

2025年11月27日(木)

昭和百年企画 | 昭和百年企画

■ 2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:50 第1会場 (下関市民会館 1F 大ホール)

[SSP1] 昭和百年企画(1)先人の想いを継ぐ

- ① 講演「夕映え美しく～初代会長 矢内伸夫先生が遺したメッセージ～」
② 対談「モデル施設から38年、先人の想いは今…。」

講師・出演：井上 崇 (介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理)

13:00 ~ 14:00

[SSP1-1]

講演「夕映え美しく～初代会長 矢内伸夫先生が遺したメッセージ～」

○井上 崇 (介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理)

14:00 ~ 14:15

[SSP1T-1]

対談「モデル施設から38年、先人の想いは今…。」

○井上 崇 (介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理)

14:15 ~ 14:50

[SSP1T-2]

対談「モデル施設から38年、先人の想いは今…。」

○高野 龍昭 (東洋大学 福祉社会デザイン学部社会福祉学科 教授)

昭和百年企画 | 昭和百年企画

■ 2025年11月27日(木) 15:00 ~ 16:50 第1会場 (下関市民会館 1F 大ホール)

[SSP2] 昭和百年企画(2)人と地域を繋ぐ

- ③ 講演「介護保険制度と老健施設の軌跡 ～「これまで」の老健～」
④ シンポジウム | 「老健施設の未来へ向かって ～「これから」の老健～」

講師・座長：江澤 和彦 (日本医師会 常任理事/全国老人保健施設協会 理事)

15:00 ~ 15:30

[SSP2-1]

講演「介護保険制度と老健施設の軌跡 ～「これまで」の老健～」

○江澤 和彦 (日本医師会 常任理事/全国老人保健施設協会 理事)

15:30 ~ 15:50

[SSPSY1-1]

老健施設の未来へ向かって～「これから」の老健～

○松田 晋哉 (福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授)

15:50 ~ 16:10

[SSPSY1-2]

老健施設の未来へ向かって～「これから」の老健～

○堀 裕行 (厚生労働省 老健局 老人保健課長)

昭和百年企画 | 昭和百年企画

📅 2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:50 📍 第1会場 (下関市民会館 1F 大ホール)

[SSP1] 昭和百年企画(1)先人の想いを継ぐ**①講演 「夕映え美しく～初代会長 矢内伸夫先生が遺したメッセージ～」****②対談 「モデル施設から38年、先人の想いは今…。」**

講師・出演：井上 崇 (介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理)

13:00 ~ 14:00

[SSP1-1]

講演 「夕映え美しく～初代会長 矢内伸夫先生が遺したメッセージ～」

○井上 崇 (介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理)

14:00 ~ 14:15

[SSP1T-1]

対談 「モデル施設から38年、先人の想いは今…。」

○井上 崇 (介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理)

14:15 ~ 14:50

[SSP1T-2]

対談 「モデル施設から38年、先人の想いは今…。」

○高野 龍昭 (東洋大学 福祉社会デザイン学部社会福祉学科 教授)

プロフィール

いのうえ たかし

井上 崇

(介護老人保健施設伸寿苑 施設長代理)

略歴

- 1981年 日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 卒業
医療法人共和会 南小倉病院(現小倉リハビリテーション病院)MSWにて就職
- 1987年 医療法人共和会 介護老人保健施設伸寿苑 相談指導員
- 1995年 厚生省国立医療・病院管理研究所 専攻科卒業
- 1999年 医療法人共和会 地域ケア部 部長(居宅ケアマネジャー兼務)
- 2006年 北九州市立大学院人間文化研究科 修士課程修了
医療法人共和会 介護老人保健施設伸寿苑 施設長代理(老健部長)
現在に至る。

現職役職

- 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議構成員
- 小倉介護サービス事業者連絡会居宅サービス部会長
(福老健)北九州ブロック介護老人保健施設協会事務局長

歴任した主な役職(老健事業関係)

- 全国老人保健施設研究会、全国老人保健施設協会設立準備会 事務局員
- 福岡県介護老人保健施設協会 研修企画委員会 委員長
- 一般社団法人全国デイ・ケア協会 理事

主な著書

- 1995年 「老いをみつめて」 西日本リビング新聞社
- 2002年 分担執筆 「高齢者福祉とソーシャルワーク」有斐閣
- 2009年 分担執筆 「維持期リハビリテーション」三輪書店
- 2013年 分担執筆 「地域リハビリテーション」医歯薬出版株式会社 他

昭和百年企画（1）先人の想いを継ぐ

（全老健初代会長）

「夕映え美しく～矢内伸夫先生が遺したメッセージ～」



介護老人保健施設 伸寿苑 施設長代理 井上崇

(お断り)

現在、痴呆・ボケ等の言葉は人権への配慮から使用しませんが、一部当時のまま表現することをご理解ください。

資料内の新聞記事は各社著作物利用の許可を得ていますが、利用許可は映写のみとなっております。資料には掲載しておりませんのでご理解ください。



全国老人保健施設協会 初代会長（紹介）

（現在 小倉リハビリテーション病院）

医療法人共和会 南小倉病院、伸寿苑

院長・施設長

矢内伸夫（やうちのぶお）先生

（1933-1997）

- 1933年 東京都生まれ
- 1959年 東京慈恵会医科大学卒業
- 1964年 同大学大学院 医学博士号取得
" 精神神経科入局
- 1965年 東京根岸病院、東京都心身障害者福祉センター
- 1971年 医療法人共和会 南小倉病院院長
- 1987年 介護老人保健施設 施設長
- 1989年 全国老人保健施設協会 初代会長（～1995）
- 1994年 全国老人デイ・ケア連絡協会初代会長（～1997）

九州リハビリテーション大学校、産業医科大学リハビリテーション科講師、西南女子短大保育科教授、北九州市いじめ・学校嫌い防止推進協議会会長、全国老人保健施設協会初代会長、全国老人デイケア連絡協議会初代会長、社会福祉法人松寿会理事長、精神更生授産施設ひびき学園理事 ほか（役職は1997年当時）



昭和63年頃 院内での市民講座



昭和55年頃 病院内合同カンファレンス



昭和62年 法人創立25周年記念懇親会

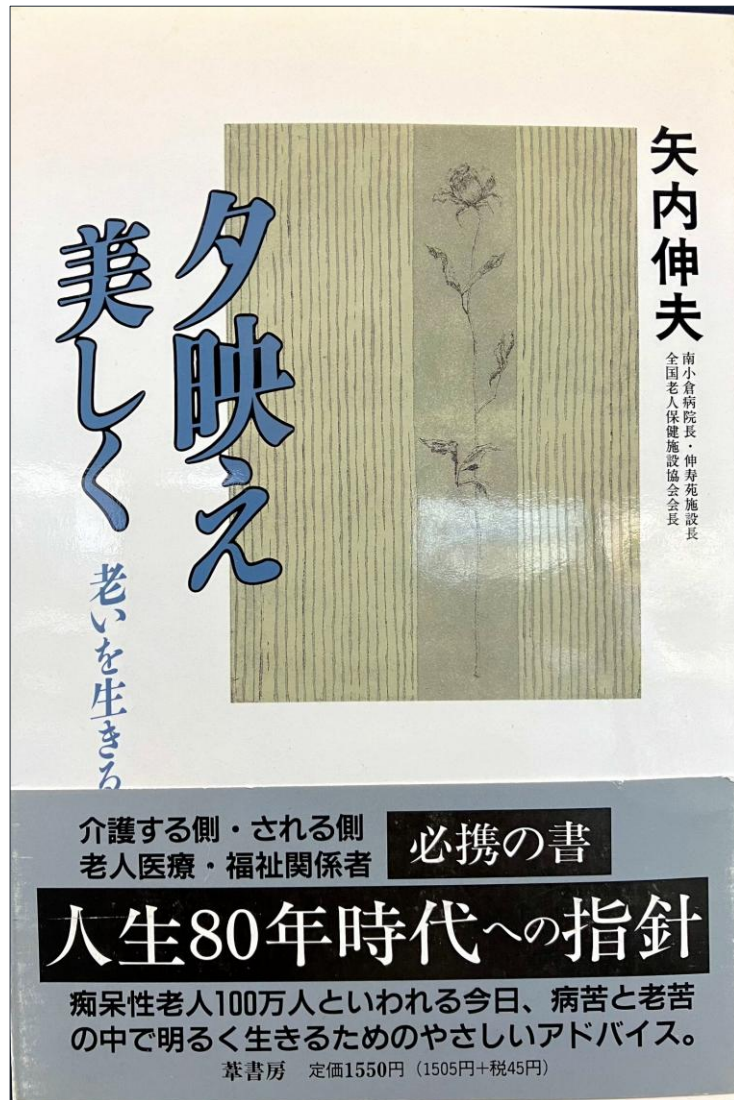
「夕映え美しく」 矢内伸夫著

びょうく しく ろうく しょうく
病苦と死苦と闘い、老苦と生苦を生き抜く姿を
「夕映え人生」と私は勝手に名づけ、そのエピ
ローグ（終曲）をいかに飾るかをテーマに「夕
映え美しく」のタイトルにしたわけです。

（文中抜粋）



筆者（自宅近くの遠賀川にて）



下関・門司方面

競輪場
メディアドーム

小倉城

JR小倉駅

TOTO本社

小倉リハビリテーション病院

介護老人保健施設
伸寿苑

南小倉地域リハセンター

2022年撮影





(昭和55年航空写真)



収容型の精神科病院からの転換

1962 (昭和37) 年 47床精神神経科病院開院
1971 (昭和46) 年 矢内伸夫院長就任

自主・自立…地域の生活に戻るための医療へ

- ・患者の自治活動、社会復帰推進の会設置
- ・社会復帰を念頭にした地域とのかかわり

時代は高齢化社会へ…老人病院へ転換



- 急激な人口の高齢化
- 要介護老人の急増
- 高齢者を誰が見るか…介護問題
- 行政の政策が追い付かない。



相談の行き場がない家族が病院を訪れた…。

精神科から老人病院への転換

入院患者高齢化、痴呆性老人の入院要請が急増した。
昭和57年11月で精神科を廃床…老人病棟は常に満床だった。



昭和57年頃の野外活動

南小倉病院の活動課題

テーマ:「寝たきりからの解放」、 作戦:「離床促進」「寝食分離」



老人を持つ家族の会

1982年（昭和57年）10月発足

老人を持つ家族が集まり、互いの苦勞を語り合い励まし合いながら老人の身体面、精神面に関する正確な理解、より良い介護方法を知る場となることを目的とした。

「昭和57年度～59年度「南小倉病院年報」より抜粋

矢内伸夫語録（1）

「家族に、病気の知識や介護方法を知ってもらおうと同時に、同じ悩みを持つ者同士が、自らの体験や情報を交換することで、励ましたり、支え合う組織作りが狙いです。

毎日新聞西部本社報道部 「心の風景」ストレス社会の構図から



看護師



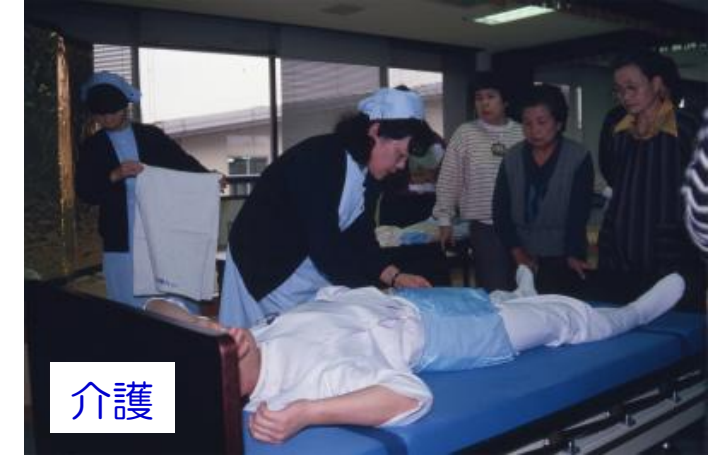
リハ



栄養士



リハ



介護

要介護者を在宅でいかに介護していくか…大きな課題

1985年11月2日

西日本新聞提供

(著作権使用許諾済)

地域交流

調査活動、学習会



小倉北区藍島の高齢者生活調査

- ✓ 漁村、農村…暮らしぶり調査
- ✓ 公民館で意見交換会を行う。
- ✓ 食事、買い物、入浴、防犯…各問題を語りあう。

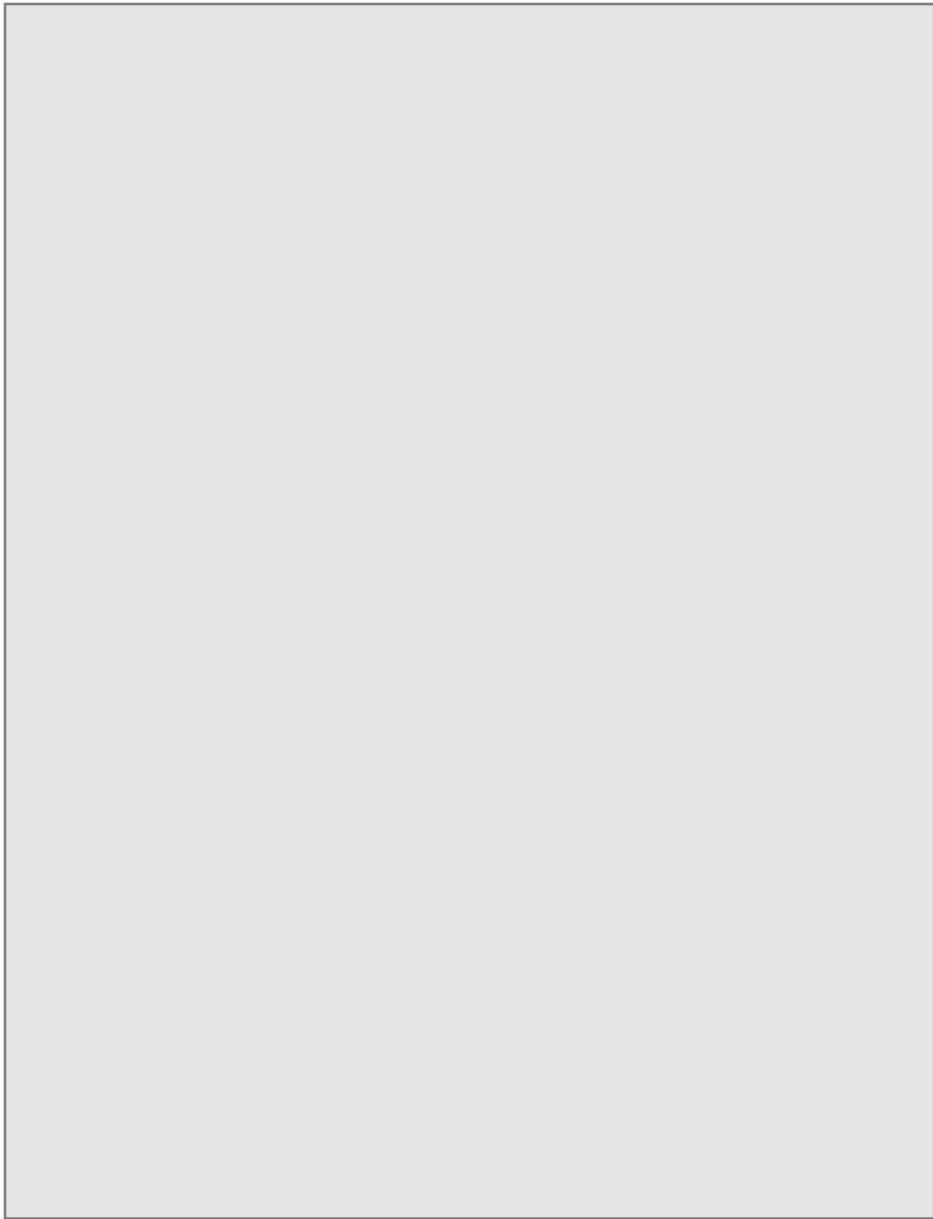
矢内先生



自治会と調査報告会

1986年1月30日

読売新聞社提供 (著作権使用許諾済)



地域ネットワーク (地域住民の支えあい)



独居高齢者宅を回った

地域に相談の拠点を設置
「年長者相談連絡所」のプレート



近隣のたばこ屋、貸本屋、市場・・・職員宅を拠点

介護ふれ合い体験隊（学校や公民館等で介護実習）



デイケア（託寿館）に姑が通った家族が、後にボランティア「いろは倶楽部」を立上げ、共和会・地域内で活動した。
元小学校教諭であり小学校での介護体験を提案、門司藤松小学校で始めた。その後、教員の転勤先で同様の企画依頼があった。

車いす体験、疑似体験、紙芝居…

門司区藤松小学校にて1993（平成5）年

1983年9月11日

西日本新聞提供

(著作権使用許諾済)



1983年（昭和58年）老人保健法施行
老人デイケアセンターの開設

矢内伸夫語録（2）

- 「経営のことなんか考えなくていい。その内、必要な時代が来る…みんながやり始めよ！」
- 「お前さんが定年する頃にはマンションの中でデイをやってるよ。訪問看護やデイの車が頻繁にすれ違う時代になるんだ・・・。」

医療法人共和会50周年記念誌

1986年3月16日

西日本新聞提供

(著作権使用許諾済)



デイケアを通じ地域との交流…

異世代交流

- ・ 夏休には臨時児童館として開放職員の子供をデイケアで受け入れた。
- ・ 季節行事に地域の子供や親達と交流餅つき、夏祭り等に参加の声掛けをした。

老人デイケア研究集会の開催



1986（昭和61）年10月11日（土）於：真鶴会館（小倉北区）

市民集会：南小倉病院独自開催

利用者家族、地域住民、保健師等を200名の集まり

- * デイケアの意義や必要性を理解
- * デイケアを通じ、認知症のこと、家族の苦労を理解していく

※地域で支援する体制を市民と検討…。

デイケア研究集会の経過

第1回 1986（昭和61）年 3周年記念研究集会

第2回 1988（昭和63）年 5周年記念研究集会

第3回 1990（平成 2）年 7周年記念研究集会

第4回 1993（平成 5）年 10周年記念研究集会



* 当初はデイケアや認知症への啓発の場

* 徐々に…専門職の学習の場

第4回大会…

九州厚生年金会館が参加者で溢れた！



中間施設構想～

1985（昭和60）年1月、社会保障審議会にて建議…懇談会

老人保健施設の誕生

1985（昭和60）年12月、国会審議にて名称・趣旨・目的が決定

「中間施設」意見書から…

1985年（昭和60年）厚労省「中間施設に関する懇談会」 コメント（抜粋）

- 病院と特養ホームとを統合し、それぞれの長所を持ちよった、いわば中間施設
- 「施設か、在宅か」という二者択一の考え方ではなく「在宅を支えるための施設」
- 家庭復帰のためのリハビリテーション・生活訓練を行う。
- 人間の尊厳性に根差し、要介護老人の主体性、自立性を最大限に尊重する
- 長い人生の結実を支える見地から、ネットワークづくり協力体制づくりが望まれる。

中間施設…黒船騒ぎ

・毎日新聞 昭和60年7月8日付「社説」

わが国の老人福祉関係者の間で、“黒船騒ぎ”が起こっている。

“黒船”は中間施設という新しい老人施設だ。（中略）

医療やリハビリの機能を有し、短期滞在や緊急一時保護など様々な機能を持った、小規模多目的な中間施設があつていい。そこを拠点に家庭の機能も強化され、地域の人々の助け合いが具体化される様な施設である。

“黒船”が日本の近代化の契機となったように、中間施設が、21世紀の、望ましい老人福祉のきっかけになることを期待したい。

1987（昭和62）年4月～

モデル老人保健施設事業スタート



矢内伸夫語録（3） モデル老人保健施設スタート①

- 7施設でモデル施設連絡協議会を設けた。

それぞれの臨床体験を語りあう中、当初から一致したのは、「老年者処遇に必要とわかってても、現状に妥協している例もあるのではないか」ということ、「現状打破には、発想の転換以上の革命が必要なのかも知れない。

