

老健の機能と役割

～利用者の在宅支援を多職種協働で支える～



全老健マークの意味

正円三つが、介護老人保健施設を象徴する色になります。

「オレンジ」は、太陽や炎の色で「明るさ」。

「グリーン」は、若葉や木の芽の色で「若さ」。

「紫」は、古くから貴いとされる色で「質の高さ」を表します。

円を取り巻くリボン状のものは
「心」を示すハート形になっています。

施設名

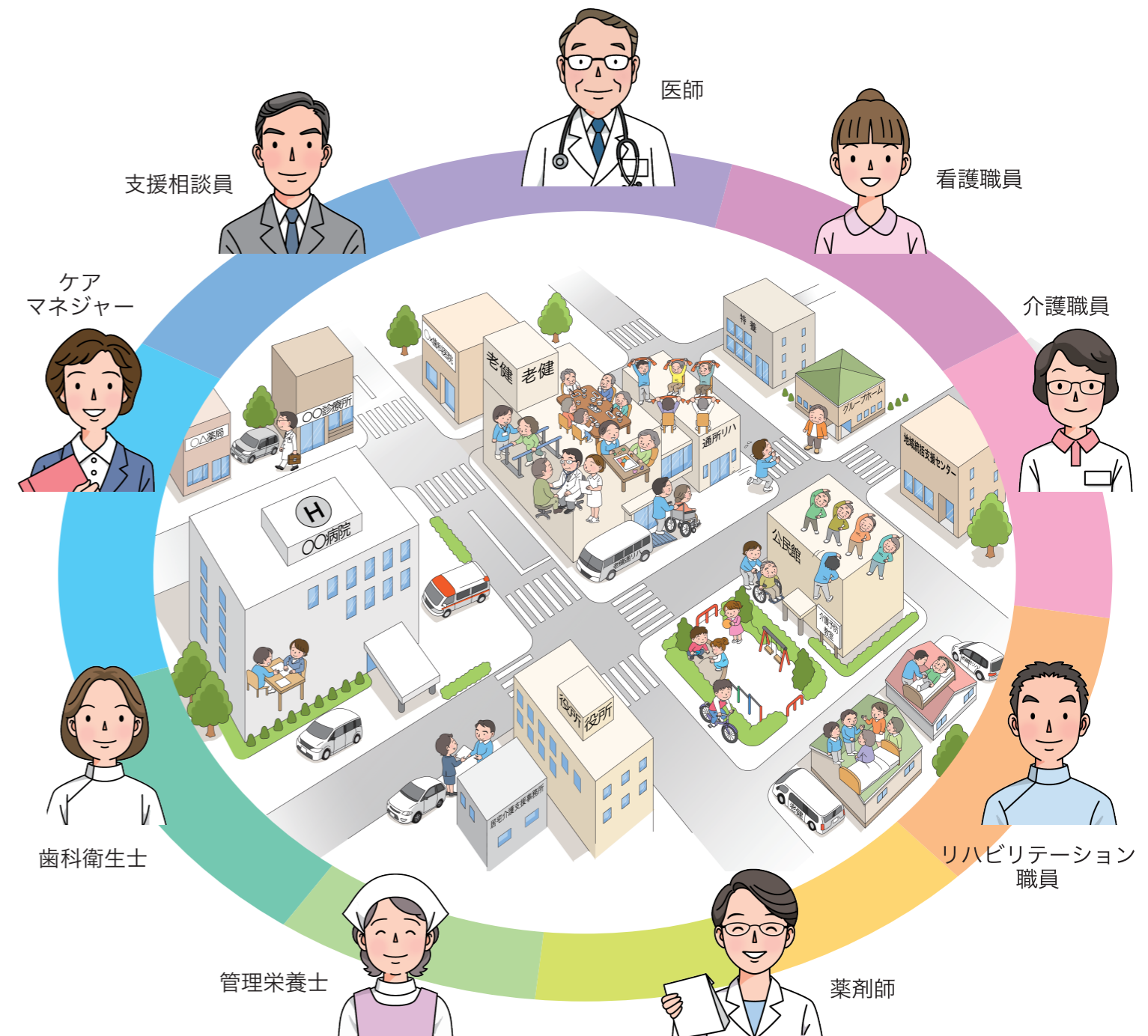
所在地

電話番号

公益社団法人 全国老人保健施設協会

全老健

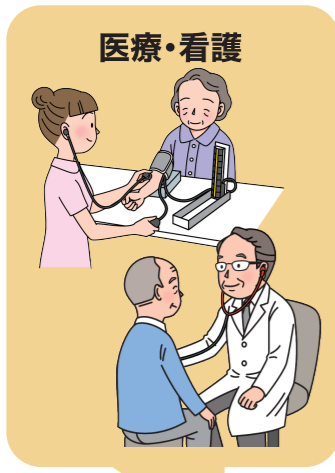
検索



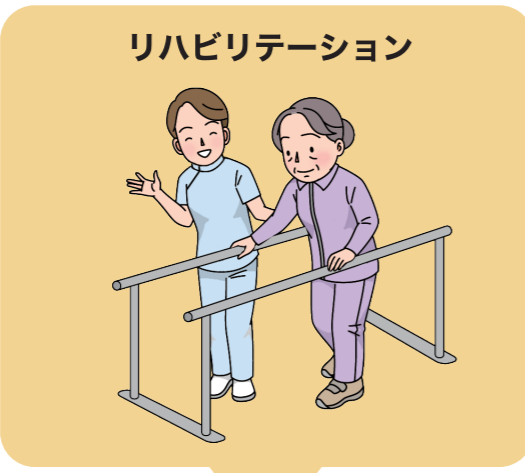
公益社団法人 全国老人保健施設協会

老健の役割について

老健が利用者の生活などをバックアップ



医療・看護



リハビリテーション



介護



支援相談員
利用者や家族に対する総合相談窓口的な機能を担います。



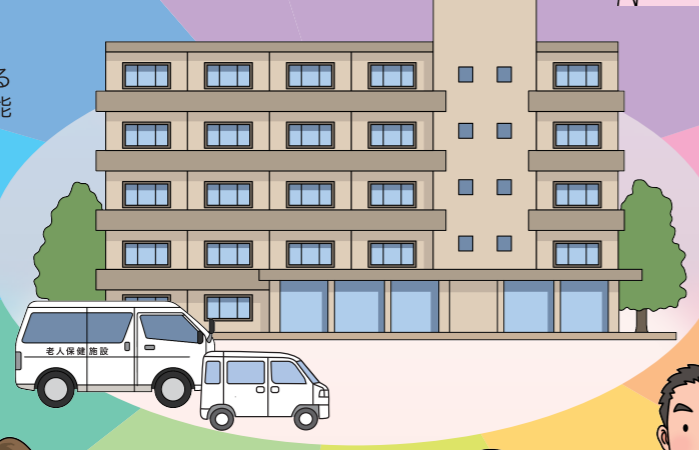
医師
定期的な診察等による疾病の医学管理を行います。病状が悪化した場合は、施設内で可能な治療も行います。



