスが要介護老人の立場に立って提供されていかなければならない。

また、老人は長年にわたる家族、友人、知人等の人間関係を保持しながら、地域の中で生活していくことが望ましく、したがって、要介護老人対策を推進するに当たっては、できるだけその地域内でサービスを受けられるよう配慮しなければならない。

以上の立場から要介護老人対策を推進していくに際しての第一の視点は、リハビリテーションにおくべきであろう。要介護老人ごとに、そのおかれている状況、必要な介護の程度などは千差万別であるが、いずれにしても、その対策は、それぞれの老人が持つ能力を最大限に活用して、身体的、精神的、社会的に充実した生活を送れるようにするというリハビリテーションの理念に基づいたものでなければならない。

それと同時に、家庭内での介護能力には限界があり、在宅介護が困難な老人の増加も必至であることをかんがえれば、そのための対応も急務である。

このためには、在宅処遇を基本とし、施設処遇を合わせた施設体系を構築するとともに、できるだけ地域住民に身近な行政主体である市町村が要介護老人対策の中心的な役割を担っていくことが必要である。

さらに、高齢化社会においては、老齢に伴う要介護状態には国民の誰もがなる可能性があり、多数の要介護老人が社会に常態として存在するものであるという認識に立って制度のあり方を考えていかなければならない。

ひるがえって現状をみると、このような「ねたきり」を含む要介護老人のための施設として特別養護老人ホームの整備が進められてきた。また、現実には病院にも要介護老人が入院している。しかし、人口構造の高齢化の進行に伴い、今後大幅な要介護老人の増加が見込まれており、そのニーズも多様化してきていることを考えると、行政による措置と公費を中心に運営される特別養護老人ホームの体系のみによって将来にわたってこのような課題に対応していくことは、財政的に見ても、多様なニーズへの適合性から見ても困難である。また、病院は要介護老人の生活の場としては適当ではない。

したがって、今後は、国、地方公共団体等の公的施策の一層の充実を図ることはもちろん要介護老人に対する各種サービスに民間の活力を導入するなどにより、多様化するニーズに的確に対応したサービスが、量的にも、質的にも確保されるよう、将来への展望を踏まえ計画性に基づいた施策が推進されなければならない。

2. 要介護老人対策の現状における具体的な問題点

1の要介護老人対策の基本的考えの中で述べた問題のほかには現行対策における具体的な問題点としては次のようなものが指摘できるであろう。

ア. 厚生行政基礎調査によると昭和59年時点で6ヶ月以上「ねたきり」の状態にある65歳以上の老人は入院及び在宅で約37万人とされており、これに特別養護老人ホームに入所している約11万人を加えると要介護老人はそれだけでも約48万人にのぼっており、人口構造の高齢化の進行に伴いこのまま推移すれば2～3倍にまで著しく増加していくことが見込まれている。

イ. 「ねたきり」の原因疾患の発生予防、社会的発生要因への対応等が不十分である。

ウ. 在宅対策は極めて不十分である。

エ. 特別養護老人ホームについては、都市部における不足等地域的偏在があり、また、医療・看護機能は必ずしも十分ではない。特別な入所手続きも必要とされている。

- オ. 病院に入院している老人の中には社会的な理由もあって入院を続けている者などがかなりみられるが、病院は、一般に診断、治療することが本来の機能と考えられており、老人の生活の場ではない。また、病院についても、都市部に多く、地方に少ないという地域的偏在がある。
- カ. 病院と特別養護老人ホームの役割・機能、サービスの内容などが制度上大きく異なっているにもかかわらず、病院と特別養護老人ホームに入院・所している要介護老人には実態的にさほどの差異のないケースがみられる。また、費用負担（利用者負担及び公的費用負担）にも大きな差異がある。
- キ. 保健・医療と福祉は、従来それぞれ独自の領域として発展してきており、両分野の連携が不十分である。