- そこで、「まずはサービスのあり方、特に寝たきりからの解放を目指しながら、もろもろの条件整備を検討しよう、これも協議会の合言葉としたのである。

既存の概念にこだわることなく発想転換の創意工夫をもって老人医療福祉の在るべき姿をトライすることで、新しい基準作りの資料収集が目的でもあった。

それは家庭生活に準ずる食事や入浴、生活空間の工夫、家庭復帰を前提としたケアプログラムとリハビリテーションの工夫、併せて在宅支援サービスの確保や、地域・家族との一体化した明るく開放的なサービスのあり方等が大命題だった。

矢内伸夫語録（5） PT・OTの配置について

- 配置基準にPT・OTを位置付けには人ひとりの残存能力の発見、可能性に挑戦する判断・評価、さらには訓練計画を通して、在宅介護に向けての指導助言を期待した。

老化と疾患 1990年2月号 「老人保健施設の問題点」

- 老健施設創設にあたって有資格者確保の厳しい現状は百も承知であるが、あえてそれを配置基準に求めたのも、適正な訓練と地域リハビリテーションの拠点化を目指したからである。

（作業療法ジャーナル vol.26, 1992）

矢内伸夫語録（6） 介護職員について

介護職という耳慣れない職種に参加だが、福祉施設の寮母、病院の看護助手と同じかのように、一般的には受け止められているが、単に老年者のお世話をするとか、看護の指示下で働くのではない。

あくまで、介護の専門スタッフとして、チームプレイの一員であり、人員配置の上からみれば、その主役でもある。従って、その介護のあり方次第で要援護老人に明るさと、生きる喜びをもたらすといっても過言ではない。

全老健設立までの経緯

- 昭和62年4月 モデル事業スタート
" 6月 **老人保健施設連絡協議会** 開催
- 昭和63年3月 **全国老人保健施設研究会設立**
老健フォーラムの開催（1～5回）
" 4月 老人保健施設本格実施
- 平成元年9月 **社団法人全国老人保健施設設立準備会**
" 10月 法人設立準備会事務局設置（新宿区百人町）
" 11月 設立総会 会長 矢内伸夫選任
※～平成7年2月まで3期6年

※資料は全老健ホームページ「全老健の歩み」参考





老人保健施設フォーラム開催

- 第1回 昭和63年3月
「モデル老人保健施設からの報告」
- 第2回 昭和63年6月
「施設整備の現状と基本的考え方」
- 第3回 昭和63年9月
「入所者処遇の実際と運営収入」
- 第4回 平成元年6月
「老人保健施設の将来 -
そのクオリティーの追求」
- 第5回 平成元年11月
「老人保健施設のケア - そのめざすもの」



第 1 回全国老人保健施設全国大会

「寝たきりからの解放をめざして」

日時：平成2年6月30日～7月1日

場所：石和グランドホテル（山梨県石和町）

千葉県の〇〇苑では、老健施設の最大の目標である家庭復帰をめざして、入所者全員に離床活動を行っている。

石川県〇〇センターは、離床活動のアンケート調査の結果を報告。入所者・家族に離床の効果を呼びかけるためポスターを掲示し、医師も回診時に直接、離床効果を訴え、施設全体に離床ブームを起こした。

矢内伸夫語録（7）

滞在型老健施設の意見に対し

（長期滞留の事例があり、滞在型老健施設の提案がある中…）
とにかく職員も家族も家庭復帰に向けて積極的に取り組むことが大切…。

（滞留型老健施設について…）

俺の目の黒いうちは絶対に作らせん。最初から滞留するのを見込んで施設をつくると職員も家族もやる気をなくす。

社団法人全国老人保健施設協会 第2回総会にて発言

老健施設 伸寿苑の活動



1987（昭和62）年4月

モデル老健（伸寿苑）開設



毎日新聞（昭和62年3月31日記事より）
病状が安定し、入院治療する必要はないが、
診察、投薬、リハビリテーション等の医療ケアが
必要な寝たきり老人が対象。医療と福祉の両面を
兼ね備えた、従来にないタイプの施設だ。

1987年4月15日 毎日新聞提供（著作権使用許諾済）

弁当サービス…老健職員が夕食を宅配（見守り活動）

昭和62年～平成14年まで実施

婦人部が病人や高齢者へ弁当宅配

米国サンフランシスコの日本人街の昼食会から…

婦人部が病人や高齢者に弁当を配達する。

安否確認も兼ねているという。

※欧米では「ミールトレイン」という文化があった。

高齢者世帯の食事実態調査

社協の協力で高田町周辺の高齢者世帯調査を実施

✓ 3食のうち1食はインスタントラーメンを食べている。

✓ ご飯は炊くが梅干しや漬物をおかずをしている。

弁当サービスは地域の見守り隊

当初は30件 ⇒ 貴船、白銀からも…70食へ拡大

社会福祉協議会の協力でボランティア支援金

病院職員が高齢者の生活をさりげなく見守った。

自治会、民生委員、近隣住民も理解した。



大晦日に弁当を配った。

入浴サービス…当初は退所者支援にて実施した。 地域には長年入浴できない高齢者がいた。

昭和62年～平成12年まで実施



【入浴事業の歴史】

1974（昭和50）年 社協による移動入浴事業開始
1978（昭和53）年 民間委託事業に事業委託
北九州市では平行して布団の丸洗いも行われた。

伸寿苑入浴サービス事業

1987年（昭和62）年～

当初、伸寿苑退所者のアフターサービスで実施
平成2年在介センター開設でニーズが高まった。
SWを中心にリハスタッフ、入浴には介護職員が協力

【年末特別入浴サービスの実施】

毎年12月29日、30日に「年末入浴サービス」実施
記録では平成4年末には30件以上を対応している。

月2回（第1, 3土曜日）、入浴料金1,000円



福祉用具レンタルがない時代…ベッドはまだ高価だった。

ベッド貸出サービス 昭和62年～平成12年まで実施

退院患者の在宅サービス支援としてスタート

開始の記録はない。SWが退院患者のため院内に使用されていないベッドを在宅介護用に持ち込んだのが始まり。

平成2年在宅介護支援センター開設で本格実施

記録では20台近くのベッドを保有

在介センターへの相談が増加、特に年末年始は20台全て利用



「介護の現場から…」連載（平成4年～7年）

西日本リビング新聞社の「リビング北九州」

読者（市民）からベッド中古品、布団寄贈の申込あり

矢内伸夫語録（8）

在宅サービスの機能を築く

老人保健施設が、単なる入所型としてキャパシティばかり大きくするなら、恐らく結果は終身生活の場になるであろう。

（中略）

老人保健施設のアイデンティティは入所型、通所型、短期滞在、さらにこれと継続的な在宅サービスの機能を築いてこそ、地域への役割の一端をになったものとなるのではないだろうか。

精神科治療学 第3巻6号 1988 「老人保健施設と地域社会」

老健「伸寿苑」開設により施設ボランティアが活動



活動は開設時スタートを計画

施設運営に地域ボランティアの協力は欠かせないことから、開設準備段階からボランティア設置を計画、運営に意見反映した。

昭和61年12月～周望学舎、シルバーバンク、市ボランティア協会に呼びかけた。

昭和62年2月4日 説明会40名参加
" 計4回の研修会実施

「昭和61、62年度年報」より…

昭和62年4月に伸寿苑が落成され、ボランティア活動も始動となった。ボランティア登録は28名、内訳は全員女性、平均年齢は61才であった。ミーティングにて伸寿苑ボランティアの団体名を「**ボランティアひまわり**」と命名した。

矢内伸夫語録（9）

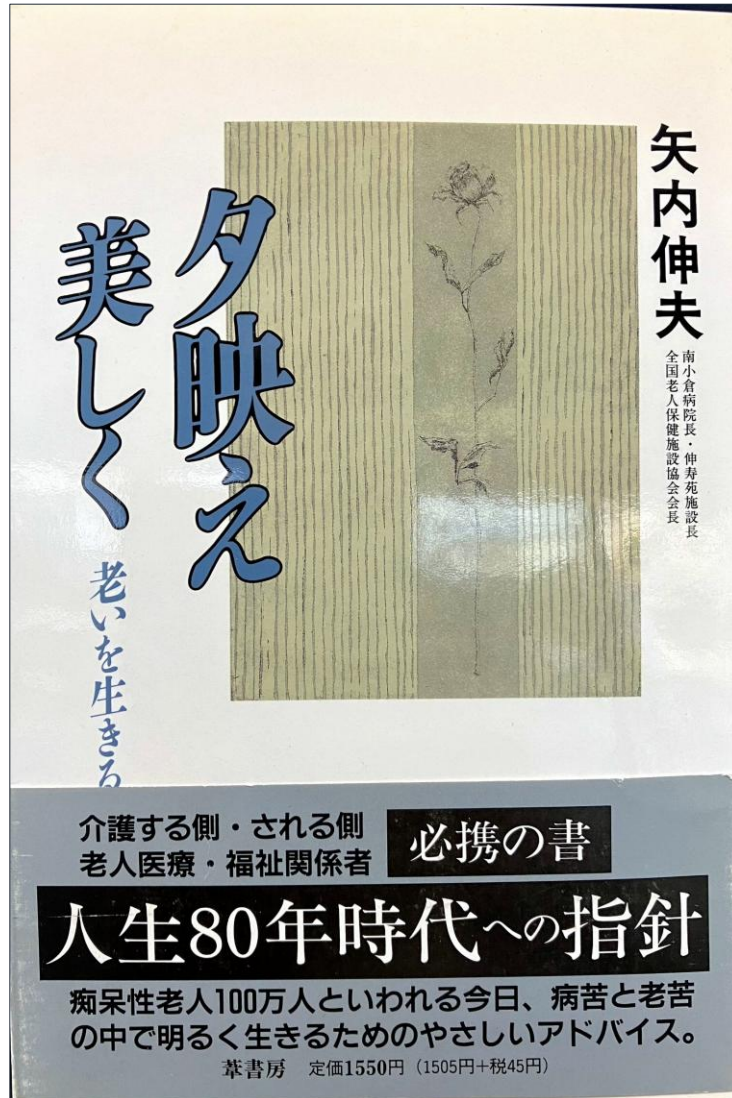
ボランティア活動、家族の来苑…家庭復帰のアプローチ
家族来訪やボランティア参加を多くすることは、**開かれた施設を目指す上で**、またスタッフの緊張がケアの質向上に役立つこともあるが、**在宅ケアを促す上での効果は大きい**ように思われる。

臨床精神医学22（6）1993 「老人保健施設における実態」

地域社会や家庭との通気をよくするためにボランティアが多数参加している。**地域社会の雰囲気を取り込むことで家庭復帰に向けてのアプローチ**となる。

精神科治療学 第3巻6号 1988 「老人保健施設と地域社会」

「夕映え美しく」 矢内伸夫著



いろんな世代、あらゆる人たちが互いに違いを認め、助け合って共存共栄する社会こそ日本型福祉の原点でありたい、と思います。



筆者（自宅近くの遠賀川にて）

昭和百年企画（1）先人の想いを継ぐ

②対談

モデル施設から38年、先人の想いは今…。

高野 龍 昭

東洋大学 福祉社会デザイン学部 教授

高野龍昭 略歴等

- ・現職 東洋大学 福祉社会デザイン学部 社会福祉学科 教授
- ・略歴 1964年1月 島根県出身（吉賀町:旧柿木村生まれ/益田市育ち）
1986年 龍谷大学文学部社会学科社会福祉学専攻 卒業
1986年 益田赤十字病院（医療社会事業部/医療ソーシャルワーカー）
1992年 西広島リハビリテーション病院/老人保健施設花の丘（医療福祉部/相談指導員）
1995年 益田市美濃郡医師会（在宅介護支援センターくにさき苑・居宅介護支援事業所/社会福祉士・介護支援専門員）
2005年 東洋大学ライフデザイン学部専任講師（2011年より准教授・2023年より現職）
- ・専門領域 高齢者福祉（介護保障のシステム・ケアマネジメントのシステム）
- ・資格等 社会福祉士・介護支援専門員
- ・社会活動 特定非営利活動法人インターライ日本・理事 ダイヤ高齢社会研究財団・客員研究員
日本ケアマネジメント学会・理事
SOAN®（株式会社シー・ディー・アイ：AIケアプラン支援システム）アドバイザー
Yahoo!ニュース・公式コメンテーター（エキスパート） 他
- ・著書等 単著 『これならわかる〈スッキリ図解〉介護保険』（翔泳社,2012）
『マンガ事例かららくらく学ぶ はじめてのケアプラン』（メディカ出版,2013）
『これならわかる〈スッキリ図解〉介護保険第2版』（翔泳社,2015・3）
『これならわかる〈スッキリ図解〉介護保険第3版』（翔泳社,2018・5） 他
共・分著 『忙しい現場のためのMDS-HC入門』（医学書院,2002）
『ソーシャルワーカーのための介護（第2版）』（有斐閣,2006）
『医療ソーシャルワーカー新時代』（勁草書房,2006）
『介護職員実務者研修テキスト（第1巻・人間と社会）』（中央法規,2013）
『社会福祉基礎』（実教出版,2022） 他
編・共著 『インターライ方式ガイドブック』（医学書院,2017・12）
翻訳(共) 『インターライ方式看取りケアのためのアセスメントとケアプラン』（医学書院,2024.12）

1. 私と老健施設

2. 介護老人保健施設への期待

私と老健施設①

- 1993年2月～1995年3月
医療法人社団朋和会（広島市） 老人保健施設 花の丘（相談指導員）
 - ～1992年2月に開設された老健施設に勤務（急性期医療機関M S Wから転職）
 - ～医療機関（リハビリテーション専門病院）併設の老健（着任時入所：96名・通所：4名）
 - ～退院→入所→退所→在宅生活支援＋ベッド管理に苦悩…
 - ～Outcome：在任中は「常にほぼ満床」「在宅復帰率70～80%」「平均在所日数80日前後」
（併設医療機関の在院日数短縮とベッド回転率アップに一定程度の寄与）
- 1995年4月～2005年3月
益田市美濃郡医師会（島根県） 益田市立在宅介護支援センターくにさき苑（ソーシャルワーカー）
 - ～公設民営の在宅介護支援センターの開設時のS W
 - ～益田市立老人保健施設くにさき苑（公設民営・96年4月開設）の立ち上げ・運営に関わり
訪問介護事業・訪問看護ステーションの立ち上げ・運営にも従事
 - ～郡市医師会立病院＋公設民営の老健施設＋在宅介護支援センターに、郡市医師会員（開業医）・併設の介護サービス事業、地域の介護サービス事業・施設などとの連携体制を構築することに腐心
 - ～Outcome：在任中のベッド稼働率は高くはなかったものの、「在宅復帰率60-70%」「平均在所日数90日前後」

私と老健施設②

年	社会福祉・老人保健制度などの動向	私のイベント
1963年度	老人福祉法施行（63年7月）	出生（64年1月）
1973年度	いわゆる「福祉元年」（老人医療費無料化等）	小学4年生
1982年度	老人保健法施行（83年2月）	福祉系大学に入学（82年4月）
1986年度	老人保健法改正により老人保健施設が法定化	福祉系大学卒業、MSWとして勤務
1987年度	老人保健施設・モデル7施設がスタート	
1988年度	老人保健法改正により老人保健施設が本格的なスタート	結婚（88年10月）
1989年度	老人保健施設：167施設（89年10月時点）	
1990年度	ゴールド・プランの開始 目標値：1999年度末に老健施設28万床	長男出生
1993年度	福祉八法改正による市町村老人保健福祉計画の策定開始	老人保健施設で勤務開始（93年2月～95年3月）
1994年度	老人保健施設療養費の改定で「Ⅱ」が創設	MDSとの出会い
1995年度	新ゴールド・プランの開始	在宅介護支援センターでの勤務開始・老健施設の開設準備に従事
1996年度	老人保健施設療養費の改定で「Ⅱ」が強化 （ケアプランの実質的義務化）	老人保健施設の開設 MDS-HCをフィールドで活用した事例・ケアプランの発表（本邦初?）
1998年度	介護支援専門員の養成（試験・実務研修）開始 （97年12月に介護保険法成立・公布）	次男出生 社会福祉士国家資格取得・介護支援専門員資格取得
2000年度	介護保険法施行・「介護老人保健施設」へ	介護支援専門員としての勤務開始
2005年度	改正（第1次）介護保険法成立・公布（2006年度施行）	現場を離れ、大学教員としての勤務開始

(昭和から平成の)老人保健施設の「4原則」「4機能」

* 4原則

- ・ 自立支援
- ・ 家庭復帰
- ・ 家庭的雰囲気
- ・ 地域・家庭との結びつき

老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準（昭和63年・厚生省令第1号）

～第1条（基本方針）から抜粋～

- ・ 老人保健施設は、老人の自立を支援し、その家庭への復帰を目指すものでなければならない
- ・ 老人保健施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行わなければならない

* 4機能

- ・ 総合的ケアサービス施設
医療と福祉を統合
～医療介護連携・多職種協働
- ・ 家庭復帰施設
「医療の場」と「生活の場」を結ぶ
～ノーマライゼーション、社会的包摂
- ・ 在宅ケア支援施設
空床確保、ショートステイ、デイケア、退所前後訪問などによる総合的な支援
～（ある種の）伴走型支援
- ・ 地域に開かれた施設
地域のケアシステムづくりを目指す
～地域包括ケアシステムの深化

私にとっての「先人」は
御調町！

私の講義用資料

「地域包括ケア（システム）」

- 1970年代以降の広島県御調町（現在は尾道市と合併）の地域での取り組みが原型
- 公立みつぎ総合病院の院長・山口昇による「出前の医療」「出前の福祉」「健康づくり・介護予防」「住民主体の活動」などを一体化した取り組みを「地域包括ケア」と命名される
- 故・山口昇は「地域包括ケアシステムとは、あくまでコミュニティづくりであり、地域のニーズに応えること。御調町の地域包括ケアシステム構築の手法は農村型と言えるが、これからは全国でさまざまな地域のニーズに合わせた地域包括ケアシステムが広がっていくことが必要」と説く