看護職員
医師の指示のもと利用者への日々の医療行為を行い、適切な看護ケアの提供を行います。



ケアマネジャー
利用者の希望に沿った施設介護サービス計画の作成を行います。



介護職員
他職種と協働し、食事・排泄・保清などの日常的ケアを行います。



歯科衛生士
口腔内の健康状態を確認し、その方に合った口腔ケアを提案（指導）します。



管理栄養士
栄養状態の維持・向上のために、食事に関するすべての指導を行います。

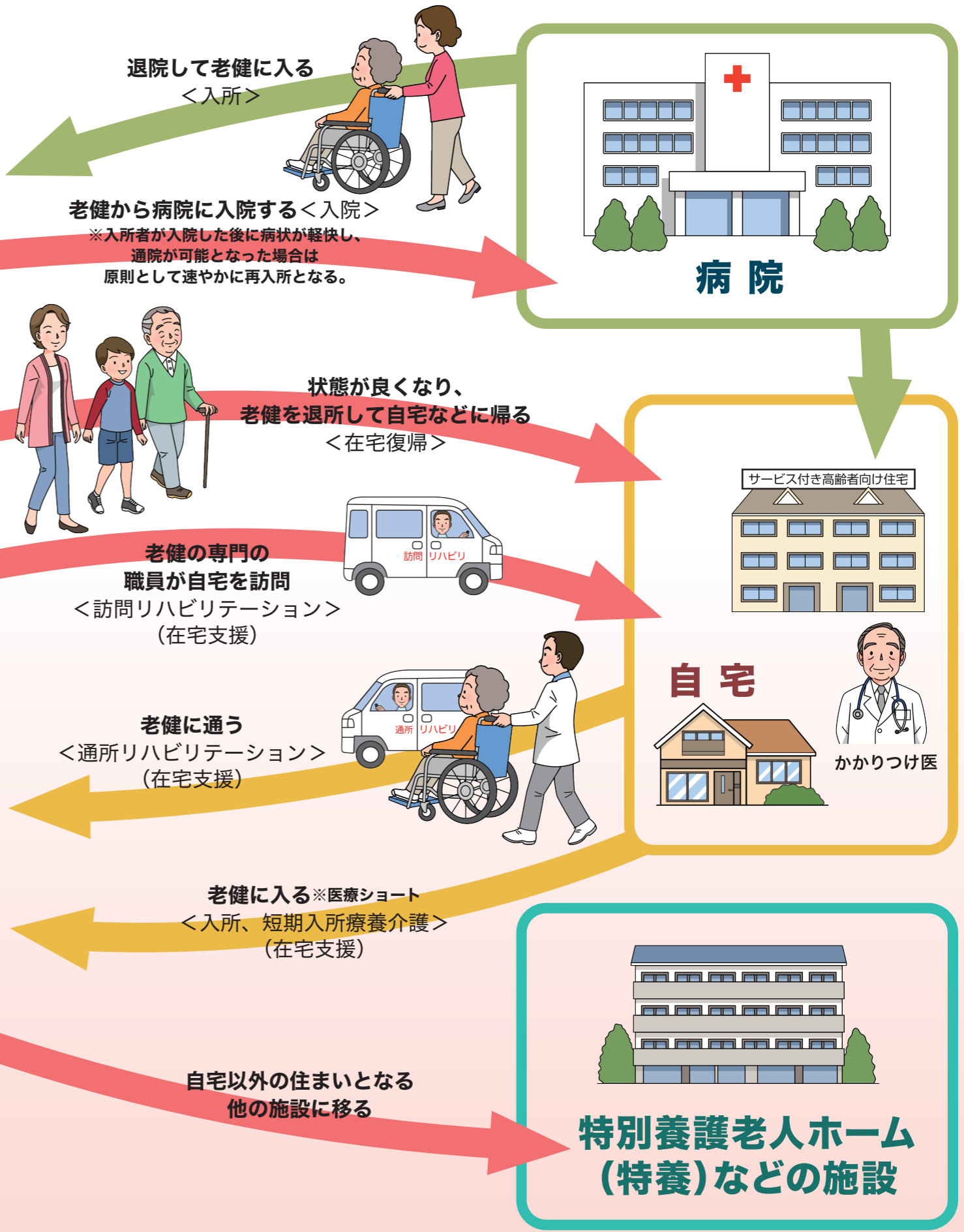


薬剤師
利用者に向けた調剤を行い、服薬の管理・指導などを行います。



リハビリテーション職員
専門的リハビリテーションを提供します。また、リハビリテーション計画の作成、生活向上プログラムの指導も行います。

さまざまな専門知識・技術を持った施設スタッフや協力スタッフがチームで利用者さんの生活を支えます



老健は“在宅支援施設”です！

介護保険法に老健は「在宅支援施設」と明記

2017年6月改正された介護保険法の第8条に、介護老人保健施設(老健)は“在宅支援施設”と明記されました。もともと、1999年の省令の基本方針では老健は“在宅復帰施設”と定義され、その概念は広く知られていましたが、2017年の改正によって“在宅復帰”だけでなく広く“在宅支援”という大きなくくりで老健の機能が示されるようになりました。

介護老人保健施設の定義

【根拠法】 介護保険法

第8条(定義)

介護老人保健施設とは、**要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設**

(2017年6月2日公布)

第8条(定義)

介護老人保健施設とは、**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者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設**

- 在宅支援・在宅復帰のため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・回復の役割を担う施設

※老健施設が持つ「在宅支援」機能

- ① 入所サービス
- ② 短期入所療養介護
- ③ 通所リハビリテーション
- ④ 訪問リハビリテーション

【介護保険施設の比較】

	介護老人保健施設	介護医療院	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
概要	リハビリテーション等を提供し、 在宅支援・在宅復帰のための施設	長期療養・生活施設	生活施設
根拠法	介護保険法(介護老人保健施設) 医療法:医療提供施設	介護保険法(介護医療院) 医療法:医療提供施設	介護保険法(介護老人福祉施設) 老人福祉法(特別養護老人ホーム)

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標

下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた直(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	2サービス 1	0、1サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上(PT、OT、STいずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上(社会福祉士の配置あり) 5	(設定なし) 3以上(社会福祉士の配置なし) 3	2以上 1	2未満 0
⑧要介護4または5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 6	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目・算定要件

◆通所時指導等

- a:退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、対処後の療養上の指導を行っていること。
b:退所後の状況確認 入所者の退所後30日*以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月*以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

- ◆リハビリテーションマネジメント 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。

- ◆地域貢献活動 地域に貢献する活動を行っていること。

- ◆充実したリハ 少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

*要介護4・5については、2週間。

老健は、できることを増やす!