3. 要介護老人対策の今後の方向

以上のような基本的考え方や問題点を踏まえ、今後積極的に要介護老人に対する施策を展開していかなければならない。この場合、要介護老人にならないための施策とともに、

- ①在宅処遇を基本とした各種在宅サービス
 - ア. 訪問看護、ホームヘルプなどの居宅サービス
 - イ. デイ・ケア、ショート・ステイなどの通所、短期入所サービス
- ②在宅ケアで対応できない要介護老人のための入所サービス

などのサービスが整合性をもって提供されるよう体系化されることが求められる。

(1) 健康管理、疾病予防対策の重視

現状のまま推移すれば要介護老人の数は大幅に増加する。その増加率は、年齢のさらに高い層の高齢者の増加によって、今後一層高くなっていくものと考えられる。何よりもまず要介護老人にならないようにすることが要介護老人対策の大前提である。このためには、日常生活における国民自らの健康増進、健康管理の普及・徹底、定期的な健康診査の積極的実施、プライマリ・ケアの充実、保健所・市町村保健センターの充実など健康管理、疾病予防のための施策を推進することが求められる。また、「ねたきり」防止のための家庭内介護方法等の家族の教育を重視する必要がある。

(2) 在宅サービスの積極的展開

要介護老人の適切な在宅処遇を行っていくためには家庭における看護・介護能力だけでは限界があり、これを補完する見地から要介護老人の多様なニーズに対応した各種の在宅サービスがきめ細かく行われる必要がある。従来、ホームヘルパーの派遣、老人保健事業としての訪問指導などが行われているが、総じて在宅対策は不十分であったといわざるを得ない。

今後は、保健婦等による訪問指導、訪問看護、ホームヘルパーの派遣、食事・入浴サービス等の居宅サービスやデイ・ケア、ショート・ステイ等の通所、短期入所サービスなど多様な在宅サービスが、市町村を中心に社会福祉施設・医療施設、社会福祉協議会などの関係団体、保健所、福祉事務所などの関係行政機関との緊密な連携の下に広汎に展開されていかなければならない。

(3) 入所サービスの充実

要介護老人に対する入所サービスは、実体として、従来特別養護老人ホーム、病院等への入所・院というかたちで行われてきた。要介護老人の増加等に伴い今後さらに入所サービスの必要

性が高まっていくものと予想されるが、そのための施設のあり方を考える場合には保健・医療面のニーズと福祉面のニーズを本来的に併せ持っている要介護老人の特性を十分に配慮して施設体系の整備を図っていく必要がある。また、入所サービスであっても家族や地域から分離したかたちで行われるのではなく、できる限り家庭・地域とのかかわりの下に提供されることが求められており、地域住民に最も身近な行政主体である市町村がその中心的な役割を果たしていくことが必要である。

4. いわゆる中間施設の体系

要介護老人対策を実施していくうえで、医療施設と福祉施設、これらの施設と家庭の間に存在する種々の課題を解決し、要介護老人に対して3の①のイ（通所、短期入所サービス）及び②（入所サービス）のサービスをきめ細かく実施し、整合性ある施策・施設の体系を確立していくためには、いわゆる中間施設の体系的整備を図っていくことが必要である。

その際、次のような考え方を基本において関連諸制度の見直しを進めていくべきであろう。

(1) 中間施設の性格・類型

ア. 在宅型施設

中間施設を考えるに当たっては、まず、在宅処遇のための施設を重視しなければならない。在宅を基本とした施設の機能としては、

- ①1日のうち一定時間要介護老人を受け入れ、入浴・食事などを含む日常生活援助やリハビリテーション、生活訓練等を行う。(デイ・ケア、デイ・サービス)
 - ②看護・介護を行っている家族の病気、休養等様々な理由により、家庭における看護・介護の機能が低下した場合に短期間要介護老人を受け入れ、必要な看護・介護を行う。(ショート・ステイ)
- などが考えられる。

これらは、既に特別養護老人ホーム等で実施されているが、これら現行施策の大幅な拡充を図るとともに、病院、老人福祉センター等でも行えるようにするなど既存施設の活用等によって地域に密着したきめ細かな整備を進めていく必要がある。