私と老健施設③

【今の私を形成してくれているもの】

* ケアプラン（ケアマネジメント）

- ・ 90年代の老健施設でMDS方式（現在のインターライ方式）を学んだことが最大の「骨」に

* 多職種協働（職種間連携） ・ データヘルス改革（LIFE）

- ・ 90年代の老健施設とリハ専門病院で、心身機能に関するデータ/スケールの重要性、職種間連携の重要性を学んだことが最大の「肉」に

* 高齢者の尊厳

- ・ 90年代の老健施設で痴呆性老人（当時）のケアや「痴呆性老人加算床（回廊式廊下など）」（当時）で実践を経験したことが最大の「血」に

1. 私と老健施設

2. 介護老人保健施設への期待

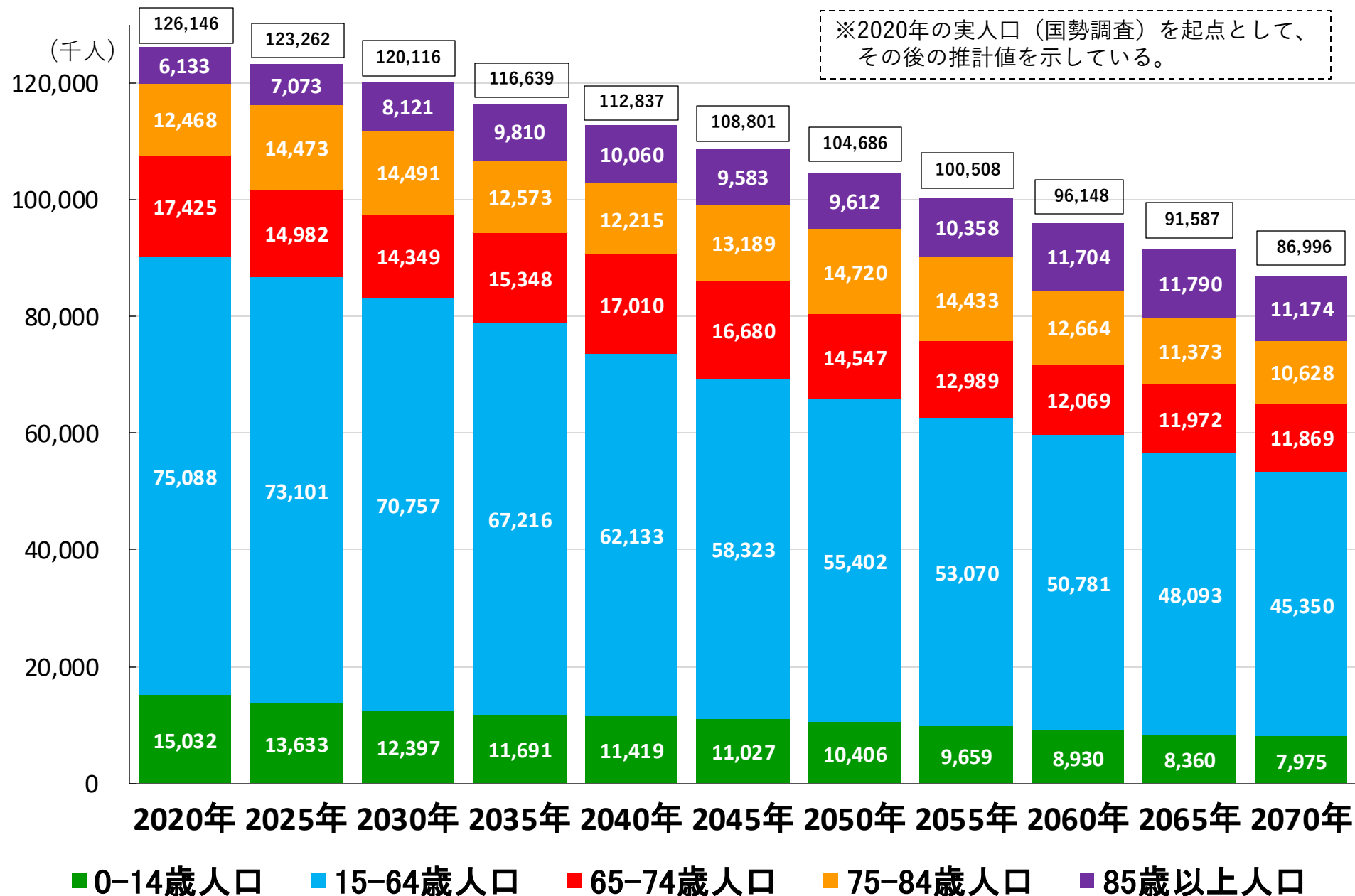
特別養護老人ホームと介護老人保健施設

- 特別養護老人ホーム
 - ・ 創設（1963年）から62年
 - ・ 2023年10月現在 11,065箇所；664,189人（定員）
- 介護老人保健施設
 - ・ 創設（1988年）から37年
 - ・ 2023年10月現在 4,250箇所；369,365人（定員）

介護保険法に法定化されている施設は「介護老人保健施設」！
地域包括ケアシステムを担う最も相応しい存在は「介護老人保健施設」？

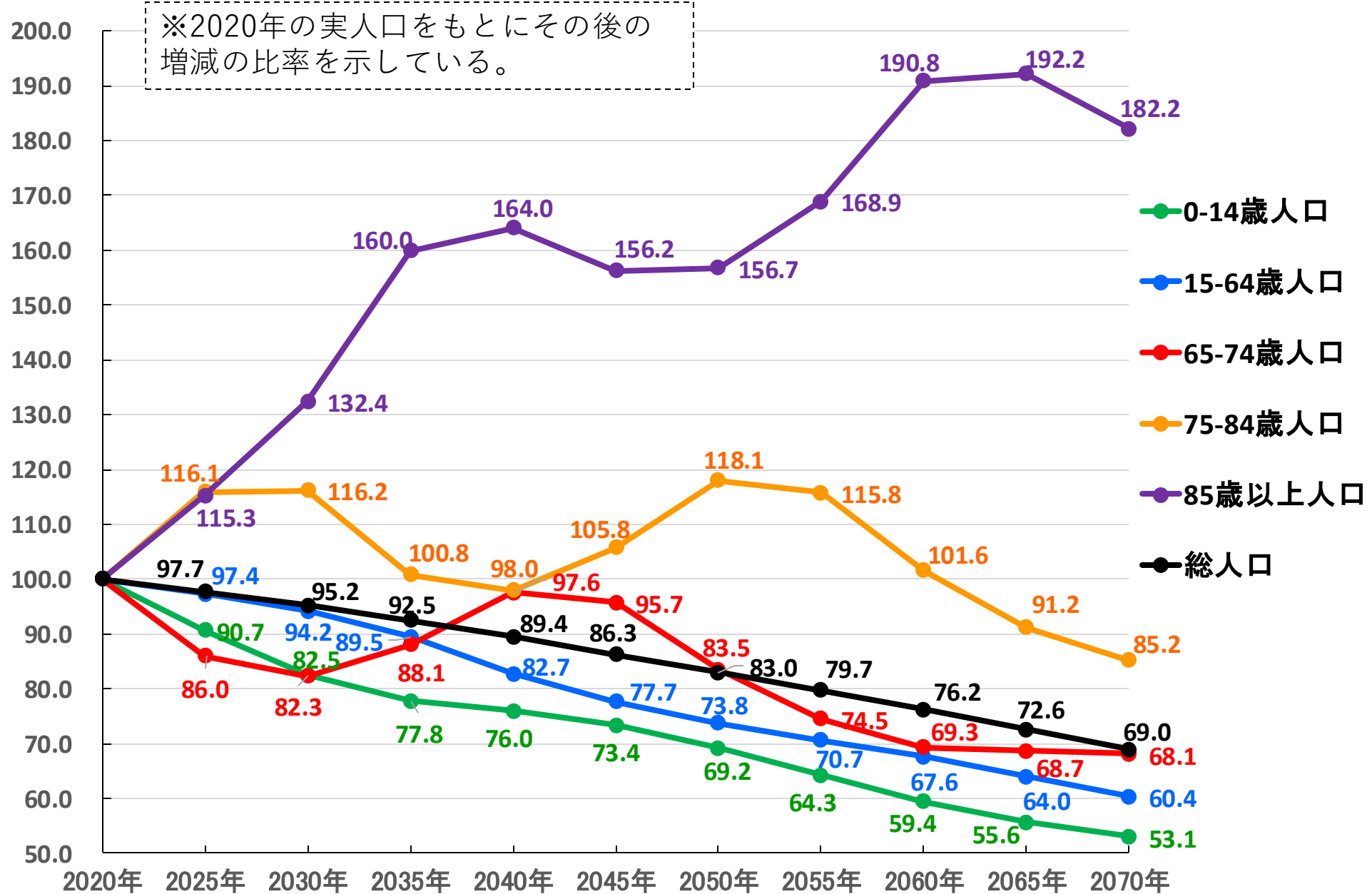
人口の減少/少子高齢化の推計(2023年発表)～年齢階層別の人口数増減

出典:『日本の将来推計人口(令和5年推計・出生中位/死亡中位)』(国立社会保障人口問題研究所,2023)をもとに筆者にて作図



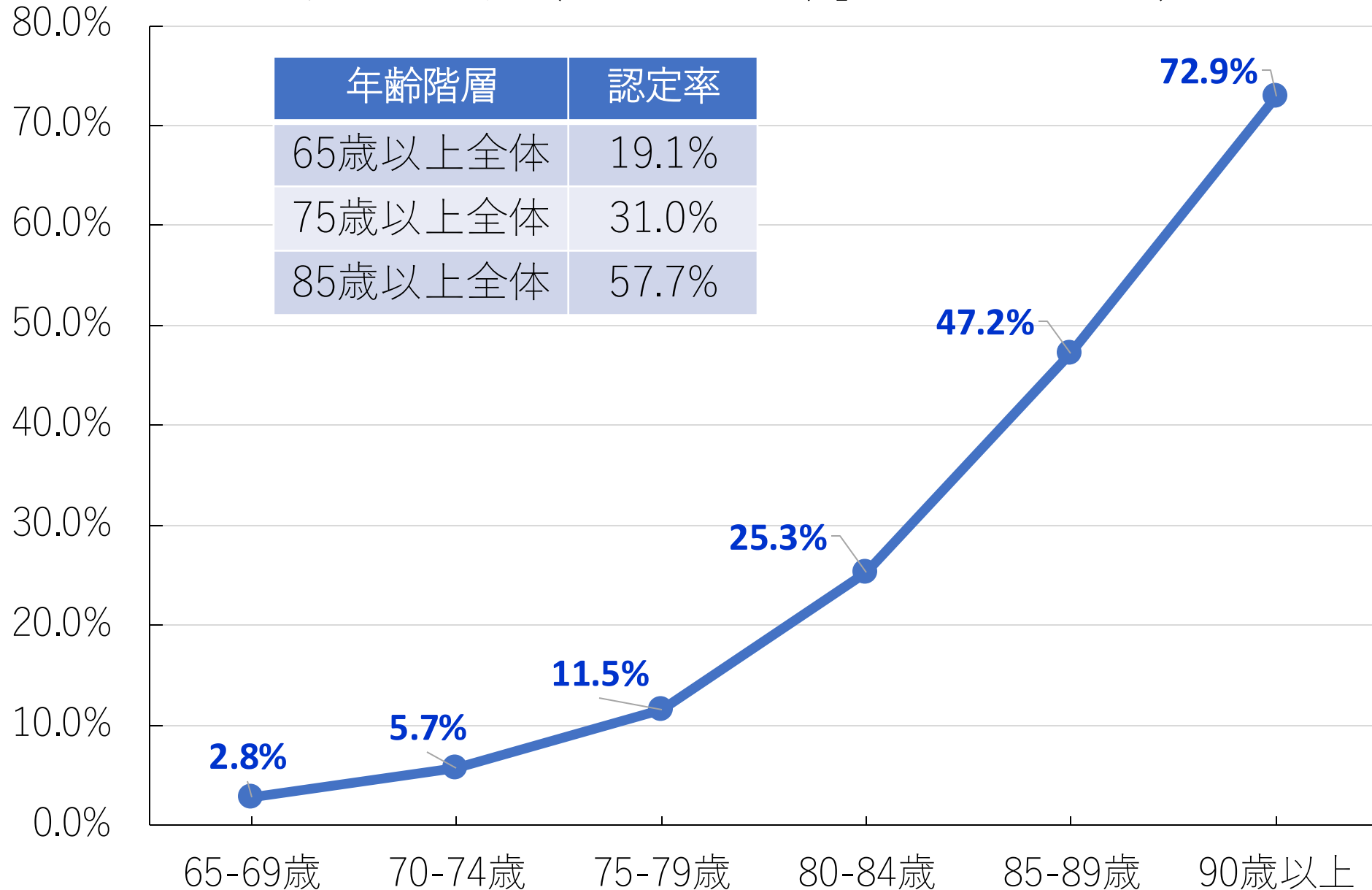
わが国の人口減少と少子高齢化の推計(2023年発表)

出典:『日本の将来推計人口(令和5年推計・出生中位/死亡中位)』(国立社会保障人口問題研究所,2023)をもとに筆者にて作図



年齢階級別の要介護・要支援認定率

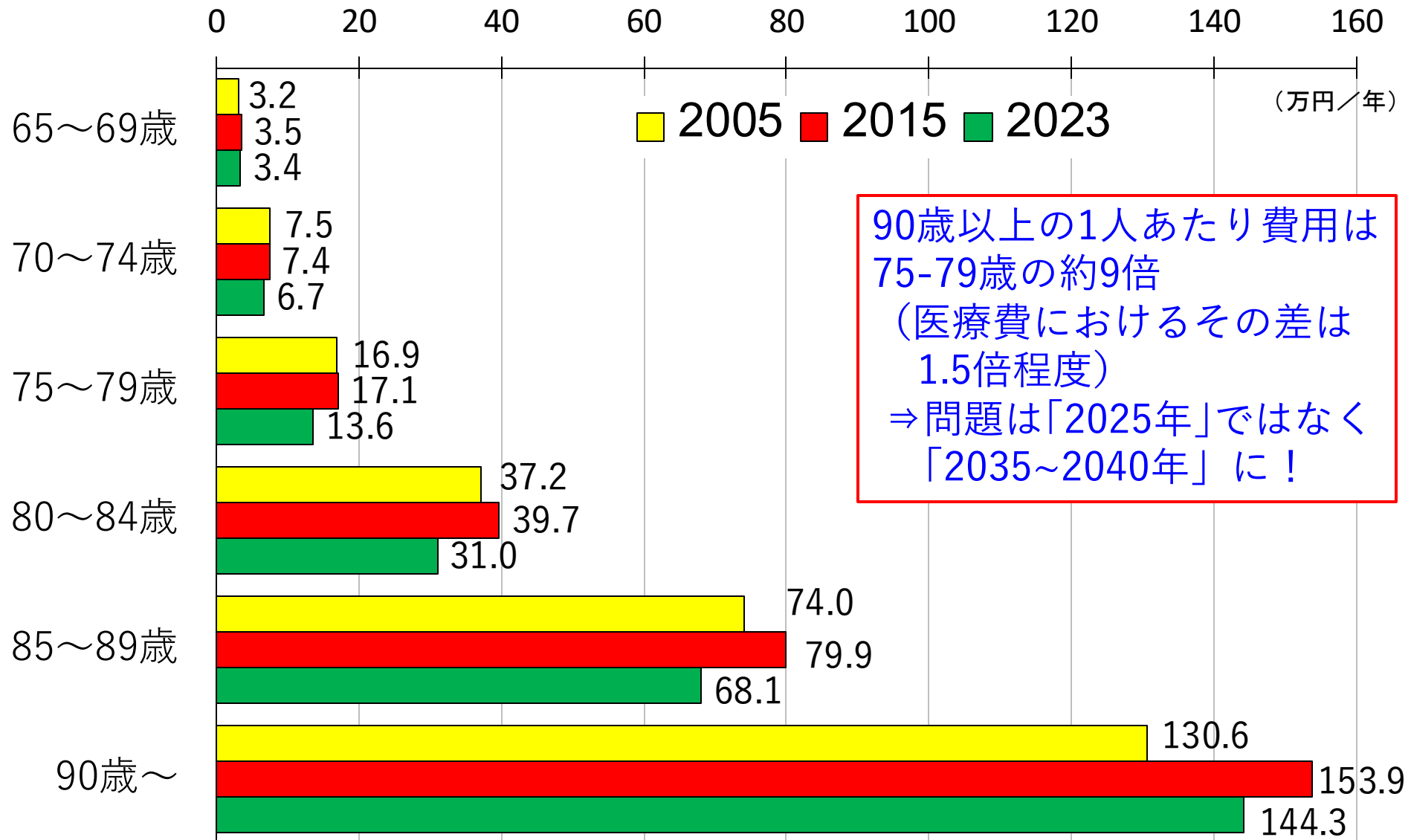
(厚生労働省老健局『介護保険事業状況報告(月報:2023年9月末)』および
総務省統計局『人口推計(2023年10月1日人口)』をもとに筆者にて作成)



年齢階級別1人あたり介護費用の推移（2005/2015/2023）

以下の文献をもとに筆者にて加筆・修正

・池上直己（2017）『日本の医療と介護』 p133,日本経済新聞社



「医療・福祉サービス改革プラン」 (厚生労働省・2019年5月)

- 基本的方向性と目標

- 以下の4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る。

- ① ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革

- ② タスクシフティング、シニア人材の活用推進

- ③ 組織マネジメント改革

- ④ 経営の大規模化・協働化

- これにより、**2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%（医師については7%）以上の改善を目指す**

『医療・福祉サービス改革プラン』で示される
「生産性向上推進」の指標と介護分野での数値目標

【Before：現在】

$$\frac{\text{介護サービス提供量}}{\text{介護従事者の総労働時間}} = \underline{100}$$

【After：2040年】

$$\frac{\text{介護サービス提供量}}{\text{介護従事者の総労働時間}} = \underline{105 \leq}$$

《5%以上の改善》

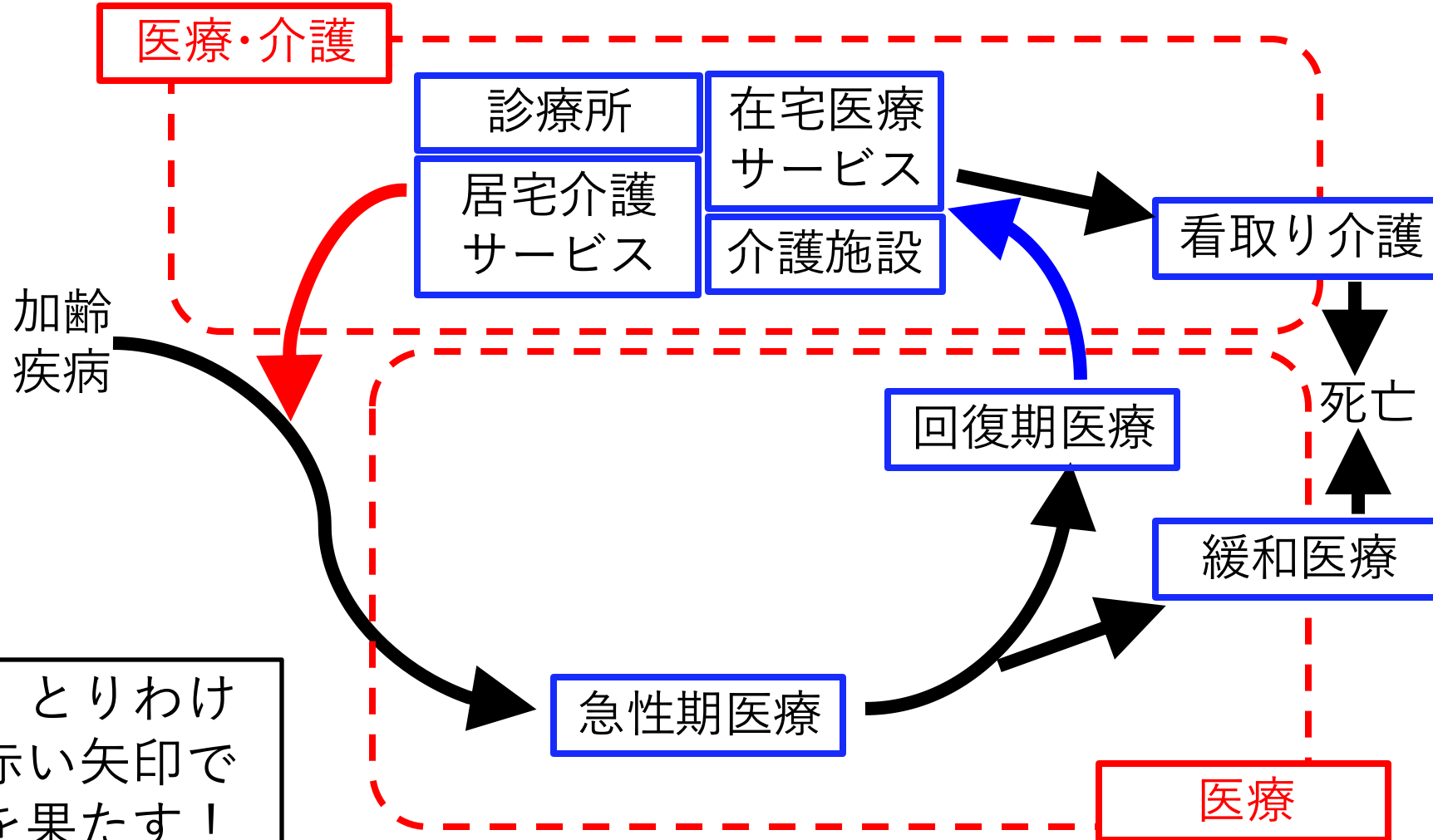
これで2040年を乗り切れるのか？

ケアサイクル

(長谷川敏彦によるものを筆者にて一部改編して作図)

出典：長谷川敏彦「ケアサイクル論－21世紀の予防・医療・介護統合ケアの基礎理論」
『社会保障研究』Vol.1, No.1, pp63-64 国立社会保障・人口問題研究所, 2016