多職種協働のリハビリテーションマネジメントが老健の基本

老健で提供されるリハビリテーションには、まず、リハビリテーションマネジメントに基づき、入所や通所の利用期間中に継続して提供される、多職種協働によるチーム・リハビリテーションがあります。さらに、リハビリテーション専門職が提供する短期集中リハビリテーションなどの専門的なリハビリテーションがあります。利用者にとって心身機能の維持・改善や生活機能の低下予防、さらには社会復帰へつながり、とても有効です。

専門の職員が提供するリハビリテーション

専門職が提供するリハビリテーション

入所・通所

認知症短期集中リハビリテーション
短期集中リハビリテーション

退院・退所後や要介護認定直後に短期集中的に心身機能の維持・改善を図る

通所

生活行為向上リハビリテーション

社会復帰、地域復帰を目指す通所リハビリテーション終了を前提としたリハビリテーション

短期入所

個別リハビリテーション

在宅生活での一時的な生活機能の低下を迅速に改善

リハビリテーションマネジメント

多職種で提供するリハビリテーション

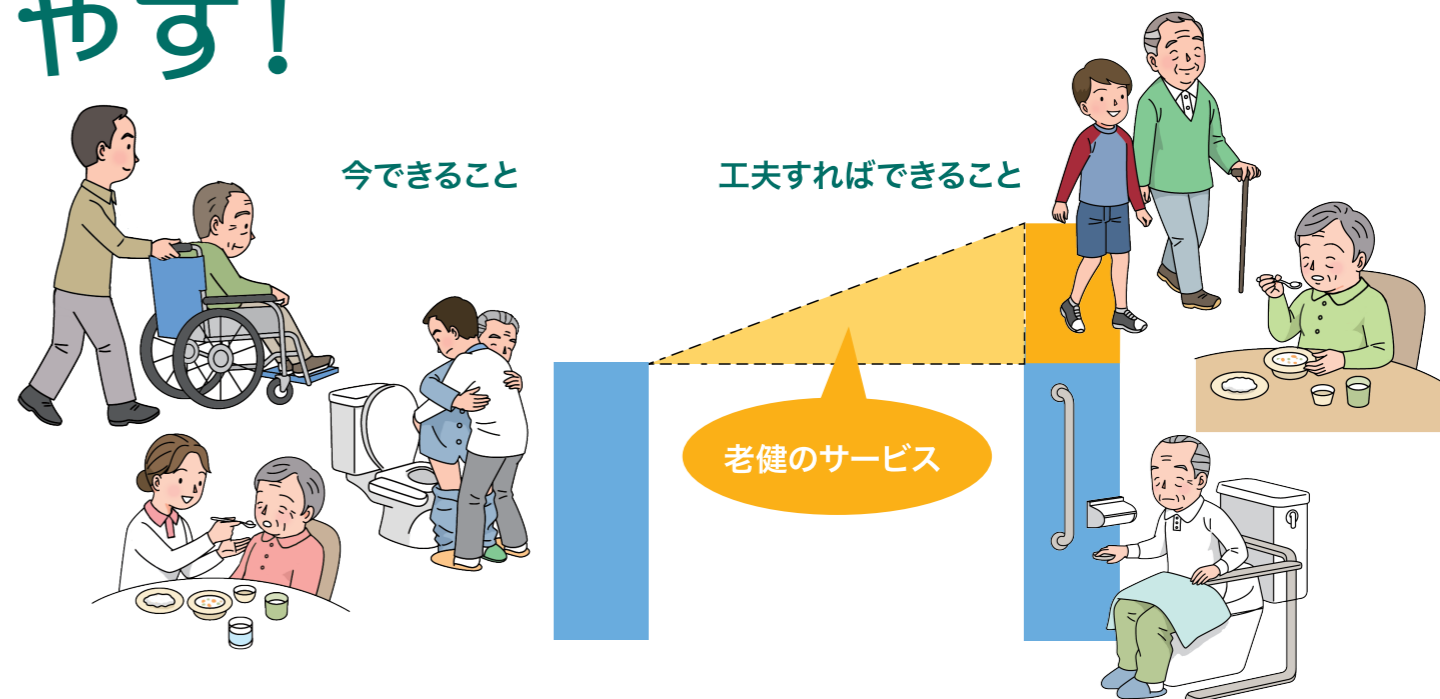
・日常生活の場面毎に切れ目なく提供されるチーム・リハビリテーション
・各専門職のアセスメントに基づきケアと一体的に提供されるリハビリテーション

入浴
移動

ケアマネジメント (リハビリテーションマネジメント)

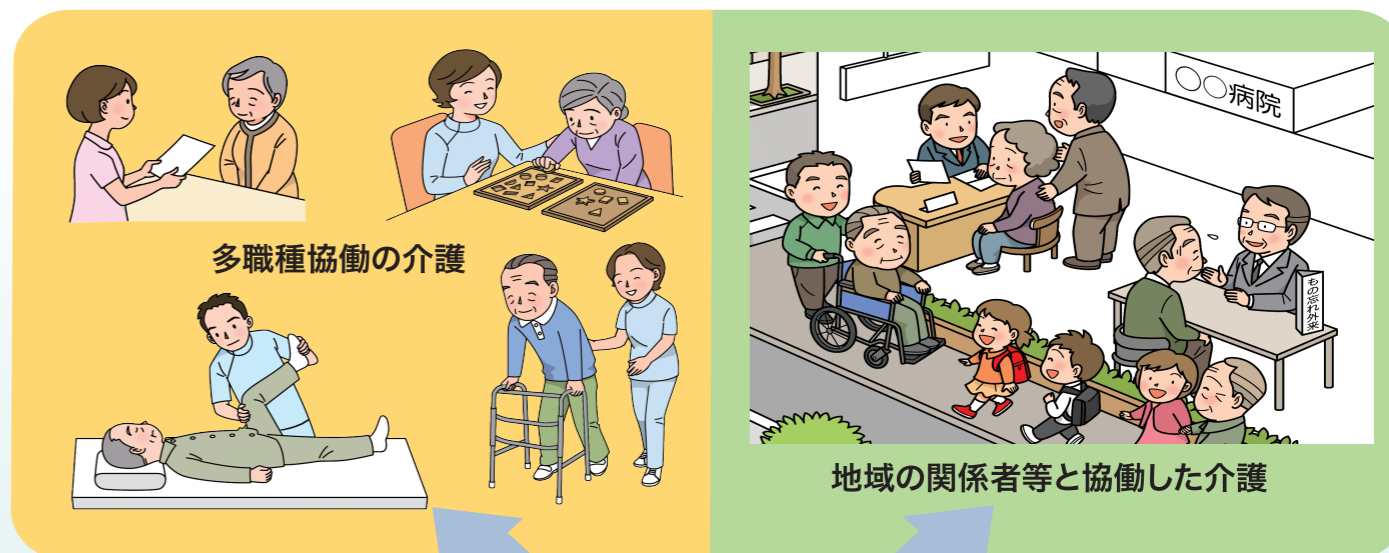
ケアプラン会議 (リハビリテーション会議)