イ. 入所型施設

在宅ケアで対応できない要介護老人のために、入所型の中間施設も必要である。当面、入所型施設の機能としては、

- ③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、生活訓練を行う。
 - ④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。
- などが考えられる。

これらの入所型施設とりわけ長期入所の割合が多くなると考えられる④の機能を持つ施設の場合には、家庭にかわる生活環境が必要であり、それに対応した生活援助の配慮も必要である。また、将来的には、特別養護老人ホーム、入所型中間施設に老人病院を加えた3つの施設を通じ、条件整備を図りながら制度の体系化、一元化を図るべきである。

(2) 中間施設の費用

既に述べたように、高齢化社会においては、老齢に伴う要介護状態には国民の誰もがなる可能性があり、また多数の要介護老人が通常一般的に社会に存在するものとしてとらえることが適当

であると考えられる。このため、維持運営費については公費負担のみに依存するのではなく、保険財源の導入も検討されるべきであろう。これからは、年金制度の成熟化に伴い、一定水準の公的年金があまねく給付されるようになる。サービス等の費用負担については、利用者負担の原則に基づいて適当な水準の利用料を徴することとし、その水準は在宅サービスと入所サービスとのバランスにも配慮し、要介護老人に対する各種サービスの費用負担のあり方について、将来的に体系化を図っていく必要がある。

(3) その他中間施設に関する留意事項

- ア. 中間施設は、保健・医療及び福祉の機能の連続性、既存施設の有効活用等の見地から、病院、特別養護老人ホームに併設することも積極的に考えていくべきであり、特に入所型施設については、病棟単位の病床転換等も可能とするなどの措置を講ずるべきである。
また、中間施設は地域に根ざし、地域特性を活かしたものであることが望まれ、例えば、小規模施設、多目的（複合）施設など多様な形態を認めるよう配慮する必要がある。
- イ. 中間施設の設置主体としては、医療法人、社会福祉法人、公益法人、地方公共団体、公的医療機関等が考えられる。なお、営利を目的とする株式会社等を設置主体として認めることは適当でない。
また、在宅型施設については、市町村社会福祉協議会なども運営主体として活用していくことを考慮していくべきであろう。
- ウ. イの設置主体にかかわる従来の事業については、税制上の取扱いが大きく異なっているが、中間施設については、設置主体によって著しく差異が生ずることのないよう配慮する必要がある。
- エ. 中間施設への入所は、いわゆる「措置」ではなく、簡略化した手続きによるようにすることが適当である。また、適正入所のための何らかの方法について検討考慮することも必要ではないかと考えられる。
- オ. 中間施設におけるサービスの水準を確保するため、構造設備や人的スタッフの基準を設ける必要があるが、画一的、硬直的な基準とならぬよう配慮する必要がある。
- カ. 中間施設は、通所、入所する場所であるのみならず、その保有する人的スタッフ、物的設備その他の地域的資源を活用し、各種の居宅サービスも併せて行うことが望ましい。また、通所、入所者の家族に対する指導も行うことが期待される。
- キ. 入所型の中間施設については、既存施設の役割、機能と密接なかわりがあり、今後の医療、福祉の制度体系の方向づけに大きく関係しているので、試行的に実施するなどの配慮が望まれる。

5. 関連の施策

いわゆる中間施設の整備を推進していくためには、次のような関連の諸施策を併せて実施していくことが必要である。

- ア. 中間施設のマンパワーはもとより、地域の保健・医療、福祉サービスを推進していくためのスタッフの養成等マンパワー対策の確立が必要である。
- イ. 3の(2)ですでに述べたような在宅サービスを大幅に充実強化するほか、ケア付集合住宅等の住宅対策についても要介護老人対策の見地から積極的に取り組む必要がある。この場合、特にソフト面（医療・福祉サービス）とハード面（建物・設備）の総合的な取組みに配慮しなければならない。