高齢者は死亡するまでに
・男性は3～5回
・女性は5～7回
…の「ケアサイクル」を
繰り返す (長谷川敏彦)



老健施設は、とりわけ
青い矢印と赤い矢印で
重要な役割を果たす！

2. (2) ④ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進①

概要

【介護老人保健施設】

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】
 - ア 入所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
 - イ 退所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
 - ウ 支援相談員の配置割合に係る指標について、支援相談員として社会福祉士を配置していることを評価する。
- また、基本報酬について、在宅復帰・在宅療養支援機能に係る指標の見直しを踏まえ、施設類型ごとに適切な水準に見直しを行うこととする。

算定要件等

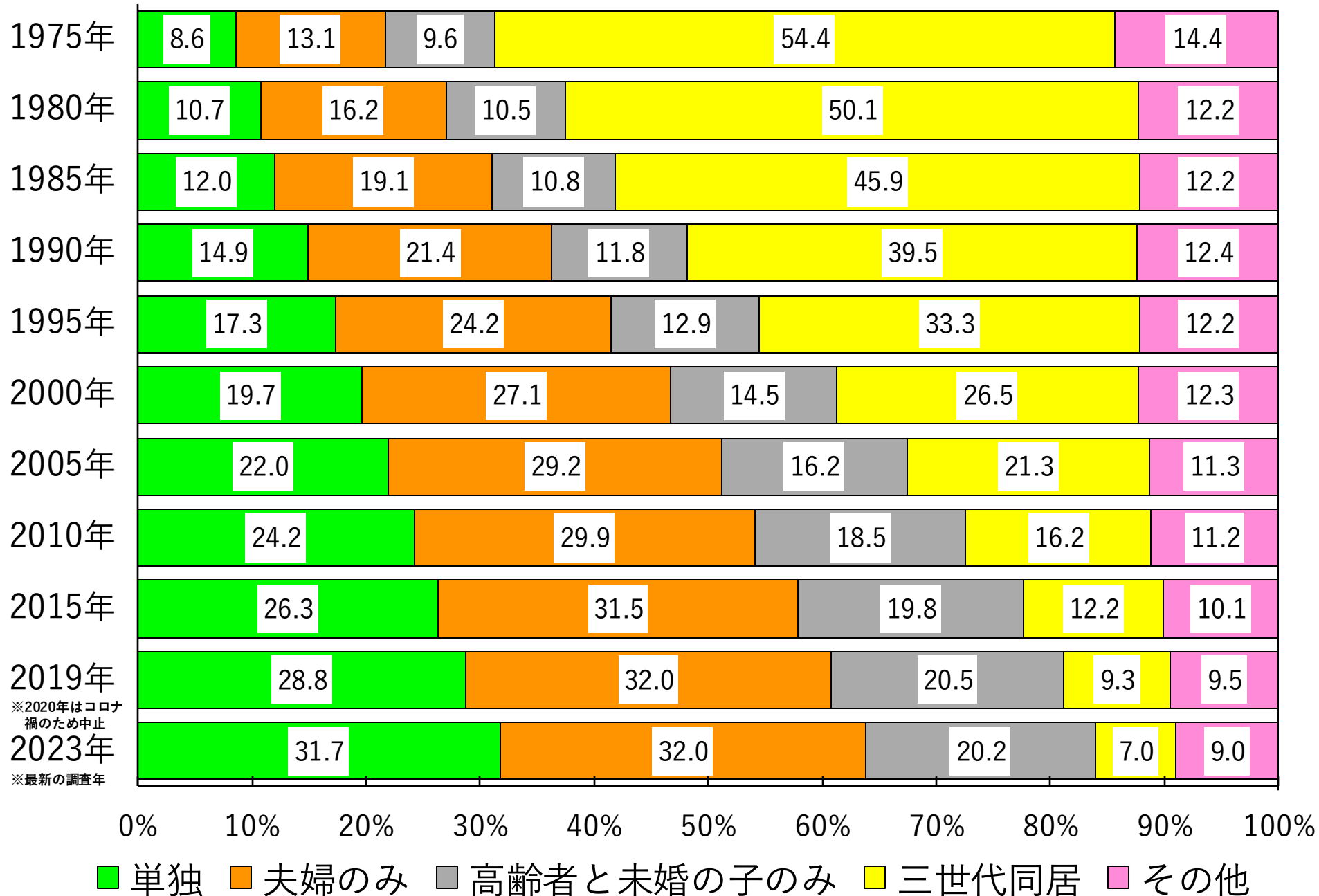
※下線部が見直し箇所

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値（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	30%以上 10 <u>⇒35%以上 10</u>	10%以上 5 <u>⇒15%以上 5</u>	10%未満 0 <u>⇒15%未満 0</u>
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 <u>⇒35%以上 10</u>	10%以上 5 <u>⇒15%以上 5</u>	10%未満 0 <u>⇒15%未満 0</u>
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 5 <u>⇒3以上（社会福祉士の配置あり） 5</u>	（設定なし） <u>⇒3以上（社会福祉士の配置なし） 3</u>	2以上 3 <u>⇒2以上 1</u> 2未満 0
⑧要介護4又は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 5	5%以上 3	5%未満 0

世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯

出典：厚生労働省『国民生活基礎調査』をもとに筆者作図



※2020年はコロナ禍のため中止
※最新の調査年

医療経済学・医療政策学からみた 「介護」の目的のひとつ

- 不要不急の入院(入所)を防止するためのプライマリ・ケアを提供する。
- それにより、利用者のQOLを高める。

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs: 緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費(Ⅰ) 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費(Ⅱ) 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費(Ⅰ)(Ⅱ)は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日(Ⅰ)もしくは10日(Ⅱ)を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費(Ⅰ)>

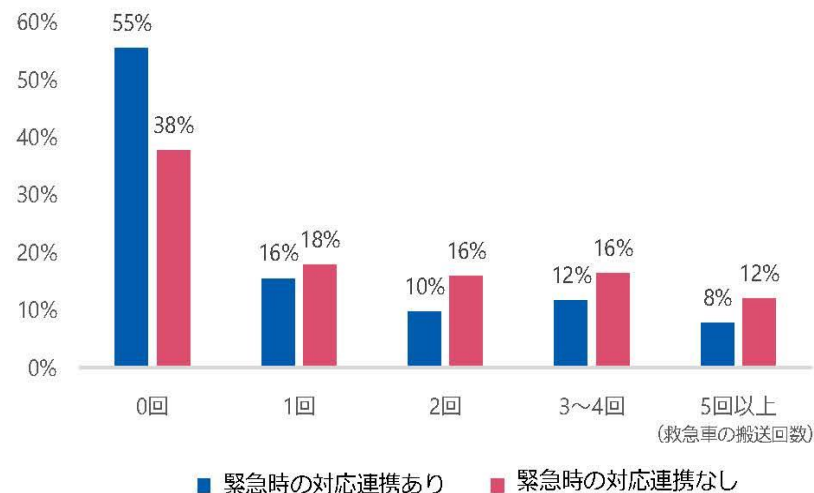
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費(Ⅱ)>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所:「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社(令和4年度老人保健健康増進等事業)データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSCs)

- プライマリ・ケアでの適切な介入により入院を避けられる状態。
- 早期介入により避けられる入院(急性ACSCによる入院),
適切な外来管理により避けられる入院(慢性ACSCによる入院),
予防接種により避けられる入院(予防接種ACSCによる入院)に
大別される。

McDarby G, Smyth B. : Identifying priorities for primary care investment in Ireland through a population-based analysis of avoidable hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *BMJ Open*. 2019;9(11):e028744. doi:10.1136/bmjopen-2018-028744

わが国の介護サービスの現場においては、以下のような疾患を指すことになると考えられる（高野私見）。

- 転倒（骨折）
- 肺炎（誤嚥性肺炎）
- 尿路感染症
- 褥瘡
- 脱水
- 慢性心不全
- 慢性閉塞性肺疾患
- ウイルス感染症 など

昭和百年企画 | 昭和百年企画

📅 2025年11月27日(木) 15:00 ~ 16:50 📍 第1会場 (下関市民会館 1F 大ホール)

[SSP2] 昭和百年企画(2)人と地域を繋ぐ

③講演 「介護保険制度と老健施設の軌跡 ～「これまで」の老健～」

④シンポジウム I 「老健施設の未来へ向かって ～「これから」の老健～」

講師・座長：江澤 和彦 (日本医師会 常任理事/全国老人保健施設協会 理事)

15:00 ~ 15:30

[SSP2-1]

講演 「介護保険制度と老健施設の軌跡 ～「これまで」の老健～」

○江澤 和彦 (日本医師会 常任理事/全国老人保健施設協会 理事)

15:30 ~ 15:50

[SSPSY1-1]

老健施設の未来へ向かって～「これから」の老健～

○松田 晋哉 (福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授)

15:50 ~ 16:10

[SSPSY1-2]

老健施設の未来へ向かって～「これから」の老健～

○堀 裕行 (厚生労働省 老健局 老人保健課長)

令和7年11月27日
下関市民会館



第36回全国介護老人保健施設大会 山口

昭和百年、老健、続く

～ 想いを継ぎ 技を磨き 人を繋ぐ ～

【昭和百年企画（2）人と地域を繋ぐ】

介護保険制度と老健施設の軌跡

～ 「これまで」の老健 ～



公益社団法人全国老人保健施設協会

理事 江澤 和彦



ROKENくん 1

老健施設7モデル施設

老人保健施設のモデル事業は、昭和62年に厚生省（当時）が全国7か所を選定して始まった。このモデル事業は、病院でも福祉施設でもない新しい枠組みとして計画され、社会的入院を減らし、長期入院患者の家庭復帰を目指すための施設として設置された。

都道府県	施設名	会員名
千葉県	老人保健施設晴山苑	平山 登志夫
長野県	佐久総合病院老人保健施設	若月 健一
三重県	小山田老人保健施設	川村 陽一
大阪府	老人保健施設希望ヶ丘	河崎 茂
兵庫県	中町赤十字老人保健施設	志賀 周郎
山口県	老人保健施設青海荘	顚原 健
福岡県	老人保健施設伸寿苑	矢内 伸夫

全国老人保健施設協会 歴代会長

初代会長



矢内 伸夫
平成元年12月～平成7年3月

2代会長



山口 昇
平成7年4月～平成15年3月

3代会長



漆原 彰
平成15年4月～平成19年3月

4代会長



川合 秀治
平成19年4月～平成23年4月

5代会長



山田 和彦
平成23年4月～平成24年6月

6代会長



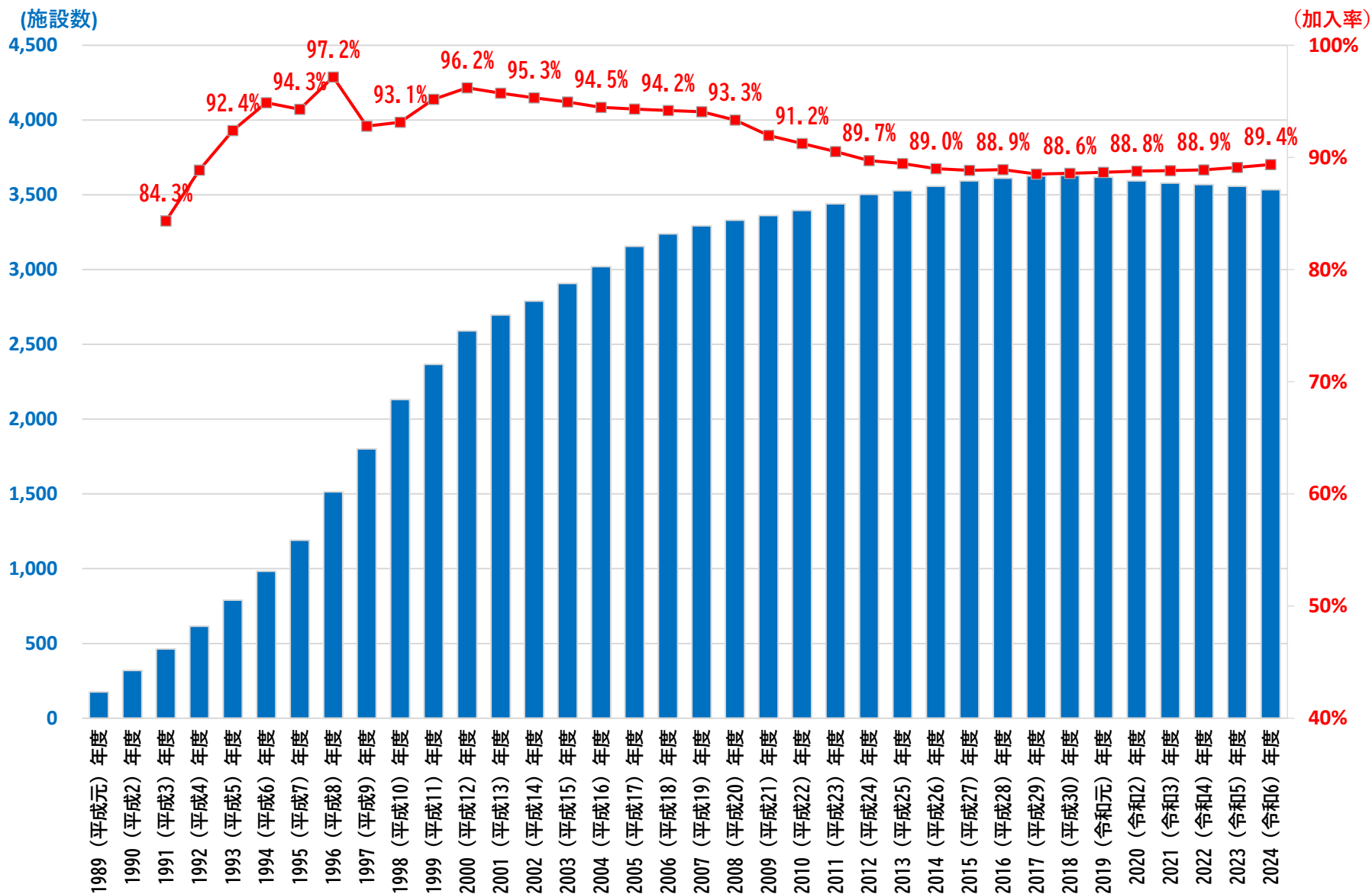
木川田 典彌
平成24年6月～平成26年6月

7代会長



東 憲太郎
平成26年6月～現在

全老健の会員数と加入率の推移



全老健の研修事業

コロナ禍前までは、現地会場集合研修を年間30本程度開催

2019年度研修事業実績

年間約30本

各種研修会

- ・生活行為向上リハビリテーション研修会(2回)[※]
- ・リスクマネジャー養成講座(I・II期)
- ・ケアの質を上げる研修会(1回)
- ・リハビリテーション研修会(1回)
- ・通所リハビリテーション研修会(1回)
- ・看護職員研修会(1回)
- ・看取り研修会(1回)
- ・人材マネジメント塾(1回)
- ・在宅支援・在宅復帰推進セミナー(1回)
- ・安全推進セミナー(1回)
- ・実地研修(全国74カ所:複数コース実施している施設あり)

全国大会研修会(大分 2019年)

- ・サービスの質
- ・認知症
- ・R4システム

※生活行為向上リハビリテーション研修会は全老健、日本医師会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会、全国デイ・ケア協会共催の研修会で各共催団体が研修を開催。上記回数は全老健主催分

※2019年度のリハビリテーション研修会は計画はしていたが、新型コロナウイルス感染症の影響で中止

管理者・医師研修会等

- ・認知症短期集中リハ研修(医師対象)(2回)
(共催:日本医師会、協力:国立長寿医療研究センター)
- ・医師研修会(1回)
- ・管理者(職)研修会(1回)
(後援:福祉医療機構)
- ・介護老人保健施設経営セミナー(共催)(1回)
(主催:福祉医療機構)
- ・老人保健施設管理医師総合診療研修会(I・II期)(5会場)
(共催:日本老年医学会、協力:国立長寿医療研究センター)
- ・老健医療研究会(1回)

中堅職員研修会 老健勤務年数5年程度

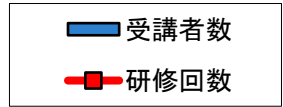
- ・中堅職員研修会(2回)

職員基礎研修会 老健勤務年数2年未満

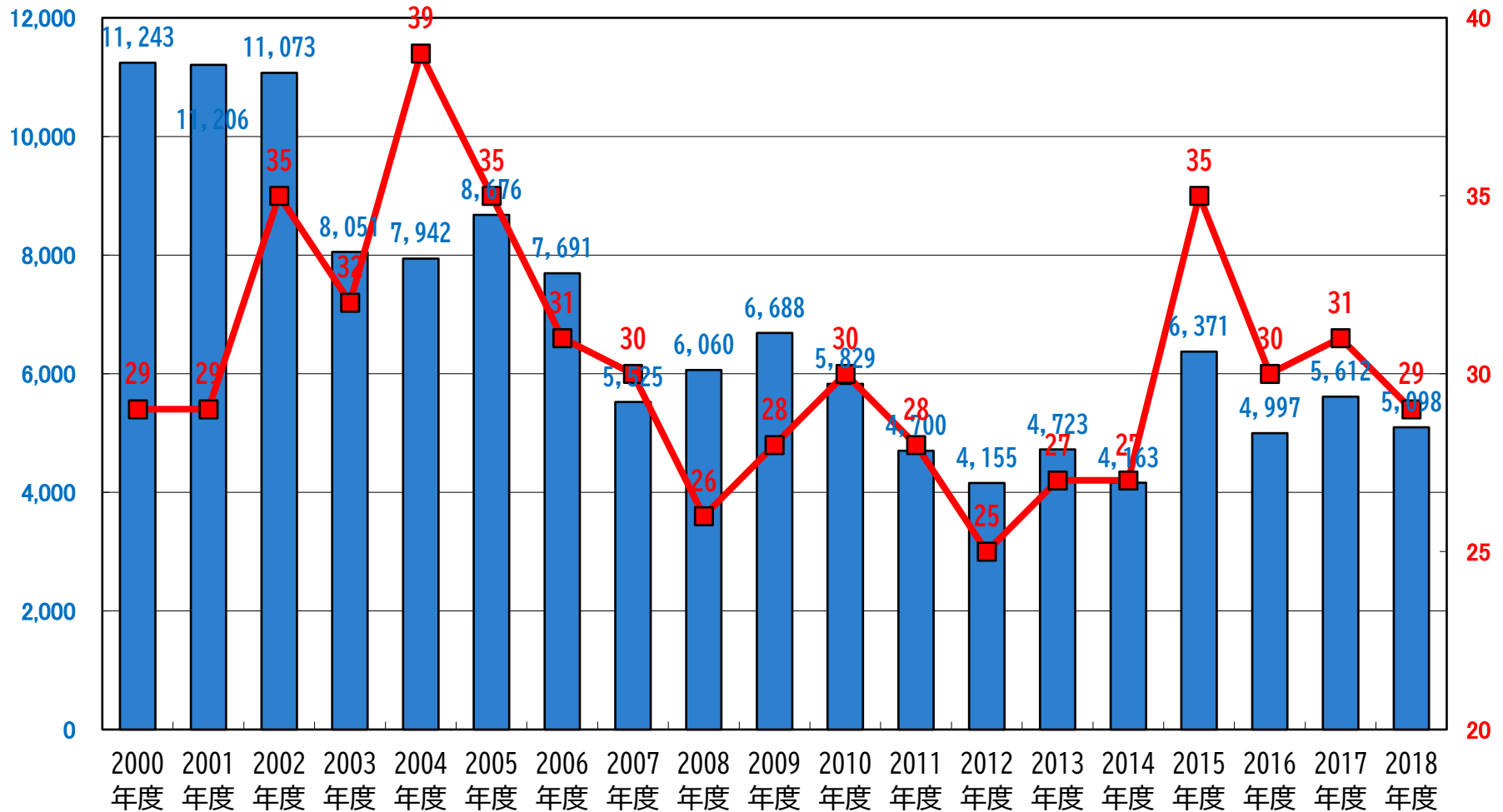
- ・職員基礎研修会(2回)