アセスメント・訪問指導



充実した在宅生活の維持を目指して

老健では、利用者が“現在できること”を客観的に評価するICFの考え方に基づいた介護を行います。まずインタビューを行い、状態像の確認やその方の人生背景を考慮しながら、ICFステージングに基づいたアセスメントをします。利用者の状態像を共有しつつ、その方にとってどのような人生を送ることが良いのかを見定めながら、家族をまじえて、利用者の自立面をバックアップしていきます。老健退所後も、ひき続き在宅生活を支援し、「自立」に資する介護を提供しています。



施設における自立支援に向けた介護

自宅等における自立支援に向けた介護



老健は在宅支援に向け、医療と介護を連携します！

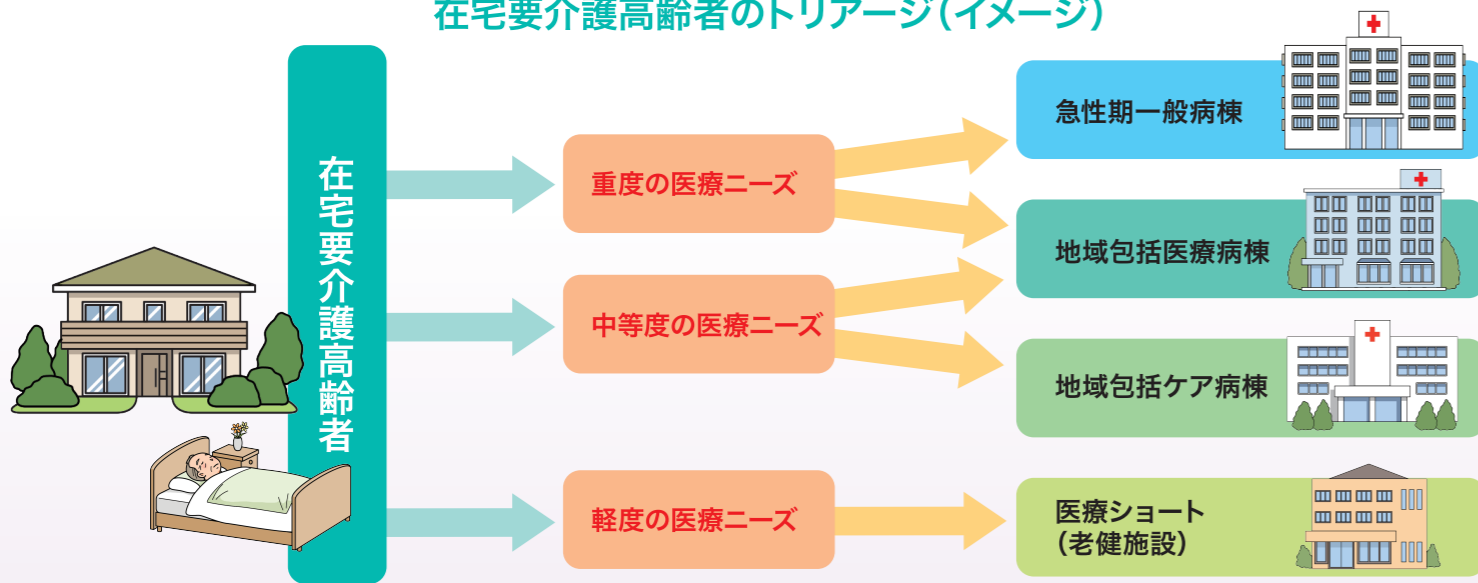
脳卒中を発症後、急性期病院から老健へ

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、要介護認定率が増大する85歳以上の人口は2040年に向けて増加が見込まれ、医療と介護の複合ニーズが一層多くなることが見込まれます。

そのためには医療従事者も、持続可能な働き方を確保出来る医療供給体制を実現する必要があります。それには、医療・介護供給体制の改革が必要となり、実現が期待される医療・介護供給体制の姿を関係者間で共有する必要があります。限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えるためには、医療・介護供給体制の最適化・効率化を図る必要があります。また、増加する高齢者救急に対応するには、軽度・中等度を中心とした高齢者の救急の受け入れ体制を強化し、ADLの低下を防ぐため入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることをめざします。

そのため、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携の強化が必要です。

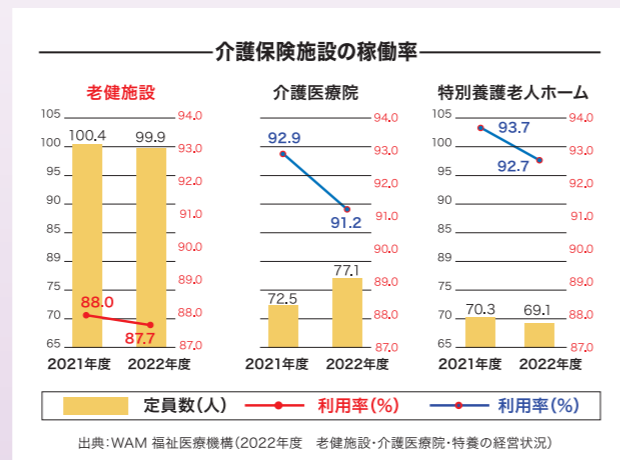
在宅要介護高齢者のトリアージ(イメージ)