- ウ. 施設整備に対する融資、補助金、税制などのあり方についても必要な配慮を加えるべきである。
- エ. 異常行動を伴う痴呆性老人の問題は、「ねたきり」を中心とした要介護老人対策の体系のみでは対応しきれない問題であり、高齢化社会の進行に伴い、一層重要な課題となってくるものと考えられる。本懇談会では痴呆性老人対策を中心においた検討は行わなかったが、その重要性にかんがみ、老人性痴呆に関する調査研究を積極的に実施するとともに、保健・医療と福祉の両領域の密接な連携のもとに総合的施策を推進する必要がある。
- オ. 老人病院をはじめとする医療施設には、入院治療の必要はなくなっているが家庭等にもできないことなどによるいわゆる社会的入院といわれるケースがみられる。病院本来の機能を発揮するための方途について検討する必要がある。
- カ. 要介護老人対策に関する行政施策は、多くの行政所管部局にかかわりがあり、従来、ややもすると、いわゆる「縦割り行政」の弊がみられたところであるが、これら関係行政組織の連携を十分密にして総合的に施策推進が図られるようにするほか、再編成を含め組織のあり方の見直しを行うことが望ましい。

おわりに

本懇談会の今回の報告は主として要介護老人対策や中間施設の基本理念、大筋の方向についての意見をまとめたものである。この報告に盛り込まれた考え方が有効に実施に移されるためには今後さらに実施方策や具体的個別の事項についての十分な検討が必要であり、また関係審議会における具体的な検討が期待される事項も少なくないと考えられる。

本懇談会は、今後政府のこの問題に対する取り組み方を踏まえて必要な検討を進めていく考えである。

また、中間施設を含む要介護老人対策は、従来それぞれ独自の分野としてかたちづくられてきた保健・医療と福祉の両領域の総合化や連携強化のもとで、はじめて将来に向けての発展が約束されるものであり、両領域の関係者の理解と協力が特に期待される。

最後に、要介護老人の問題で最も負担を負い、努力を強いられるのは、要介護老人本人とその家族であり、これらの人々をとりまく地域社会全体があたたかい心づかいに基づく積極的な協力をしていくことが真に求められているといえよう。

中間施設に関する懇談会メンバー（敬称略）

	岩田 克夫	（全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会会長）
	小国 英夫	（全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会制度政策副委員長）
	加地 夏雄	（国民健康保険中央会理事長）
	川原 邦彦	（経営コンサルタント）
	貫洞 哲夫	（東京都副知事）
	木下 二亮	（医療法人社団九折会成城木下病院長）
	季羽 倭文子	（日本看護協会常任理事）
	見坊 和雄	（全国社会福祉協議会理事、全国老人クラブ連合会常務理事）
	佐分利輝彦	（病院管理研究所長）
	鈴木 嘉郎	（関東経営者協会常務理事）
	瀬尾 攝	（日本医師会常任理事）
	田口 学	（全日本石油産業労働組合協議会中央執行委員長）
	橋本 司郎	（朝日新聞編集委員）
	長谷川和夫	（聖マリアンナ医科大学教授）
	長谷川恒雄	（医療法人伊豆荏山温泉病院長）
	樋口 恵子	（評論家）
	三浦 文夫	（日本社会事業大学教授）
（副座長）	水野 肇	（医事評論家）
	村田 正子	（社会福祉法人むつみ福祉会菖蒲荘施設長）
	森 直兄	（稲城市長）
	諸橋 芳夫	（国保旭中央病院長）
（座長）	八木 哲夫	（年金福祉事業団理事長）

注）（ ）内は懇談会当時の役職、肩書きである。

高齢者ケア懇話会委員一覧（敬称略）

座長		
	水野 肇	医事評論家
委員		
	伊藤 雅治	社団法人全国社会保険協会連合会 理事長
	唐澤 祥人	社団法人日本医師会 会長
	多田 宏	社団法人国民健康保険中央会 理事長
	保崎 秀夫	慶応義塾大学 名誉教授

社団法人全国老人保健施設協会		
	川合 秀治	会長
	木川田典彌	副会長
	河崎 茂	全国老人保健施設連盟委員長
	吉野 俊昭	代議員会議長
	内藤 圭之	常務理事、社会保障制度・報酬委員長