全老健の主な研修会（改定説明会等含む）の延べ受講者数

受講者数(人)



(回数)



【全老健の歴史】 (介護保険制度施行前後)

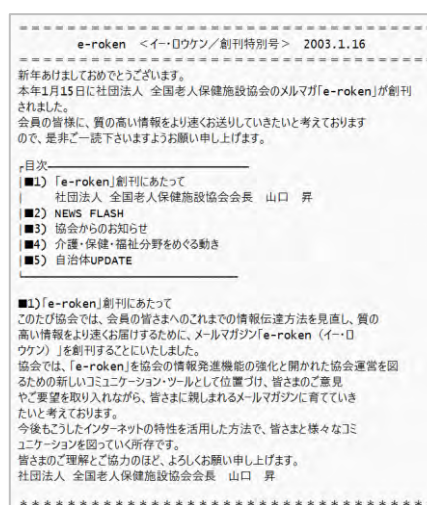
年	月	
1999年 (平成11年)	1月	機関誌『老健』月刊化
	11月19日	創立10周年記念事業 (老人保健施設事業功労者表彰・全老健会長表彰設立)
2000年 (平成12年)	4月	介護保険制度施行
2003年 (平成15年)	1月16日	メールマガジン「e-roken」配信開始
	2月7日	3代 漆原彰会長 選任
2004年 (平成16年)	4月	介護報酬改定
	10月	介護白書創刊
	7月26日	事務所移転 (東京都新宿区四谷 ⇒ 東京都港区芝2-1-28)



機関誌『老健』月刊化



創立10周年記念誌



メルマガ「e-roken」配信開始



介護白書創刊

【全老健の歴史】 (会員3000施設超え)

年	月	
2005年 (平成17年)	1月	「介護老人保健施設の理念と役割」改定
	10月	(食費・居住費外だし)
2006年 (平成18年)	4月	介護報酬改定 (診療報酬同時改定)
	4月	認知症短期集中リハビリテーションが介護報酬の加算に

介護老人保健施設の理念、役割と機能

1. 総合的なケアサービス施設
2. 家庭復帰施設
3. 在宅ケアを支援する施設
4. 地域に開かれた施設



改定

介護老人保健施設の理念と役割

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

01

包括的ケアサービス施設

利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援します。そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。

02

リハビリテーション施設

体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行います。

03

在宅復帰施設

脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努めます。

04

在宅生活支援施設

自立した在宅生活が続けられるよう、介護予防に努め、入所や通所・訪問リハビリテーションなどのサービスを提供するとともに、他サービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努めます。

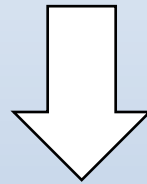
05

地域に根ざした施設

家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応します。市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担います。また、評価・情報公開を積極的に行い、サービスの向上に努めます。

認知症短期集中リハビリテーションの歴史

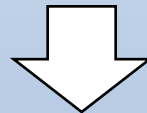
平成16年に全国老人保健施設協会が行った国庫補助事業が始まり



審議会では
「お手並み拝見」と言われた



平成18年に初めて介護報酬上で評価（20分：60単位）



その有効性が確認され平成21年には報酬単価が大幅に上がる（20分：**240**単位）

全老健における認知症短期集中リハビリ等に関する研究事業 等

年度	研究事業名 等	概要
平成16年	介護予防に資する介護老人保健施設における短期集中的リハビリテーションのあり方に関する試行的事業	専門職によるリハの提供により在宅復帰ないしは在宅生活の維持が見込める認知症の利用者に対してリハビリテーションを実施し、その効果等の検証
平成17年	介護老人保健施設における要介護高齢者(障害・認知症)の状態像に合わせた短期集中リハビリテーションのあり方に関する試行的事業	入所者: 個別リハ(20分)+小集団リハ(40分)を週5日以上実施 通所者: 同上を週3日以上実施
<u>平成18年</u>	<u>介護報酬改定</u>	老健だけに認知症短期集中リハビリテーション実施加算が創設。 (対象者: 軽度の認知症(HDS-R等15~25点)で在宅復帰が見込める入所者)
平成18年	認知症短期集中リハビリテーションの実態と効果に関する研究事業	認知症短期集中リハの具体的方法やプログラムおよび効果等の検証 対象者(認知症短期集中リハ加算を算定している入所者) 対照群(認知症短期集中リハ加算を算定していない入所者及び軽度の認知症の特養入所者)
平成19年	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	平成18年度調査で認められた有効性について、対象者等の数を増やし検証を行うこと及び在宅復帰への状況把握 対象者(認知症短期集中リハ加算を算定している入所者) 対照群(認知症短期集中リハ加算を算定していない入所者)
平成20年	認知症高齢者の状態像に応じた認知症短期集中リハビリテーションの効果的な実施に関する研究事業	対象者を中等・重度(HDS-R等5~15点)の入所者に限定し、効果等の検証 対象者(認知症短期集中リハ加算を算定している入所者) 対照群(認知症短期集中リハ加算を算定していない入所者)
<u>平成20年</u>	<u>「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」~報告書~</u> <u>(厚生労働大臣の指示のもとにプロジェクトチームを設置)</u>	【報告書より抜粋】 平成18年4月より、介護老人保健施設において導入された軽度認知症に対する短期集中認知機能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た。
<u>平成21年</u>	<u>介護報酬改定</u>	認知症短期集中リハビリテーション実施加算の対象範囲の拡大 (対象者: 中等度・重度の認知症の入所者へ拡大) (対象サービス: 介護療養型医療施設・通所リハビリテーションへ拡大)

平成18年度以降の研究班では、あらゆる角度から検証ができるよう、外部機関の専門家（我が国の認知症研究の第一人者）の先生方に班員メンバーに加わっていただき、公明性を保つようにした。また厚生労働省の担当課長補佐にも、ほぼ毎回会議にご出席頂いた。

班員の主な外部機関の専門家メンバー

班 長 鳥羽 研二 先生（杏林大学医学部高齢医学教授）
班 員 遠藤 英俊 先生（国立長寿医療センター病院 包括診療部長）
中村 祐 先生（香川大学医学部附属病院精神神経科教授）

オブザーバー：厚生労働省 課長補佐

平成18年4月から老人保健施設のみで試行的に行われた、『認知症短期集中リハビリ』が、認知症に対して極めて有効であることが実証された。

厚生労働省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の報告書にも記載された。

リハビリテーション関連加算の改定経緯(介護老人保健施設)

平成15年度介護報酬改定

リハビリテーション
機能強化加算

12単位→30単位/日へ拡大

リハビリに関する体制加算

- ・ PT・OTを常勤1名以上
 - ・ PT・OT・STを常勤換算方法
入所者を50で除した数以上
- 個別リハビリ計画の作成



平成18年度介護報酬改定

リハビリテーション
マネジメント加算

25単位/日

個別のリハビリのプロセス評価

短期集中リハビリテー
ション実施加算

60単位/日

短期・集中的なりハビリ評価

認知症短期集中
リハビリテーション
実施加算

60単位/回

老健施設にのみ創設

- ・ 軽度の認知症の方が対象者
- ・ 在宅復帰に向けた生活機能回復
- ・ 短期集中的なりハビリ
(入所から3か月以内)



平成21年度介護報酬改定

本体報酬包括

老健施設入所者の約8割が算定

短期集中リハビリテー
ション実施加算

240単位/日へ拡大

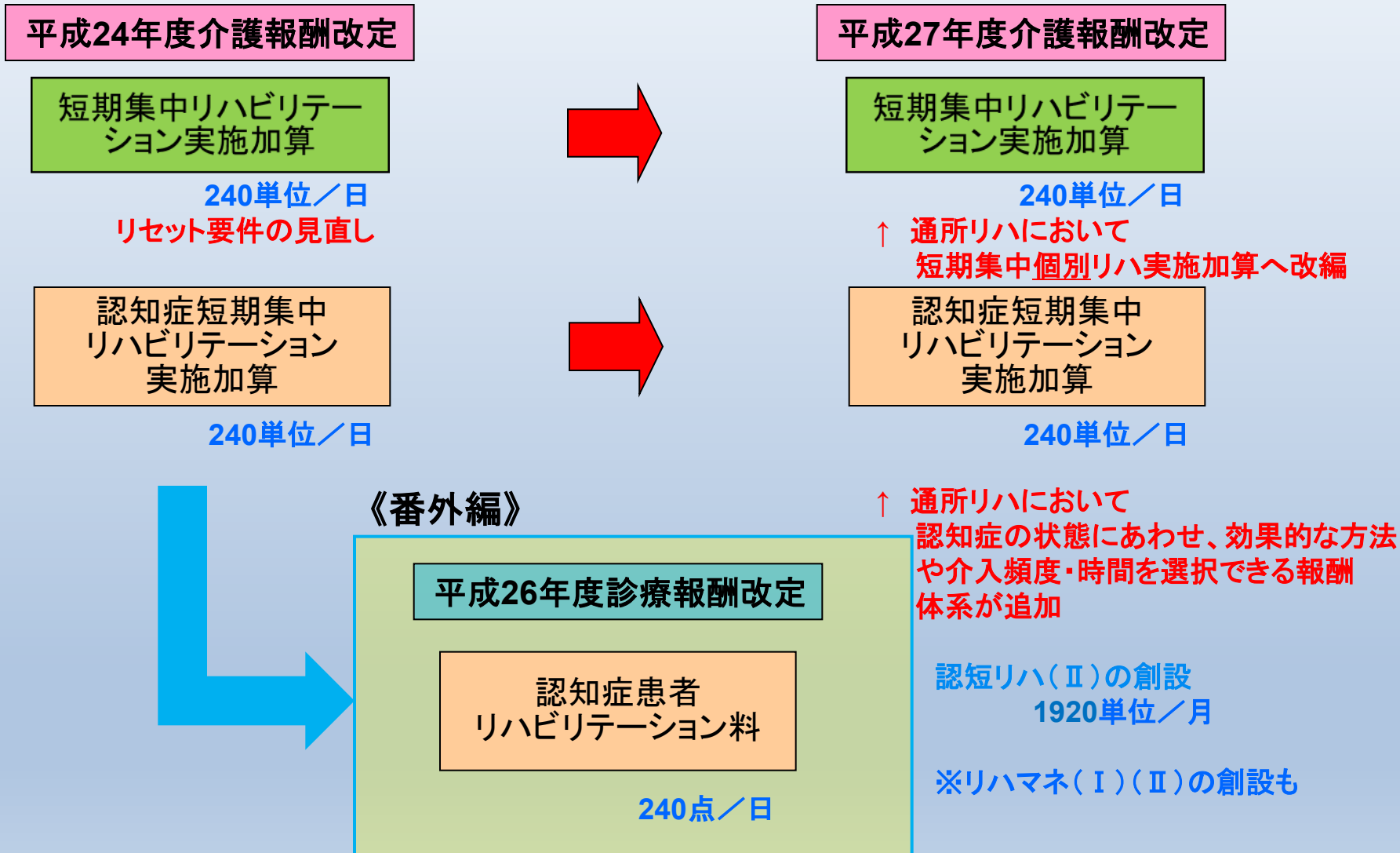
短期・集中的なりハビリ再評価

認知症短期集中
リハビリテーション
実施加算

240単位/日へ拡大

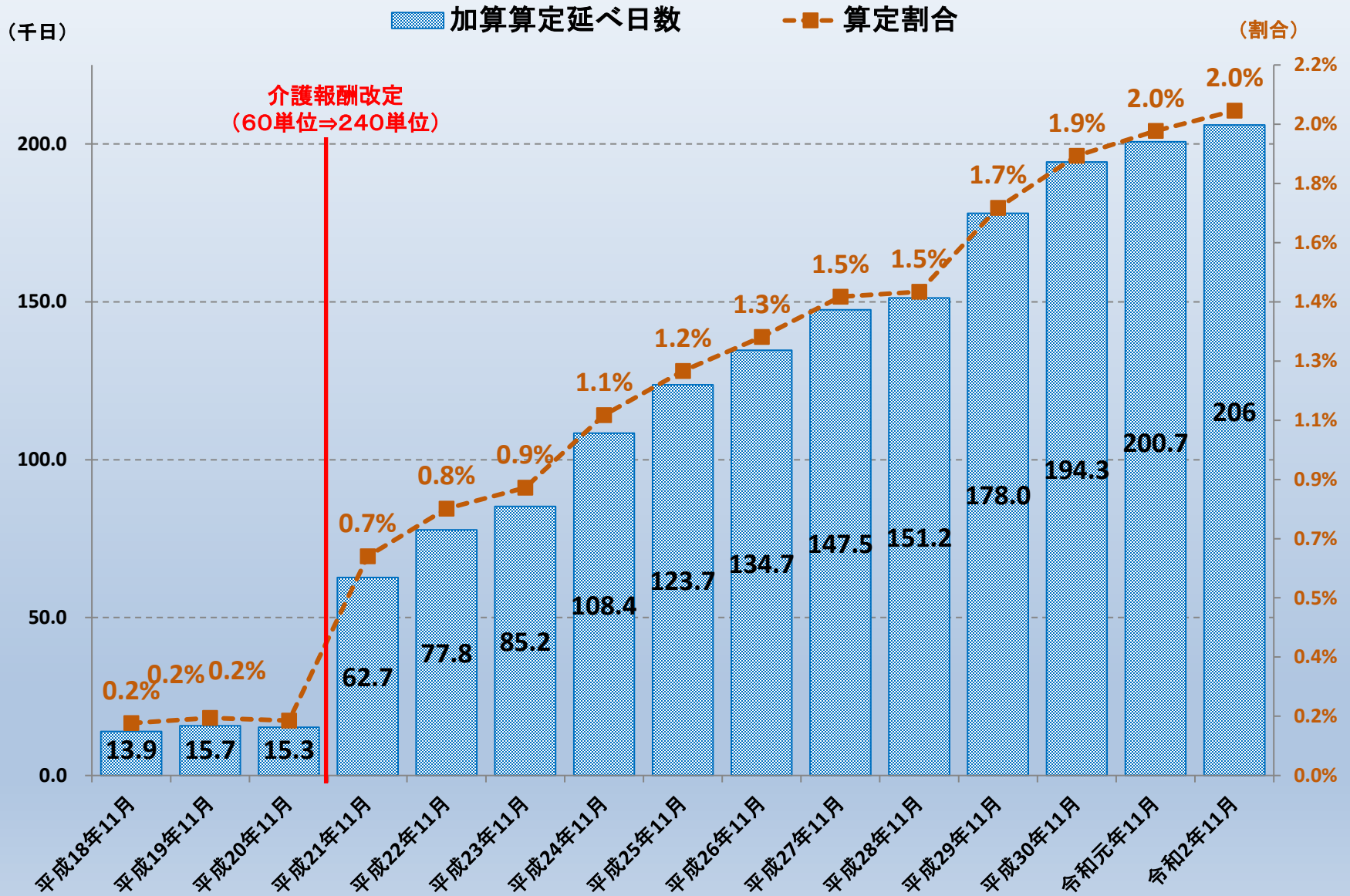
老健・通所リハ・療養型に拡大
中等度・重度の認知症の方も対象

リハビリテーション関連加算の改定経緯(介護老人保健施設)



老健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定状況

【厚生労働省「介護給付費実態調査」をもとに作成】



※11月審査分であり、前月(10月)の実績である。14

認知症対策の推進

重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間に限り加算
100点



入院した日から起算して1月以内の期間に限り加算
300点

認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- ① 認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ② 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

【全老健の歴史】 (署名・集会が介護職員の処遇改善に貢献)

年	月	
2007年 (平成19年)	2月	4代 川合秀治会長 選任
	11月28日	リスクマネジャー資格認定制度スタート
2008年 (平成20年)	3月4日	介護職員の生活を守る署名166万筆を提出
	6月5日	介護職員の生活を守る緊急全国集会
2009年 (平成21年)	4月	介護報酬改定 (介護職員処遇改善交付金)

166万人の熱き想いを国会に！

平成20年3月4日

**「介護職員に『普通の生活』を保障できる給与体系が
可能になるような介護報酬改定の陳情書」を提出！**

平成20年3月4日午前、川合秀治全老健会長、木川典興全老健副会長、内藤圭之全老健常務理事及び河崎茂老健連盟委員長が、全国の都道府県支部から届いた「介護職員の生活を守る署名」を、舛添厚生労働大臣（阿曾沼老健局長渡し）及び額賀財務大臣宛てに、「介護職員に『普通の生活』を保障できる給与体系が可能になるような介護報酬改定の陳情書」とともに提出した。

この署名は、総合計で166万人を超えており、日本の総人口のうち実に約80人にひとりが署名に参加していただいた計算となる。このことは、介護現場の切迫した状況を端的に示しているといえよう。

川合会長は「昨年の支部長会における署名活動実施の決定から、短い準備期間にもかかわらず、これだけ多くの署名を集めていただいたことに対し、ご協力いただいた方々に改めて御礼申し上げます。全老健としてはこの署名を重く受け止め、趣旨の実現に向け活動を行っていく。各支部におかれても、この署名を活かして地元選出の国会議員に働きかけるなど、草の根運動で盛り上げていただきたい」とコメントした。



同署名を副会長（左）に陳情書を手渡し川合会長（中央）

**166万人の署名を無駄にしないよう
地元で『草の根運動』で盛り上げよう!!**

「介護職員の生活を守る署名」を提出

■ 厚生労働省へ提出



厚生労働省同署名を副会長に介護職員の現状を訴える

川合会長は、「現場では、介護職員が『お年寄りを介護する仕事が好きだけど、この給料では所帯がもてない』 といって辞め

ていく、介護職員を募集しても人が集まらない、といった状況だ。たしかに、職員の給与を確保するのはわれわれ経営者の裁量に負うところも多いだろう。しかし、過去2回の介護報酬引き下げは、裁量の余地を奪ってしまった。このまま介護職員が将来に希望を持たず、現場から離れていくといった状況が続けば、介護の担い手がなくなり、制度自体が崩壊してしまう。介護職員に『普通の生活』を保障できるだけの給与体系をつくるためには、もう、介護報酬の底上げしかない。」と訴えた。