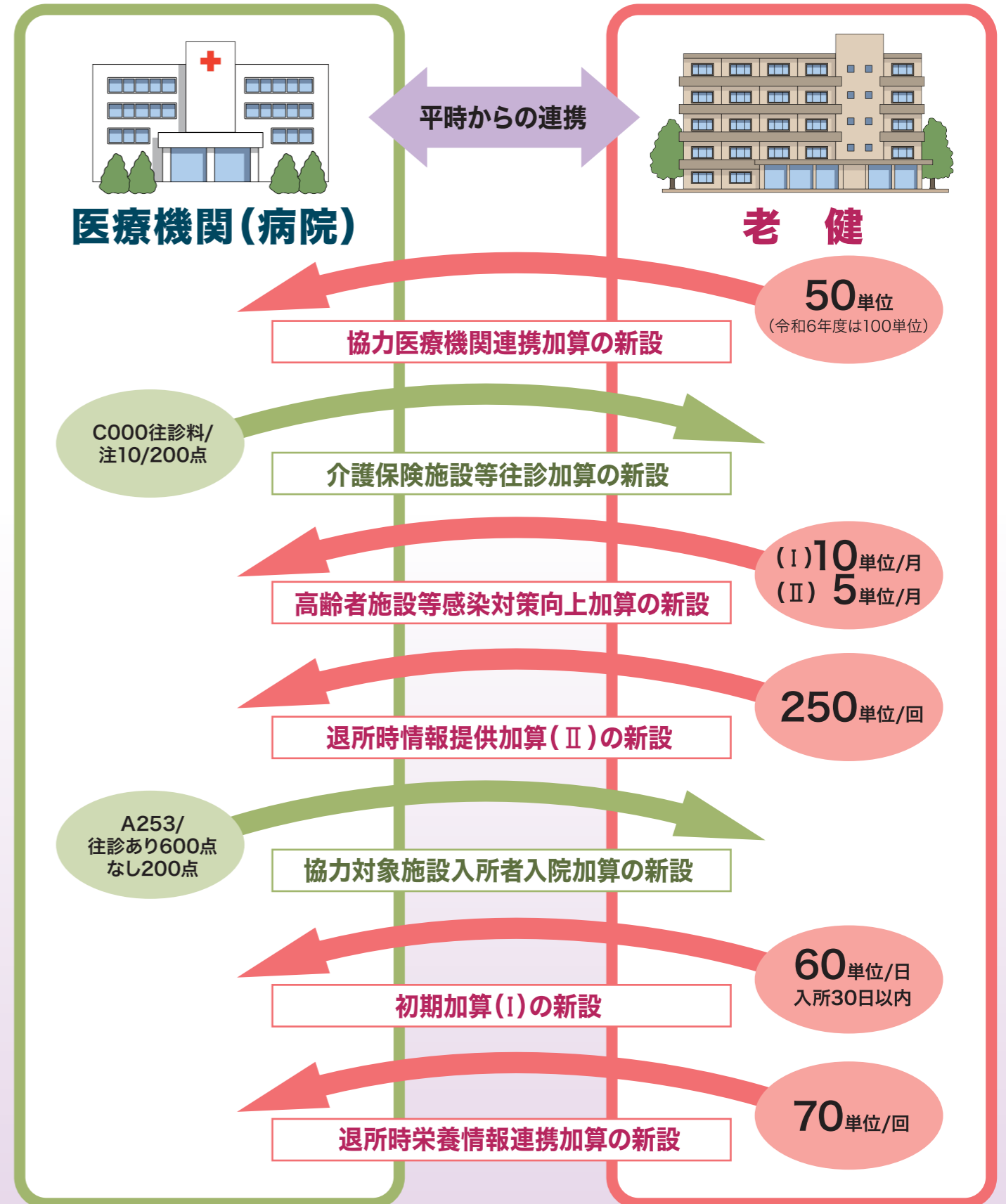
コラム

受け入れしやすい老健施設

令和3~4年度の老健施設の定員に対する利用率は80%台となっており、介護医療院や特別養護老人ホームの92~93%と比べても「ほぼ常に受け入れが可能」な状態となっています。



医療・介護連携によって算定できる報酬

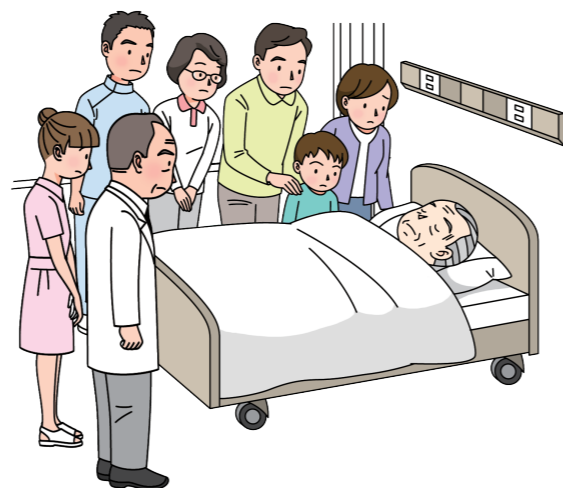


(注) 各種の加算算定には、細かい要件がありますので、詳細をご確認下さい。

老健の医療、看取りは在宅支援！

老健で受けることのできる医療

老健には、常勤の管理医師、さらには看護職員が配置されています。そのため、日常的に必要な医療を提供だけでなく、肺炎などの様々な医療ニーズにも対応可能です。専門的な医療機器を使った診察や診断、治療、さらには救急時の対応などについては、地域にある病院などと協力して行われます。老健の管理医師には、認知症をはじめとした老年医学、泌尿器科、眼科等々、リハビリテーションを含めたさまざまな知識も求められます。



老健管理医師研修

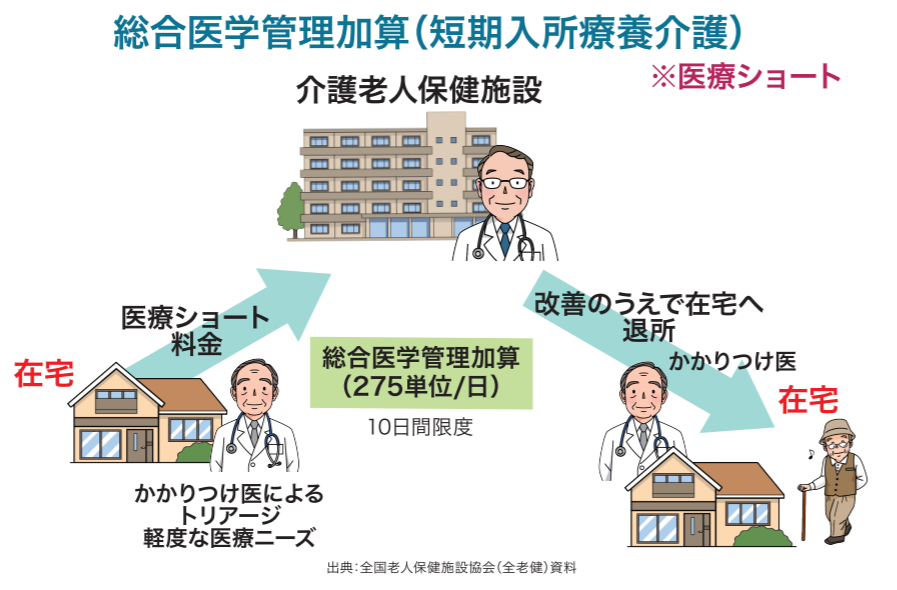
全老健では2014年より日本老年医学会、国立長寿医療研究センターに依頼し、老健の管理医師に向けて「老人保健施設管理医師総合診療研修会」を実施。幅広い分野に関する見識を深める場を提供し、レベルアップのための取り組みを行っています。