[高齢者ケア懇話会報告書]

老健施設を「高齢者の生活を最期まで支援する」地域の拠点に

－『「中間施設に関する懇談会」中間報告』から20余年、さらに未来へ－

平成21（2009）年3月

- 発行 社団法人全国老人保健施設協会
〒105-0014
東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階
TEL 03-3455-4165 FAX 03-3455-4172
 - 編集 高齢者ケア懇話会
-

「高齢者ケア懇話会」報告書 要旨

第1部 わが国高齢者医療・介護制度が直面する課題

わが国は、きわめて短期間のうちに少子・高齢社会が進展した。今後、総人口はさらに減少し、平均寿命は延伸する。このことは、社会保障制度の存続をも揺るがす大きな問題である。

社会保障制度は国の根幹をなす制度である。財政状況が厳しいからといって切り捨てられるものではない。国民には最低限必要な医療・介護サービスが享受できるようにしておかなければならない。

第2部 老人保健施設の存在意義と現状の課題

老人保健施設の誕生は、旧厚生省の「中間施設に関する懇談会」に始まる。その中間報告で示された理念は、現在にも通じる。

老人保健施設の誕生は、当時の高齢者医療・福祉の世界に大きなインパクトを与えた。特に、医療系専門職と福祉系専門職がチームケアによってサービスを提供するシステムを構築したことで、一人の利用者を多面的に評価し、その人にふさわしいサービスの提供を実現した。これらのことは、それ以降の高齢者医療・介護サービスのあり方を規定し、介護保険制度の創設にもつながった。

老人保健施設は急速にその数を拡大したが、課題もある。現在、具体的な問題となっているのは、①医療依存度の増大、②認知症高齢者への対応、③リハビリテーションニーズの専門性の向上、④介護職をはじめとした人材難、である。

第3部 提言「時代の要請に応え、持続可能な社会保障制度構築のために」

——老人保健施設のさらなる柔軟性の発揮と効率化の実現

提言1 一人の高齢者が、必要に応じたサービスを医療保険・介護保険から同時に給付できる仕組みを

提言2 地域の特性に応じて、既存施設が付加機能を装備できる仕組みとし、加算方式で評価を行う

提言3 モデル賃金を設定し、医療・介護サービスの設定を抜本的に見直す

提言4 老人保健施設における具体的提言

1) 医療保険からの給付を可能とする

老人保健施設における医療の包括範囲を明確にし、それ以外の部分については、利用者による医療保険の利用を認める。さらに、老人保健施設を保険医療機関とし、自施設で提供した場合に診療報酬の給付を可能とする。

2) ダブルスタンダード化を解消し、わかりやすい施設体系を

現行の老人保健施設のダブルスタンダード化は、終末期の医療・ケアサービスの提供に対する評価のあり方さえ整理すれば、不要になるはずである。今回の介護報酬改定での「ターミナルケア加算」創設を契機とし、老人保健施設のダブルスタンダード化を解消すべきである。

3) ネットワーク機能を評価する仕組みを創設する

医療・介護サービス資源を効率的に活用するには、コントロールセンターともいうべき拠点が必要となる。このようなコーディネート機能をサービス提供と切り離して評価する仕組みを創設し、適正に評価する。利用者にとってはワンストップサービスですべてのサービスにアクセスが可能となる。

おわりに一時代の要請に応える“老健機能”の新たな展開

高齢者に対して、健康の維持増進（介護予防）—重度化への対応（介護サービス）—「終の棲家」「死ぬ場所」の選択を、“長期間にわたり”“継続的に”「線」で支え、そのことによって地域全体を「面」として支える拠点として機能してほしい。そして、自らサービスを提供することはもちろん、利用者とはサービスをつなぎ、利用者の「主体性ある選択」を支援。老健の基本機能を堅持した上で、このようなマルチな機能を地域特性に応じて構築する“オーダーメイド老健”の展開を期待したい。