■ 額賀財務大臣へ提出



額賀財務大臣（左）に、集められた署名を副に介護職員の現状を訴える川合会長（中央）と木川副会長（右）。

陳情書を受け、額賀財務大臣は、「この問題が国会で取り上げられていることも存



額賀財務大臣（左）に陳情書を手渡し川合会長（中央）、右は木川副会長。

じ上げている。社会保障審議会での議論を踏まえ対応していきたい」と述べた。

介護職員の生活を守る緊急全国集会（平成20年6月5日：日比谷野外音楽堂）



介護職員等に『普通の生活』を！熱き思いが日比谷野音を埋め尽くす
全国から老健施設の仲間たちが3000人 結集！！

緊急集会宣言

本集会は、先の署名活動で集められた**166万人**の魂の叫びを御旗に、「介護職員等の待遇改善」と「事業所の経営状態改善」を求めるものです。

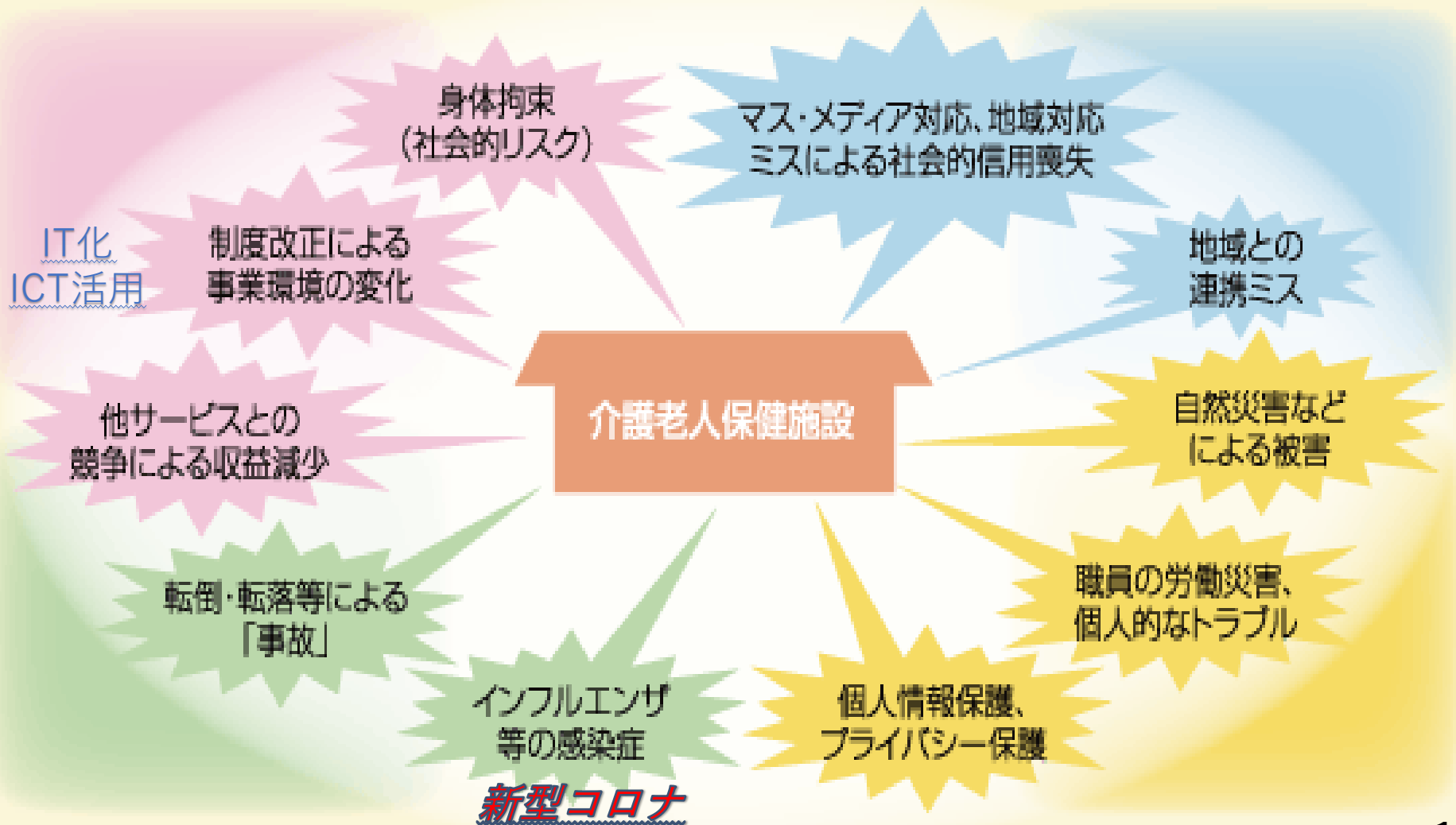
1. 賃金のアップと労働環境の改善を求めます。
2. 事業所経営の健全化のために、介護給付費の増額を要求します。
3. 2200億円の社会保障費の削減の撤廃と老健施設の機能への正当な評価を求めます。

私たちは、これらの要望が通り、経営状態が改善された際には、介護職員等の賃金のアップ、待遇の改善を最優先させることを誓います。

平成20年6月5日 介護職員の生活を守る緊急全国集会

老健施設におけるあらゆるリスクに対応するため
介護老人保健施設リスクマネジャー資格制度を創設

介護施設における安全管理の取り巻く環境について



リスクマネジメント委員会 組織図(例)

介護老人保健施設

リスクマネジメント委員会

苦情受付窓口を設置

RM

※施設の実状のあわせて委員会の委員に管理者・施設長・事務長等が入る。

S 委員長 S 委員長 S 委員長 S 委員長 S 委員長

各種委員会

事故防止対策

身体拘束廃止

感染症対策

個人情報保護

その他

a b c d
● ● ● ●
. . . .

a b c d
● ● ● ●
. . . .

a b c d
● ● ● ●
. . . .

a b c d
● ● ● ●
. . . .

a b c d
● ● ● ●
. . . .

RM リスクマネジャー

S セーフティマネジャー

a b c d

各職種スタッフ

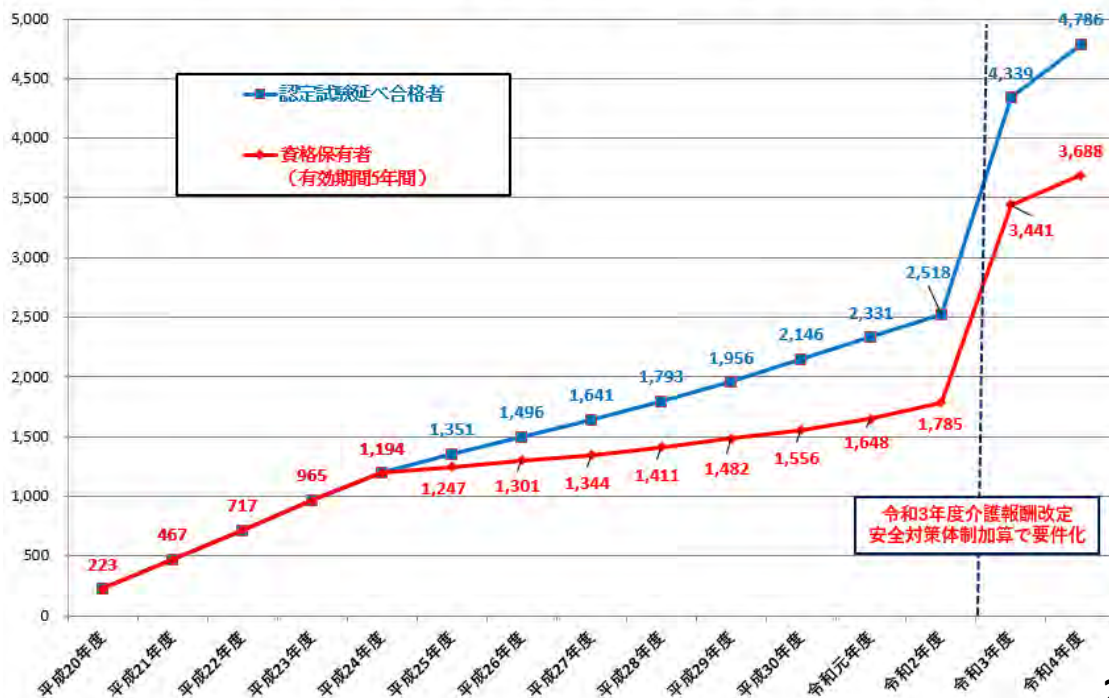
リスクマネジャーの任務

- ①施設内に設置されたリスク管理のための各種委員会の委員長を統括し、各種リスクについて、施設における対応策や改善策等について検討・提言を行う。
- ②リスクマネジメント委員会の委員長を務め、委員会の運営を行う。
- ③施設の管理者に対して、施設におけるリスクに関する提言を行う。
- ④その他のリスク防止に関する注意・啓発・教育・広報などを行う。

介護老人保健施設リスクマネージャー資格試験制度概要

- リスクマネージャー養成講座の受講（毎年2月～3月頃）
（e-learningで全ての講義（30時間）視聴し、リモートでGW 必須）
- ↓
- 資格試験申込（毎年5月下旬頃）
- ↓
- インターネット模擬試験
（毎年5月下旬頃）
- ↓
- 認定資格試験（毎年7月予定）
- ↓
- 合格発表（毎年8月予定）
- ↓
- 5年更新（更新試験 7月頃）

全老健リスクマネージャー合格者(累計)・資格保有者の推移



【全老健の歴史】 (公益社団法人化)

年	月	
2009年 (平成21年)	10月9日	創立20周年記念事業
2010年 (平成22年)	3月19日	新全老健版ケアマネジメントシステム～R4システム～商標登録
2011年 (平成23年)	2月17日	5代 山田和彦会長 選任
	3月12日	東日本大震災災害対策本部を設置
	8月11日	公益社団法人登記完了
	10月25日	東日本大震災復興支援シンポジウム開催
2012年 (平成24年)	4月	介護報酬改定 (診療報酬同時改定) 老健施設3類型評価 (在宅強化型・在宅支援加算型・従来型)



支援物資搬送



災害対策本部



2011.06.02

復興支援シンポジウム



公益社団法人登記



認定書

平成23年1月27日付申請に対し、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成18年法律第50号）第44条の規定に基づき、別紙のとおり公益社団法人として認定する。

特集 公益社団法人を めざして



9月16日の臨時理事会で定款案などが承認された。

社団法人全国老人保健施設協会は、公益社団法人全国老人保健施設協会に生まれ変わることをめざして、これまで定款案の検討などの作業を進めてきた。去る9月16日の平成22年度第1回臨時理事会で、定款案等の修正について承認され、11月10日に岡山で開催される臨時代議員会と臨時総会での承認を得ることとなった。

ここで承認されれば、今年12月から来年1月にも公益認定申請を行い、早ければ来年4月には認定される見通しである。

本特集では、三根浩一郎全老健公益法人改革特別委員会委員長に公益社団法人をめざす意義や定款案のポイントなどについて解説していただいた。

（編集部）

三根浩一郎 全老健 公益法人改革特別委員会 委員長に聞く

全老健は、昨年2月の臨時総会の「公益社団法人をめざして準備を進める」という決定を受けて、公益法人改革特別委員会を中心に定款案、定款施行要領案の作成など、公益社団法人への移行準備を進めてきた。そこで、定款案などのポイント、今後のスケジュールなどについて、三根浩一郎全老健公益法人改革特別委員会委員長（全老健常務理事）に話を聞いた。（編集部）

平成25年11月30日が 般・公益社団法人への移行期限

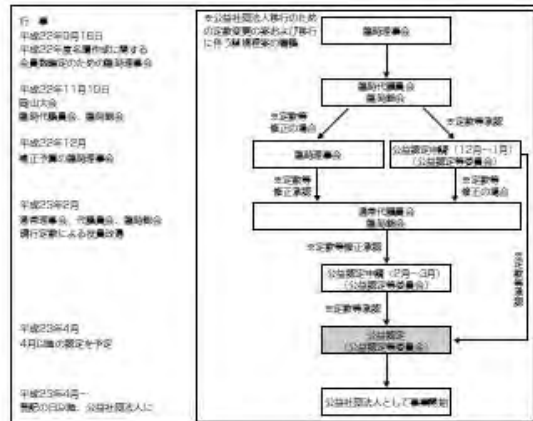
一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（以下、「整備法」）において、移行の特例として、移行期間の満了日である平成25年11月30日までに一般社団法人か公益社団法人に移行する手続を完了しないと、解散したものとなる。法人としては消滅してしまいます。

ではまず、なぜ一般社団法人か公益社団法人に移行しなければならない法律ができたのでしょうか。

三根：民法が定める公益法人については、かつてからいろいろ問題点が指摘されてきました。第1に、主務官庁の指導・監督などの関与が強いので、行政の権限の弊害や天下りに利用されるなどの問題です。

第2に、公益法人が公益目的以外の仕事をし、非営利の団体が営利行為をしているなどの不透明さの問題です。

この2点が新しい制度が生まれた大きな背景です。そこでこれからは内閣府と都道府県知事のもとで、一定の公益基準によって公益性を判断するという一元的管理がなされるようになります。



岡山大会の臨時代議員会・総会で 間接決定をめざす

三根：移行のスケジュールですが、間にあるように、9月16日の臨時理事会で公益社団法人移行のための定款変更案および移行に伴う経理取組の整備を行いました。11月の「第1回全国介護老人保健施設大会岡山」での臨時代議員会と臨時総会を経て、定款等が承認されれば、12月といわず

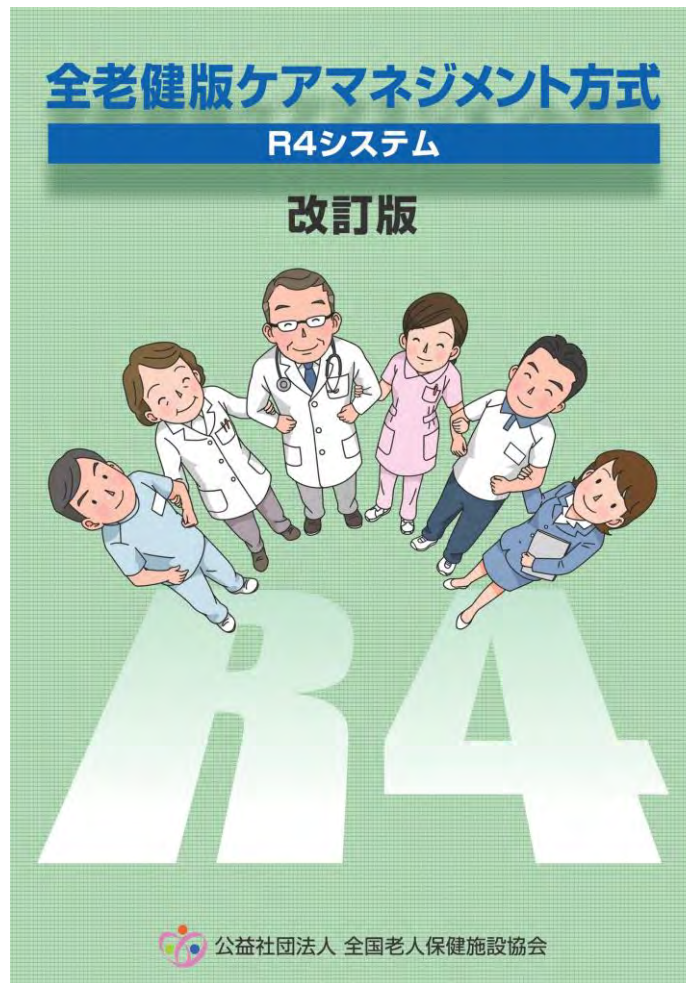
来年1月に公益認定申請します。仮に臨時総会で定款等の修正があった場合には、再度、臨時理事会を開き、来年2月の選挙代議員会・臨時総会で定款修正等の承認を募集後、公益認定の申請を今年度中に行う予定です。

委員の皆さんのご理解とご協力をぜひともお願いいたします。

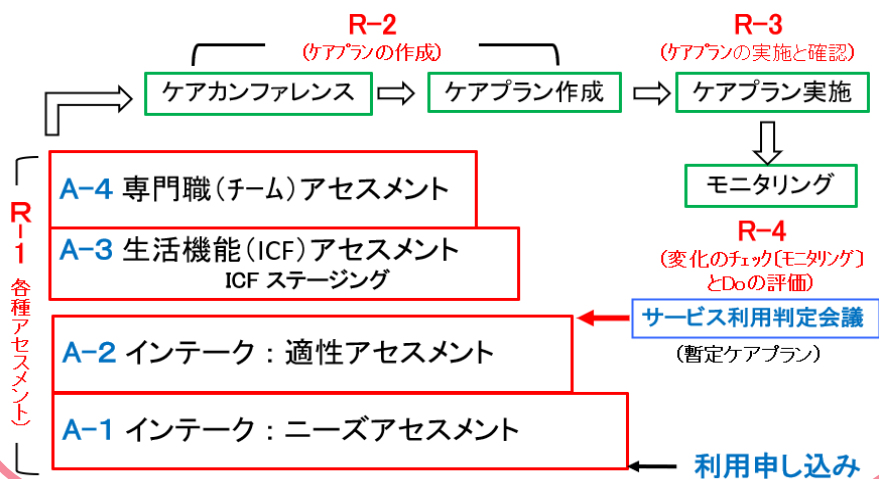
2010 (平成22) 年創刊



2014 (平成26) 年改訂



新全老健版 ケアマネジメント方式
～ R4 システム ～



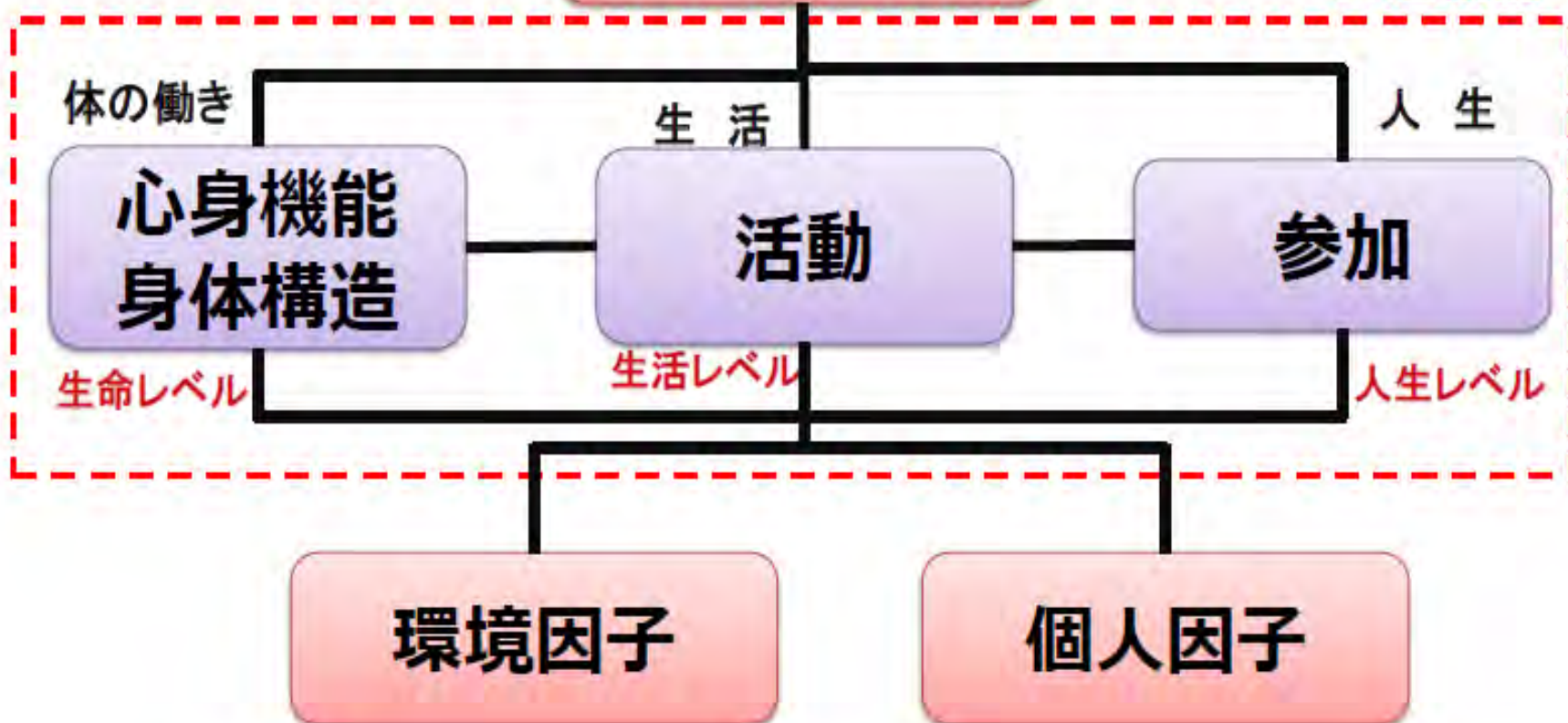
国際生活機能分類 (ICF)