- 老人保健施設管理医師
総合診療研修プログラム (全19時間20分)
1. 利用者本人の視点に立ったチーム医療
 2. 生活の場に則した医療提供
 3. QOL維持・向上を目指したケア
 4. 患者(利用者)の意思決定を支援
 5. 家族などの介護者もケアの対象に
 6. 高齢者の多病と多様性
 7. 高齢者の生活習慣病対策
 8. 高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方
 9. 老人保健施設の認知症ケア

生活機能を維持しつつ治療する(医療ショート)

軽度の医療ニーズについては、救急搬送等により医療機関を受診するだけでなく、老健施設の医療ショートを活用していくことも必要です。これにより、生活機能を維持しつつ治療が行え、「ADLの維持」や「認知機能の維持」などの効果が見込まれ、生活の場に早く復帰させることができます。



老健における看取りも、在宅支援の一環です。

長年、通所サービスや短期入所などで在宅生活をサポートしていてもいずれは衰弱し、ついに看取りが必要となります。

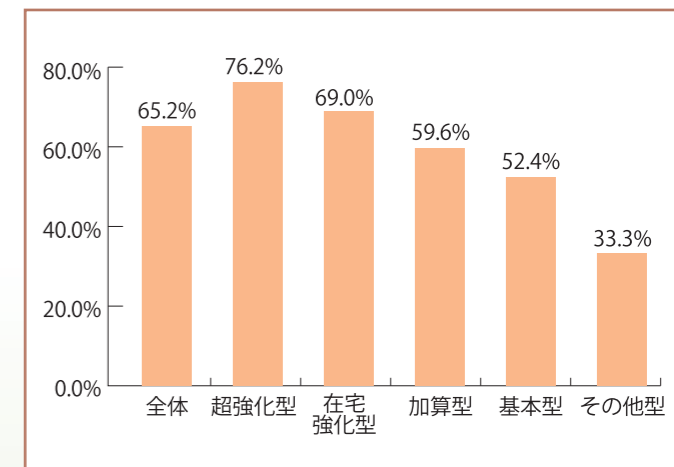
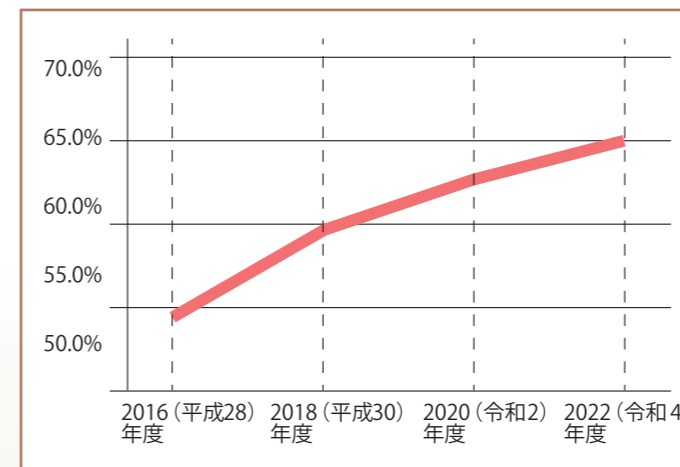
老健では利用者や家族の希望により、人生の最終段階まで支援いたします。

入所中は、利用者の尊厳を守り、家族と日頃からコミュニケーションをとり、信頼関係を構築します。医師、看護職員をはじめ、多職種が密に連携し、安らかな最期を迎えられるよう支援します。

老健におけるターミナルケア加算は年々増加しています。(下グラフ左)

在宅復帰・在宅療養支援機能が高い「超強化型」「強化型」では利用者・家族の信頼が高く、最期まで看るケースが高くなっています。(下グラフ右)

ターミナルケア加算の算定状況



コラム

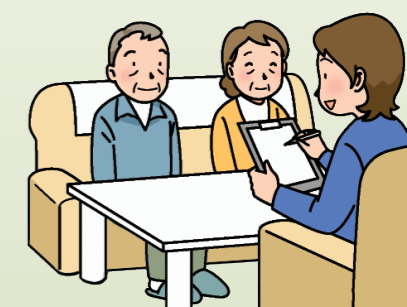
本人・家族が望む医療提供へ

老健施設において、高齢者本人や家族が事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思確認(プレターミナルACP※)ができていれば、不要な救急搬送を削減することができます。

また在宅の要介護高齢者も同様に、プレターミナルACPを行うことで、在宅のまま医療提供を受けるか、救急搬送をするのがかたどりアージできます。(このケースでは、老健施設の「医療ショート」も選択肢の一つとなります)

これにより、本人や家族が望まないような過度な医療提供を防ぐことができます。

ACP=Advance Care Planning(今後の医療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合うプロセス)



老健の強み・特徴は、他にもまだある！

老健Q&A



認知症短期集中リハビリテーション

平成18年4月から新たなリハビリテーションとして、軽度の認知症の方を対象とした「認知症短期集中リハビリテーション」をスタートしました。

これを受けて全老健では「認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業」を行った結果、「認知症短期集中リハビリテーションは極めて有効であり、臨床的認知症重症度の進行予防、心の健康維持（意欲、活動性）を通じて、ADLの改善が認められ、さらに周辺状況の改善によって在宅系居所への復帰効果が期待される」ことは明らかになりました。

平成21年4月からは、制度変更に伴い中等度・重度の認知症の方にも対象範囲を拡大しサービスを提供しています。老健には常勤医が配置されており、医療機関に対応を依頼する入所者のトリアージができます。また今後全ての介護保険施設に、協力医療機関との連携体制の構築が義務付けられる予定です。



“老健の認知症リハビリテーション”とは、どのようなものですか？

Q
A

老健で提供する「認知症短期集中リハビリテーション」は極めて有効であることが、その実践と効果に関する検証・研究の結果明らかになっています。

特に

- ・臨床的認知症重症度の進行予防
 - ・心の健康維持（意欲、活動性）を通じたADLへの改善が認められます。
- 更に周辺症状の改善によって、在宅系への復帰効果も期待されます。