生活機能構造モデル

2001年5月に開かれたWHOの総会で採択された「機能」に関する分類

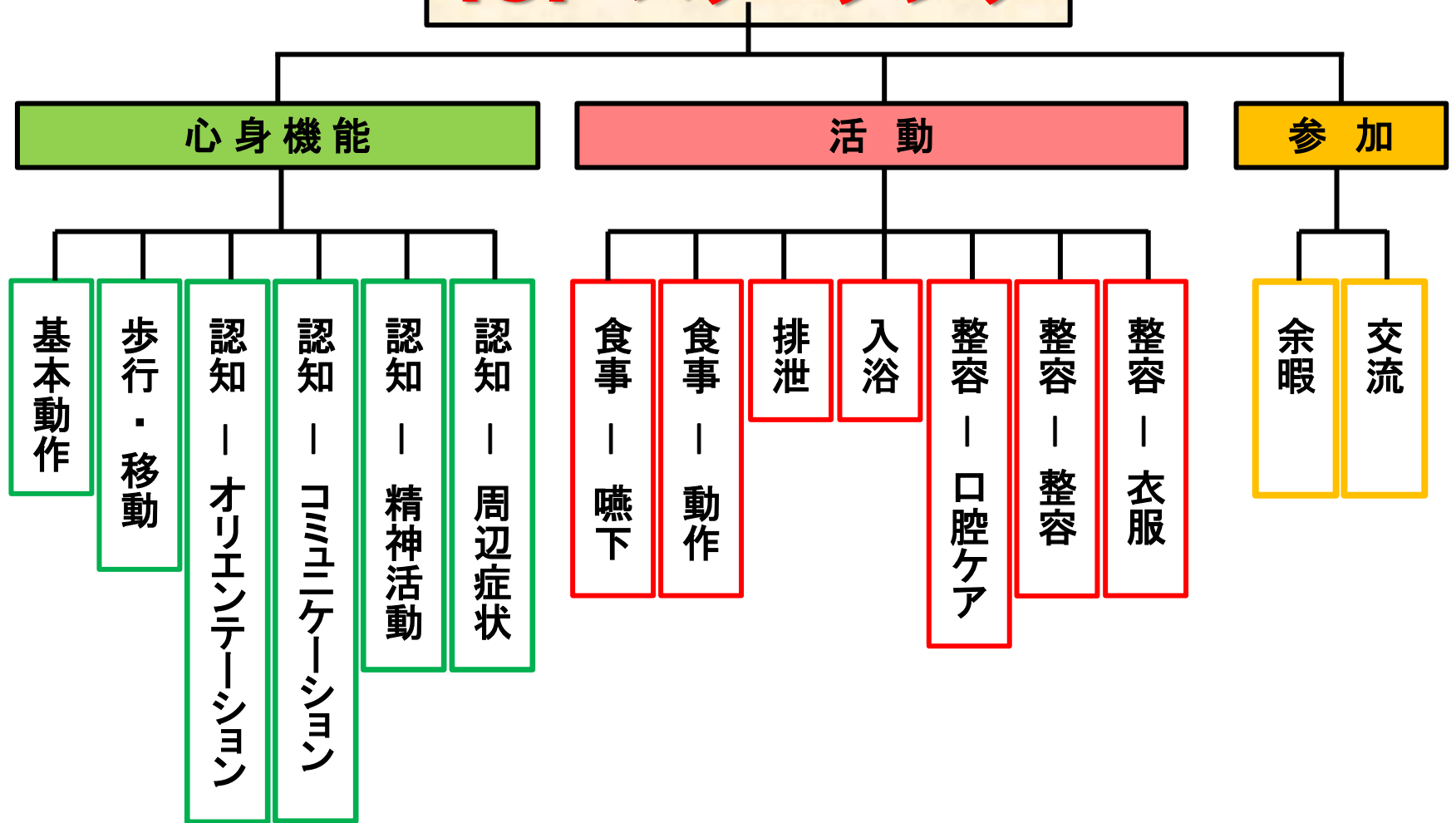
健康状態

生活機能






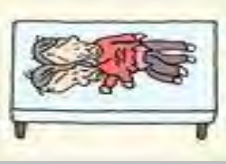

約1500項目に分類されている

ICF ステージング



- ① 「している」「していない」の評価で、心身機能・活動・参加について簡易に評価できる。
- ② 認知症においては、主として認知機能の残存能力を評価している。

基本動作

		ステージ	状態	状態のイメージ
立位の保持	つかまらずに一定の時間立位を保つこと。	5	両足での立位の保持を行っている。	
			↑	
			↑	
			↓	
		4	立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りを行っている。	
座位での乗り移り	車椅子などからベッドへ移動する時のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の座面へと移動すること。		↑	
			↓	
			↓	
		3	座位での乗り移りを行っていないが、座位(端座位)の保持は行っている。	
座位(端座位)の保持	ベッド等に、背もたれもなく“つかまらない”で、安定して座っていること。(端座位)		↑	
			↓	
			↓	
		2	座位(端座位)の保持は行っていないが、寝返りを行っている。	
寝返り	寝返りをする事(つかまらず)・つかまらずに関わらず)。		↑	
			↓	
			↓	
		1	寝返りを行っていない。	

多職種
協働

目標

改善

目標

改善

目標

改善

現状

「行っていること」のステージを選び、その番号を記録

R4システム(ICFステージング)経過

平成22年2月	第33回通常代議員会において「R4システム」の承認
平成22年11月	第21回全国介護老人保健施設大会岡山において「R4システムテキスト」発行「ICFレベルアセスメント」マニュアル作成
平成23年1月	R4システム電子化シート（単独版）公表
平成23年3月	R4システム電子化シート（単独版）改訂・（共有版）公表
平成24年12月	「ICFレベルアセスメント」に社会参加（余暇・交流）項目追加 R4システムにリハビリテーション実施計画書追加 R4システムに通所リハビリテーション版シート追加 R4システム ソフトベンダーへの使用許諾開始
平成25年2月	英語論文採択 BMC Geriatrics, Vol.13 「ICFステージング」 英語論文採択を機に「ICFレベルアセスメント」→「ICFステージング」へ 厚生労働省老健局老人保健課長事務連絡「要介護高齢者の生活機能評価の検討等に資する情報提供について」
平成25年6月	世界老年学会議（IAGG 2013）World Congress of International Association of Gerontology and Geriatrics（IAGG）「ICFステージング」を公表
平成25年7月	「ICFステージング」マニュアル改訂 排泄のステージの文言等修正
平成25年11月	国庫補助金事業「施設退所後の要介護高齢者が在宅生活を継続するための要因に関する調査研究事業」において居宅の介護支援専門員に「ICFステージング」を用いて利用者进行评估
平成25年12月	「ICFステージング」マニュアル改訂（イラストカラー化）
平成26年1月	厚生労働省老健局老人保健課実施事業「介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業」において、R4システム（ICFステージング）を活用している老健施設よりデータを収集・分析し、状態像が改善した入所者に対して行われたケアの内容を調査し、ケアの質の評価（事業所評価等）に資する指標を検討
令和6年4月	『ICFステージング』が自立支援促進加算（老健）の必須項目に、 科学的介護推進体制加算 の任意項目に位置付けられる。

【全老健の歴史】 (公益社団法人化 第1期以降)

年	月	
2012年 (平成24年)	6月29日	6代 木川田典彌会長 選任
2013年 (平成25年)	1月15日	老健施設ビジョンワークショップ開催
	3月11日	厚生労働大臣から東日本大震災の支援活動について感謝状授与
2014年 (平成26年)	3月	第1回 老人保健施設管理医師（総合診療）研修会 開催
	6月27日	7代 東憲太郎会長 選任
	8月11日	全老健FAXニュース配信
	12月24日	介護従事者の生活と人生を守り、利用者へのサービスの質を確保するための署名 144万筆
2015年 (平成27年)	1月8日	「介護」を育む緊急全国集会を開催
	2月1日	事務所移転（東京都港区芝公園2-6-15）
	4月	介護報酬改定



開会の挨拶をする
木川田典彌全老健会長

田中滋氏

松田雅彦氏

田井正彦老人保健課長



講演会には多くの参加者から賛賞があがった



ワークショップのテーマを発表する高野清全老健副会長

FAXニュース No.1

<速報>
全老健FAXニュース vol.1
（5月） 全老健 老人保健課長 田井正彦

在宅支援が報われる報酬体系を！
第105回社会保険審議会介護給付費分科会が開催

【分科会における重要発言事項】

- 老健は改善のための内閣府が足りない！
- 在宅医療・在宅療養支援へ、インセンティブを！
- 老健の連携機能に適切に評価と報酬拡大を！

1. 開設後10年をピークに改善等の必要な施設が多いが、資金調達が困難

【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い
【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い
【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い

【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い
【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い
【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い

【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い
【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い
【施設数】10年をピークに減少傾向にある施設が多い

【署名及び要望書の提出】

平成26年12月24日から25日にかけて、全老健は1,425,391筆の署名と「老健施設の利用者へのサービスの質を確保し、介護従事者の処遇改善が可能になるような介護報酬改定の要望書」を提出



【提出先】

内閣	自由民主党
安倍 晋三 内閣総理大臣	二階 俊博 総務会長
世耕 弘成 内閣官房副長官	稲田 朋美 政務調査会長
麻生 太郎 財務大臣	田中 和徳 組織運動本部長
塩崎 恭久 厚生労働大臣	

【「介護」育む緊急全国集会】

平成27年1月8日、「介護従事者の生活と人生を守り、利用者へのサービスの質を確保するための署名」活動の集大成として、「『介護』を育む緊急全国集会」を日比谷公会堂にて開催し、全国から2,000名を越える参加者が集まった。



中村秀一氏(国際医療福祉大学大学院教授)、栃本一三郎氏(上智大学教授)の提言、賛同団体挨拶や国会議員からの応援メッセージがあった他、全国の介護従事者の代表として4都府県(福島県、東京都、大阪府、沖縄県)から現場の状況が報告された。

※集会の様子は、NHK、日本テレビ、TBSのニュース等で放映された他、大手新聞社や専門誌等で報道された。

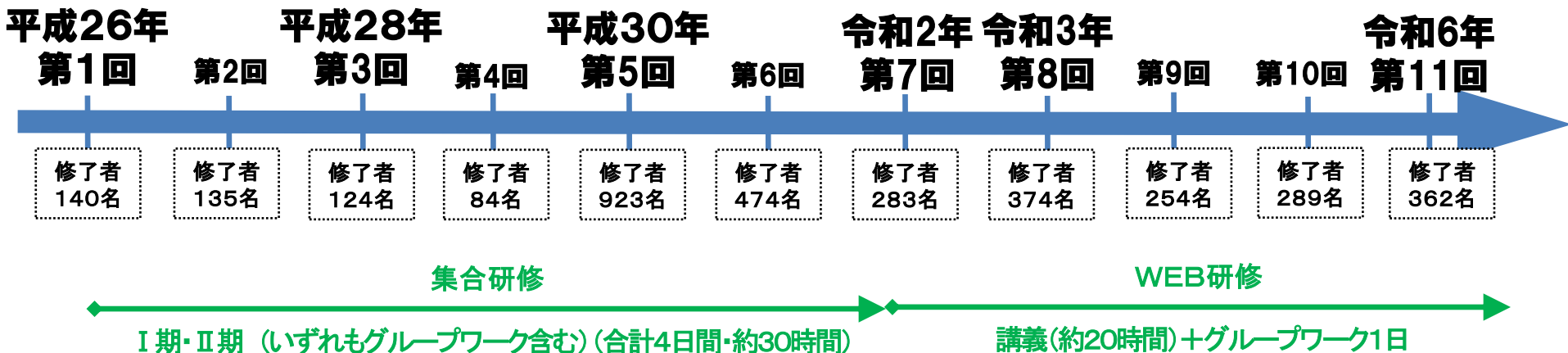
老人保健施設管理医師総合診療研修会

主催：日本老年医学会 協力：国立長寿医療研究センター

共催：日本老年医学会、全老健

運営協力：全老健

協力：国立長寿医療研究センター



報酬上の評価

(評価以前に研修会を創設)

診療報酬

「総合評価加算」の要件

(令和2年からは「総合機能評価加算」)

介護報酬「所定疾患施設療養費(Ⅱ)」の要件

「抗菌薬」「薬剤耐性菌」「带状疱疹」の講義追加

蜂窩織炎の講義追加

心不全の講義追加

介護報酬

「かかりつけ医連携薬剤調整加算」の要件

これまでに延3700名以上の
老健施設の管理医師が本研修を修了

【全老健の歴史】 (平成から令和へ)

年	月	
2016年 (平成28年)	4月15日	熊本地震対策本部設置
2017年 (平成29年)	1月10日	安全優良職長厚生労働大臣顕彰に老健施設から受賞者
	6月2日	介護保険法改正 (老健施設の定義：在宅支援を明確化)
	11月15日	介護関係団体、職能団体の一致団結による「介護の現場を守るための署名」181万筆
2018年 (平成30年)	4月	介護報酬改定 (診療報酬同時改定) 老健施設5類型評価 (超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他型)
2019年 (令和元年)	5月30日	LINE公式アカウント開設
	8月1日	創立30周年事業

熊本地震災害支援 (福岡拠点)



LINE公式アカウント開設

あなたのスマホにいち早くお届けします

公益社団法人 全国老人保健施設協会
LINE
公式アカウント
はじめました。

研修会情報や全国大会のお知らせなど最新情報がメッセージが届きます

画像をタッチするといつでも詳細が確認できます

友だち登録方法
右のQRコードをLINEアプリ上の「友だち追加」画面から「QRコード」をタップして読み取り、「追加」ボタンを押してください。

創立30周年事業

記念式典次第

(富士～石橋) 15:00～16:20

映写 30年の歩みと動画
主催者挨拶 公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東郷太郎
来賓挨拶 厚生労働大臣 橋本 岳
公益社団法人日本医師会 会長 橋本 健武
社会福祉士全国社会福祉協議会 会長 清原 真

感謝状贈呈
講演 「地域包括ケアシステムの深化と老人保健施設の役割：何を守り、何を果たなくてはならないか」
埼玉医科大学 理事長・医療機能大学名譽教授 田中 誠

記念祝賀会

(大雪～立山) 16:30～18:00

主催者挨拶
来賓挨拶 乾 梓
祝 賀

感謝状贈呈

元副専 堀原 修哉 福岡公認会計士事務所 所長
元理事 堀見 直三 元専修学校 校長 校長
理事 高野 繁二 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 理事長
元理事 長谷川 信雄 光野豆腐山温泉病院 名譽院長

五十賀集

介護の現場を守るための署名

181万筆超の署名集まる！！

11月15日、介護関連団体とともにおこなった「介護の現場を守るための署名」181万筆とともに、「介護の現場を守るための財源確保の要望書」を内閣総理大臣(菅官房長官)、財務大臣、厚生労働大臣に提出しました。

【署名賛同団体】

- ・全国デイ・ケア協会
- ・全国老人福祉施設協議会
- ・日本介護福祉士会
- ・日本言語聴覚士協会
- ・日本認知症グループホーム協会
- ・日本理学療法士協会
- ・全国老人クラブ連合会
- ・全国老人保健施設協会
- ・日本看護協会
- ・日本作業療法士協会
- ・日本福祉用具供給協会

【署名協力団体】

- ・認知症の人と家族の会
- ・高齢者住まい事業者団体連合会

菅官房長官

麻生財務大臣



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

改正

（平成29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

【 省令 】 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（厚生省令第40号） （平成11年3月31日）

（基本方針）

第一条 介護老人保健施設は、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により、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、**その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。**

これまでは運営基準(厚生省令第40号)により、老健施設の「在宅復帰」が定義付けられていたが、今回の改正において、上位概念である介護保険法(根拠法)によって、「在宅支援」が明示された。

- **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



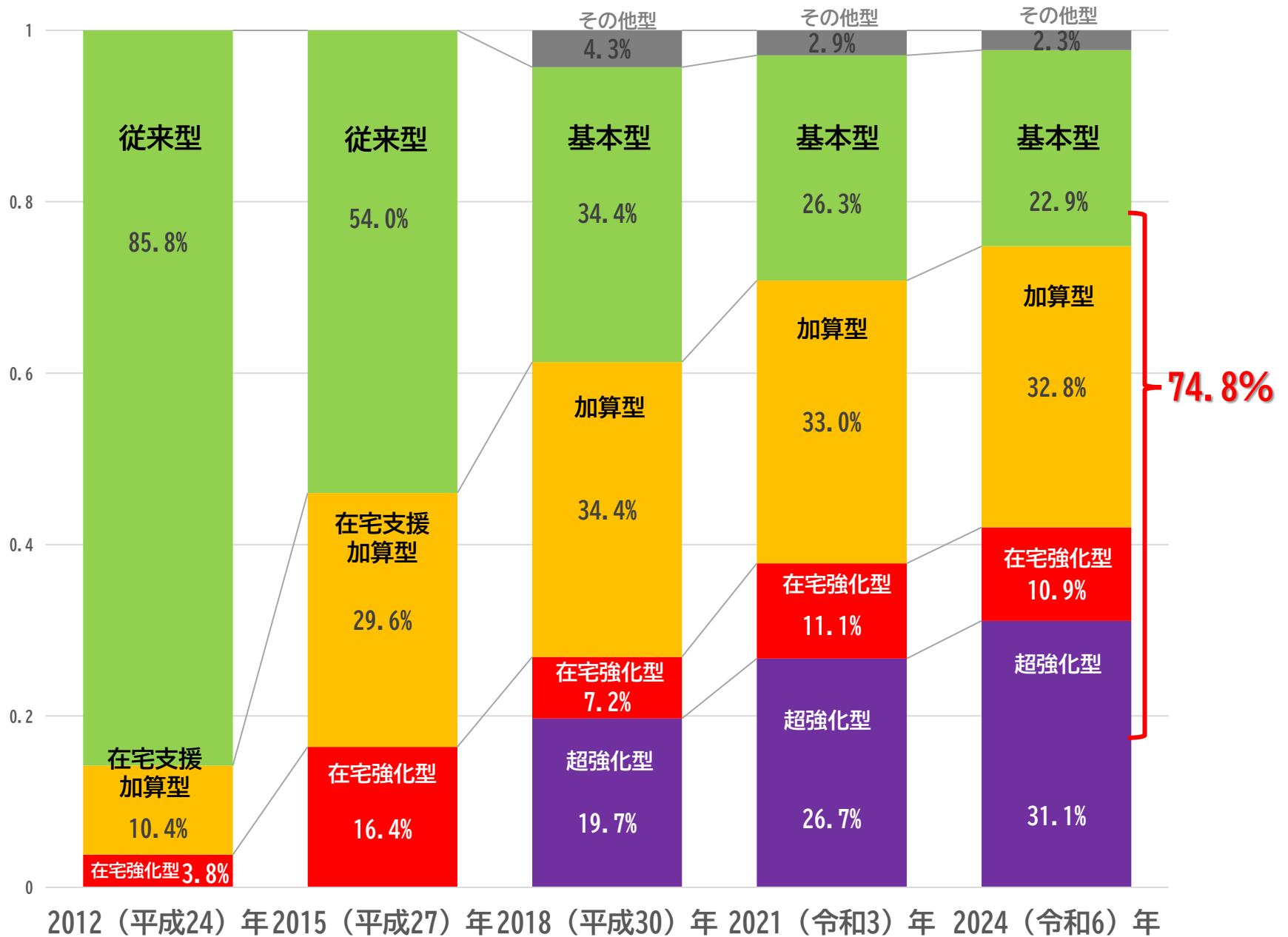
- ① 入所サービス
- ② 短期入所療養介護
- ③ 通所リハビリテーション
- ④ 訪問リハビリテーション

麻生財務大臣

【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)

介護老人保健施設の施設類型の推移



【老健施設の類型化①】

類型化の基となる調査研究事業

平成23年度老人保健健康増進等事業

「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業」

●研究事業班員

	委員名	所屬施設等
研究事業班長	浜村 明德	介護老人保健施設伸寿苑 施設長
班員	井上 崇	介護老人保健施設伸寿苑 施設長代理
	江澤 和彦	介護老人保健施設べあれんと 理事長
	鎌田 竜士	介護老人保健施設たらちね 施設長
	齊藤 正身	医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長
	武原 光志	特別養護老人ホーム光の苑 施設長
	土井 勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘 施設長
	野尻 晋一	介護老人保健施設清雅苑 副施設長
	平井 基陽	介護老人保健施設鴻池荘 理事長
	山口 和之	社団法人日本理学療法士協会 常任理事

●事業目的

全国の介護老人保健施設において入所者および短期入所者に対して提供されているリハビリテーションの実態を把握するため、特に在宅復帰に結び付く効果的なリハビリテーションや利用者や家族にとって真に有効な在宅生活支援のあり方、地域のリハビリ拠点としての介護老人保健施設の役割・機能等を検討することを目的として実施するものである