“老健の医療ショート”とは、どのような機能ですか？

Q
A

老健の総合医学管理加算（医療ショート）を利用することで、軽度の医療ニーズに対応することができます。

高齢化が進む現在、慢性疾患を抱えるなど医療ニーズの高い高齢者が増加しており、その方々に対して医師の診療計画に基づく必要な診療、検査などを実施することで、より安全で適切な医療サービスが提供できます。

それにより、利用者は安心して療養することができ、施設は在宅復帰支援機能を強化することができます。

老健では、患者（利用者）を積極的に受けていただけるのですか？

Q
A

老健、介護医療院、特別養護老人ホームの稼働率を見ると、老健施設が平均80%台となっているのに対し、介護医療院や特別養護老人ホームは平均90%台となっており、老健施設の方が「ほぼ常に受け入れが可能である」事がわかります。

“老健で看取り”ができるのですか？

Q
A

老健には医師や看護師が常駐しているため、医療的ケアと介護を連携して対応することができ、多くの看取りが行われています。

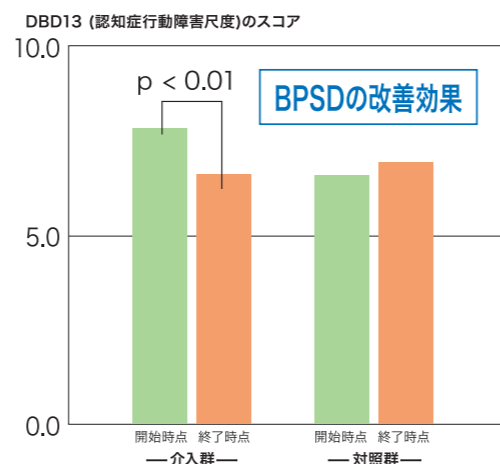
そもそも老健は「在宅支援・在宅復帰」のための地域拠点であるため、日常的に利用者の家族との信頼関係が得られていることが多く、施設を繰り返し利用する課程で「最期の場所として」老健が選ばれていることも少なくありません。もちろん、看取り目的の入所も可能です。

コラム



全老健の調査研究により、認知症短期集中リハビリテーション極めて有効なことがわかりました

公益社団法人全国老人保健施設協会の長年にわたる調査研究の結果、「認知症短期集中リハビリテーションは極めて有効であり、臨床的認知症重症度の進行予防、心の健康維持（意欲、活動性）を通じて、ADLの改善が認められる。さらに、周辺症状の改善によって在宅系居所への復帰効果が期待される」という画期的成果が得られました。この結果は厚生労働大臣の呼びかけで始まった「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の報告書においても、認知症に対する認知症短期集中リハビリテーションが、中核症状及びBPSDの改善に有効であることが示されています。



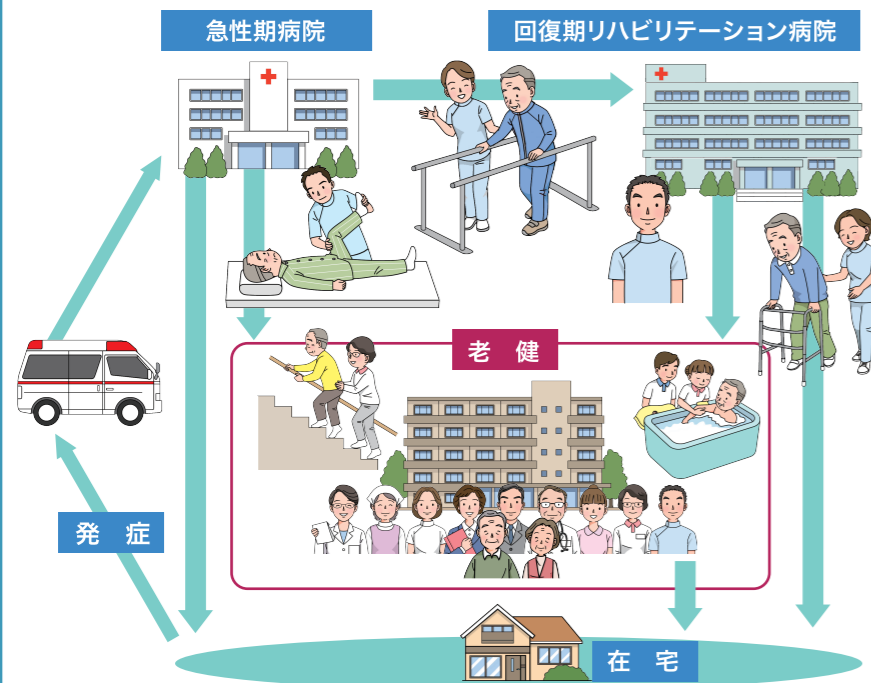
出典：全老健（平成25年度通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーションの有用性に関する調査研究事業報告書）

老健は、さまざまな使い方ができる！

老健の多様な活用法

老健は、住み慣れた地域で暮らし続けるために、多様なサポート体制を整えています。利用者の多種多様なニーズに各専門職が応えながら施設サービスを行い、身体状況の改善を目標としています。そして、在宅復帰後は、地域のケアマネジャーをはじめ、各介護事業者の皆さんと連携しながら在宅支援を行っていきます。

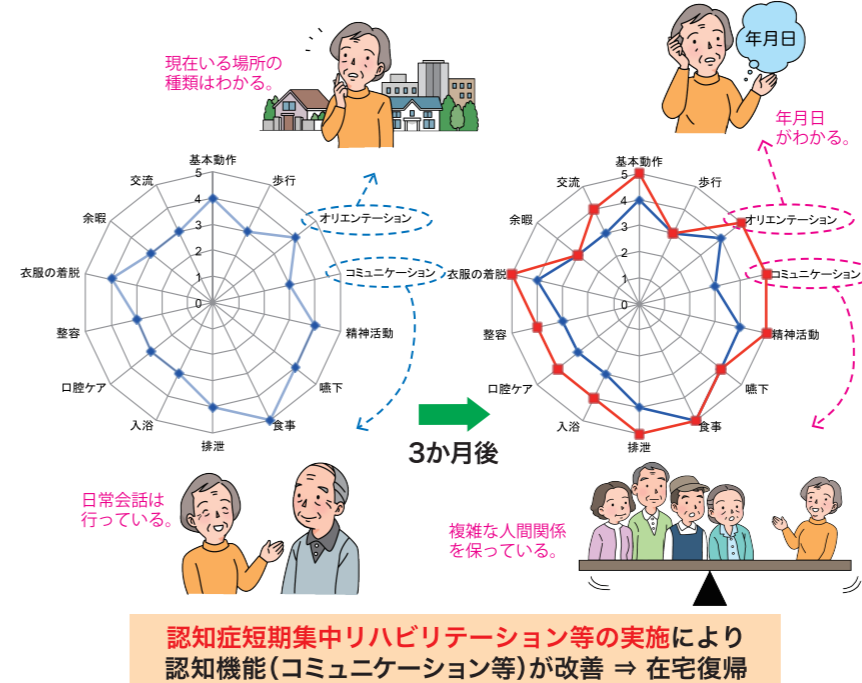
脳卒中を発症後、急性期病院から老健へ



Aさんは脳卒中を発症し、急性期病院へ運ばれました。病院で集中治療を終え、早期にリハビリテーションを開始しました。しかし、病状は安定するも右半身に後遺症があり、在宅で介護は難しい状況でした。そこで、在宅生活をする上で必要なリハビリテーションを行うため、老健に入所することとなりました。

入所後は、順調に機能回復し、在宅に戻り、地域の介護サービスを利用しながら在宅生活を送ることができました。

在宅で認知症が悪化し、介護が困難となり老健へ

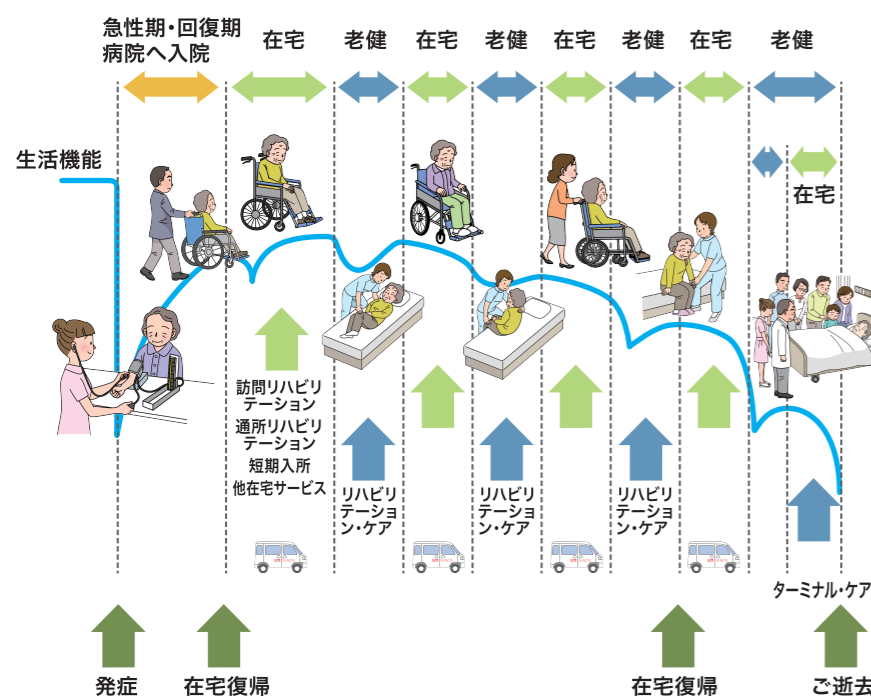


79歳のBさんは、要介護2の女性。以前よりアルツハイマー型認知症で物忘れがひどい状態でした。最近、認知症が悪化したため、ご家族も介護が困難となりました。担当のケアマネジャーの勧めにより、老健へ入所することとなりました。

3か月の間、認知症短期集中リハビリテーション等を受けたことで、Bさんの認知機能(コミュニケーション等)は徐々に改善。在宅復帰することができました。

認知症短期集中リハビリテーション等の実施により認知機能(コミュニケーション等)が改善⇒在宅復帰

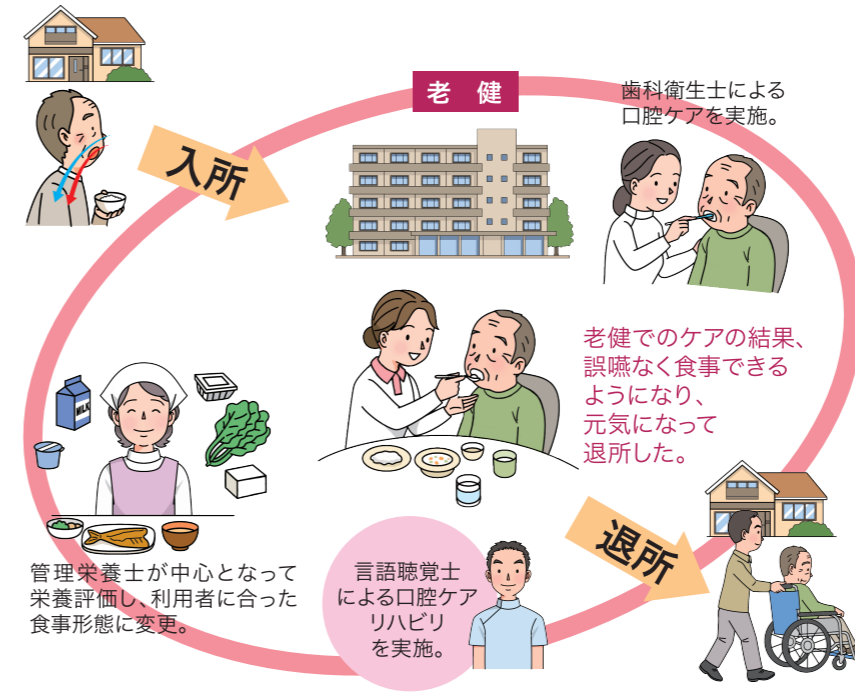
在宅生活で徐々に老衰が進行し、老健へ



95歳のCさんは、日頃は通所と短期入所を利用して、ご家族とともに何とか在宅生活を維持してきました。しかし、徐々に食事が減少して衰弱し、主治医には老衰と診断され、改善は難しいといわれました。

これ以上ご家族による在宅介護も困難で緊急時の心配もあり、老健に入所することになりました。近隣の施設でご家族も安心の上、面会を続けることができ、その後Cさんは安らかに永眠されました。

在宅で経口摂取が困難となり、老健を利用



90歳のDさんは、最近、食事摂取に時間がかかり、誤嚥も目立つようになったと訪問担当者からの報告がありました。担当のケアマネジャーも食事形態や栄養面にも不安があり、ご家族に老健への入所を勧め、入所することになりました。

入所後は、管理栄養士が中心となり栄養評価を行い、Dさんに合った食事形態に変更し、併せて歯科衛生士による口腔ケア、言語聴覚士(ST)による口腔ケアリハも行いました。その後は誤嚥もなく食事を摂取することができるようになり、退所することができました。