調査結果の概要

1. 施設調査の結果概要

- 回答施設の入所定員（平均）は92.2人、通所定員（平均）は37.6人である。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、入所定員は少なく、通所定員は多い。
- 施設（入所）の人員配置（専従）は、医師が0.9人、看護職が10.2人、介護職が30.8人、理学療法士が1.5人、作業療法士が1.3人、言語聴覚士が0.2人である。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、入所定員100人当たりで見ると、看護職、介護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、支援相談員の配置数が多い。
- 平成22年4月～23年3月末までの延べ退所者数は89.7人、退所者の平均入所日数は264.7日である。また、退所者のうち、自宅への退所者数は20.4人、有料老人ホーム等への退所者数は4.8人である。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、延べ退所者数、自宅への退所者数、有料老人ホーム等への退所者数が多い。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、退所者の平均入所日数が短い。
 - リハ職「多」グループは、「少」グループに比べて、延べ退所者数と自宅への退所者数が多い。
 - リハ職「多」グループは、「少」グループに比べて、退所者の平均入所日数が短い。
- 平成23年8月1日時点の入所者（実人数）は84.1人である。そのうち、3年以上入所している人数は13.7人である。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、入所者（実人数）、3年以上入所している人数、入所者（実人数）のうち3年以上入所している人数の割合がともに低い。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している入所者、短期集中リハビリテーションと認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している入所者が多い。
 - リハ職「多」グループは、「少」グループに比べて、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している入所者、短期集中リハビリテーションと認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している入所者が多い。
- 平成23年7月に新規入所した利用者数（短期入所療養介護を除く）（実人数）は7.4人である。そのうち、以前入所したことがある利用者数は3.5人である。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、新規入所者数、以前入所したことがある利用者数が多く、新規入所者に占める以前入所したことがある利用者の割合が高い。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、自宅から入所する割合が高い。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、短期集中リハビリテーション実施加算を算定した退所者数、短期集中リハビリテーションと認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定した退所者数が多い。
 - 在宅復帰度「高」グループは、「低」グループに比べて、短期集中リハビリテーション（身体）を実施して在宅又は居住系サービスへ退所になった人数、短期集中リハビリテーション（認知症）を実施して在宅又は居住系サービスへ退所になった人数がともに多い。

平成24年度介護報酬改定において老健施設が
類型化（在宅強化型・在宅支援加算型・従来型）

【老健施設の類型化②】

類型化の基となる調査研究事業

平成29年度老人保健健康増進等事業

「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて～在宅復帰阻害要因の検討と在宅復帰機能の強化策～」

●研究事業班員

研究班長

江澤 和彦 介護老人保健施設和光園 理事長
 介護老人保健施設べあれんと 理事長
 介護老人保健施設寿光園 理事長

担当副会長

折茂 賢一郎 中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」常務理事

班員

漆間 伸之 医療法人財団青山会本部 事務局次長
 大河内 二郎 介護老人保健施設竜間之郷 施設長
 酒井 麻由美 株式会社M&C パートナーコンサルティング 取締役
 土井 勝幸 介護老人保健施設せんだんの丘 施設長
 松田 晋哉 産業医科大学 公衆衛生学教室 教授

(班員は五十音順)

●事業目的

- 1) 在宅強化型・加算型の老健施設が有する機能（特徴的な取組）を明らかにする。
- 2) 老健施設における在宅復帰の阻害要因を確認する。
- 3) 上記で把握した実態・課題を踏まえ、老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を強化する方策を検討する

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

算定要件等	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
	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)		(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	
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	左記の要件を満たさない
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：				評価項目	算定要件	
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値(最高値:90)				退所時指導等	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、退所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、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。	
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	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0			
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0			
⑤居宅サービスの実施数	37+β×5	29+β×3	14+β×2			04+β×0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0			
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0			
⑧要介護4又は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 5	5%以上 3	5%未満 0			
				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。 222

平成30年度介護報酬改定において老健施設が5類型に
 (超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他型)

【介護保険制度改正・介護報酬改定事項 等】

期	年度	主な事項
第1期	2000（平成12）年度	4月介護保険法施行（措置制度から契約へ。市町村が介護保険の保険者に）
	2001（平成13）年度	
	2002（平成14）年度	・新型特養の推進が本格化（個室・ユニットケア）
第2期	2003（平成15）年度	<p>●平成15年度報酬改定（改定率▲2.3%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 ○自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○施設サービスの質の向上と適正化
	2004（平成16）年度	
	2005（平成17）年度	<p>●平成17年10月報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し ○食費に関連する介護報酬の見直し ○居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準等の見直し <p>◆平成17年制度改正（平成18年4月等施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防の重視 要支援者への給付を介護予防給付に。 地域包括支援センターを創設、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。 介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施 ○小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
第3期	2006（平成18）年度	<p>●平成18年度報酬改定（改定率▲2.4%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○中重度者への支援強化 ○介護予防、リハビリテーションの推進 ○地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○サービスの質の向上 ○医療と介護の機能分担・連携の明確化 <p>・経過型介護療養型医療施設の誕生。療養病床再編始まる。</p>
	2007（平成19）年度	
	2008（平成20）年度	<p>・後期高齢者医療制度の創設</p> <p>◆平成20年制度改正（平成21年5月施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等 <p>・介護療養型老人保健施設に係る報酬体系の創設</p>

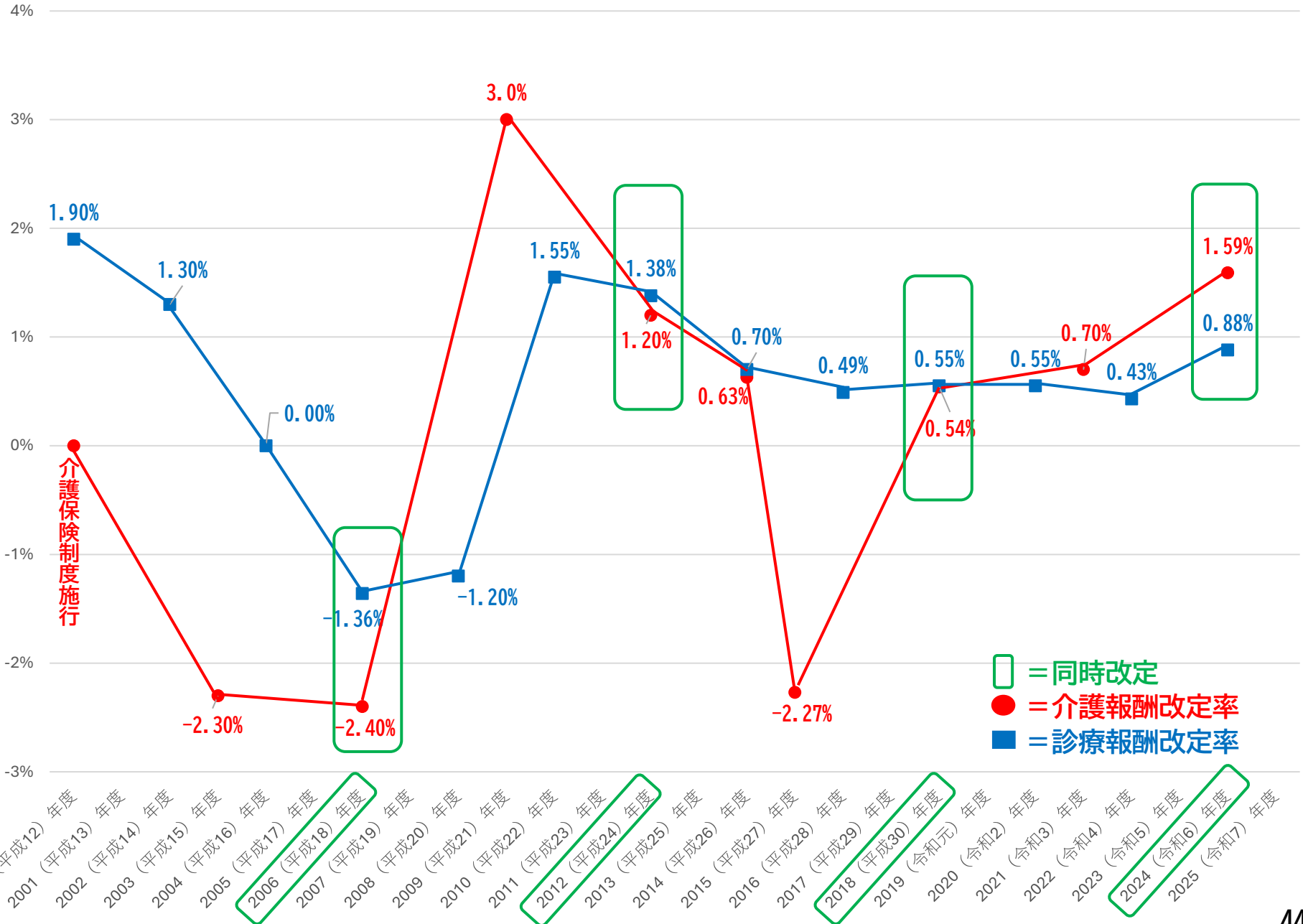
期	年度	主な事項
第4期	2009（平成21）年度	<p>●平成21年度報酬改定（改定率 3.0%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護従事者の人材確保・処遇改善 ○医療との連携や認知症ケアの充実 ○効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証
	2010（平成22）年度	・「地域包括ケア研究会」報告書
	2011（平成23）年度	<p>◆平成23年制度改正（平成24年4月等施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予公布日 ○医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
第5期	2012（平成24）年度	<p>●平成24年度報酬改定（改定率 1.2%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○在宅サービスの充実と施設の重点化 ○自立支援型サービスの強化と重点化 ○医療と介護の連携・機能分担 ○介護人材の確保とサービスの質の評価（交付金を報酬に組み込む） <p>●老健施設の基本サービス費に「在宅強化型」が新設（3類型に）</p>
	2013（平成25）年度	
	2014（平成26）年度	<p>●平成26年度報酬改定（改定率 0.63%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○消費税の引き上げ（8%）への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額の引上げ <p>◆平成26年制度改正（平成27年4月等施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域医療介護総合確保基金の創設 ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等 ○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ○低所得の第一号被保険者の保険料の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ 平成27年8月 等 ○特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化
第6期	2015（平成27）年度	<p>●平成27年度報酬改定（改定率▲2.27%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○介護人材確保対策の推進（1.2万円相当） ○サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築
	2016（平成28）年度	
	2017（平成29）年度	<p>●平成29年度報酬改定（改定率 1.14%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護人材の処遇改善（1万円相当） <p>◆平成29年制度改正（平成30年4月等施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ○「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院の創設 ○特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し2割3割、介護納付金への総報酬割の導入など <p>●老健施設の定義：在宅支援を明確化</p>

期	年度	主な事項
第7期	2018（平成30）年度	<p>●平成30年度報酬改定（改定率 0.54%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムの推進 ○自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○多様な人材の確保と生産性の向上 ○介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保 <p>●老健施設5類型評価（超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他型）</p>
	2019（令和元）年度	<p>●令和元年10月報酬改定（改定率 2.13%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護人材の処遇改善 ○消費税の引上げ（10%）への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ
	2020（令和2）年度	<p>◆令和2年制度改正（令和3年4月施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 ○医療・介護のデータ基盤の整備の推進
第8期	2021（令和3）年度	<p>●令和3年度報酬改定（改定率 0.70%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○感染症や災害への対応力強化 ○地域包括ケアシステムの推進 ○自立支援・重度化防止の取組の推進 ○介護人材の確保・介護現場の革新 ○制度の安定性・持続可能性の確保
	2022（令和4）年度	<p>●令和4年10月度報酬改定（改定率 1.13%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護人材の処遇改善（9千円相当）
	2023（令和5）年度	<p>◆令和5年制度改正（令和6年4月等施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付け ○介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備など
第9期	2024（令和6）年度	<p>●令和6年度報酬改定（改定率1.59%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムの深化・推進 ○自立支援・重度化防止に向けた対応 ○良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり ○制度の安定性・持続可能性の確保

介護報酬改定の改定率について

改定期期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化 	▲2.3%
平成17年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し 	
平成18年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ サービスの質の向上 	▲0.5%[▲2.4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証 	3.0%
平成24年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む) 	1.2%
平成26年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・ 基本単位数等の引上げ ・ 区分支給限度基準額の引上げ 	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築 	▲2.27%
平成29年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善(1万円相当) 	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保 	0.54%
令和元年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・ 基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ 	2.13% 〔 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06% 〕
令和3年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)
令和4年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善(9千円相当) 	1.13%
令和6年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの深化・推進 ○ 自立支援・重度化防止に向けた対応 ○ 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり ○ 制度の安定性・持続可能性の確保 	1.59% 〔 介護職員の処遇改善 0.98% その他 0.61% 〕

介護報酬及び診療報酬（本体）改定率の推移



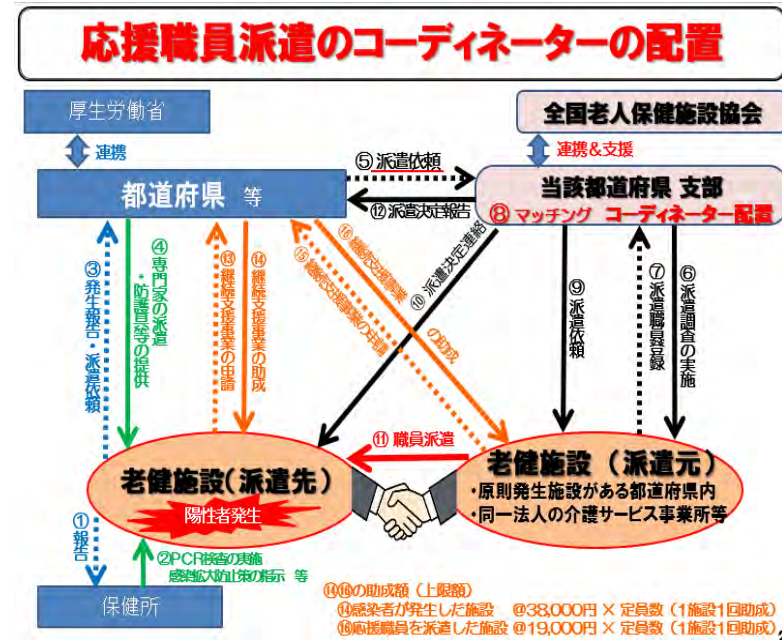
【全老健の歴史】（コロナ禍以降）

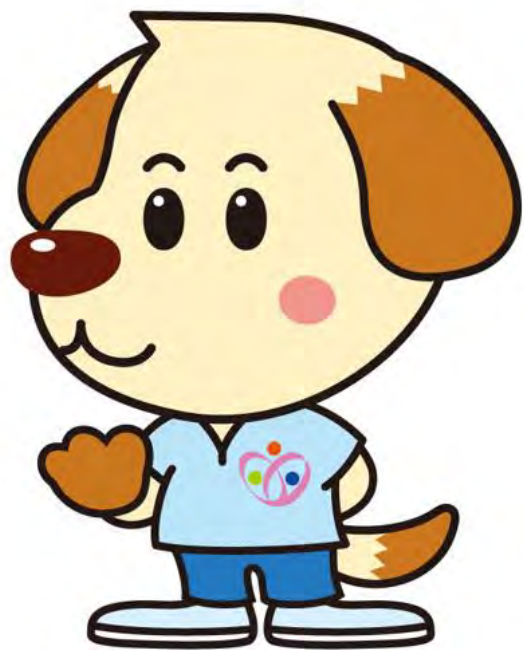
年	月	
2020年 (令和2年)	4月	介護現場における新型コロナウイルス感染症の対応について要望
	6月23日	天皇皇后両陛下、介護関係者と面会 (東会長から新型コロナウイルス感染症に関する取組について説明)
	10月12日	イメージキャラクターROKENくん登録商標
2021年 (令和3年)	4月	介護報酬改定（科学的介護情報システム：L I F E創設）
	5月20日	Facebookに公式ページを開設
	6月11日	日本老年医学会と合同で「介護施設内での転倒ステートメント」発表
2023年 (令和5年)	5月19日	老健施設未来ビジョンワークショップを開催
	5月25日	医療・介護における物価高騰・賃金上昇への対応を求める合同声明を発表
	11月17日	介護現場で働く人々の暮らしとやりがいを支える集会を開催
2024年 (令和6年)	1月2日	能登半島地震災害対策本部を設置
	4月	介護報酬改定（診療報酬同時改定）
2025年 (令和7年)	5月8日	介護現場とそこで働く人々の暮らしを守る集会を開催

天皇皇后両陛下、介護関係者と面会

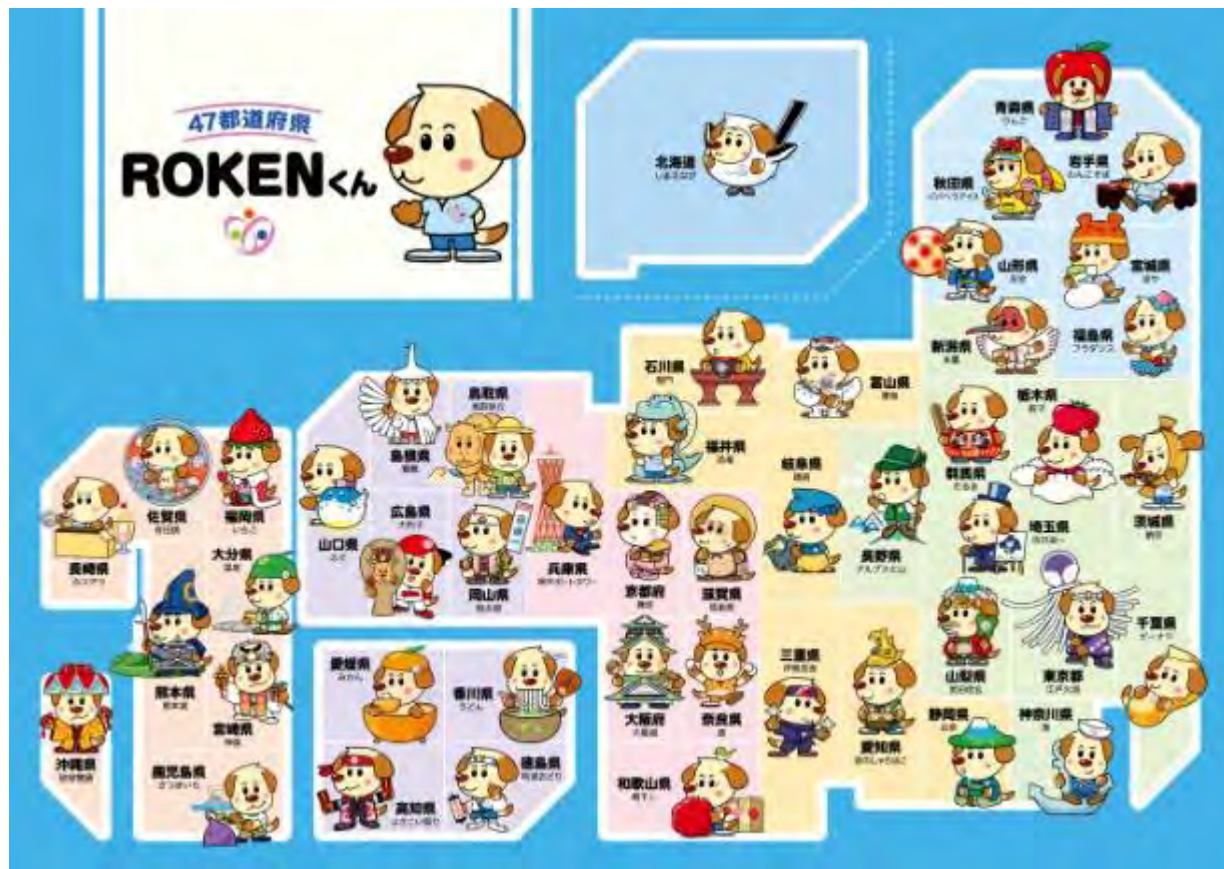


Youtube





ROKENくん



ご当地 ROKENくん



色んな秋を楽しんで

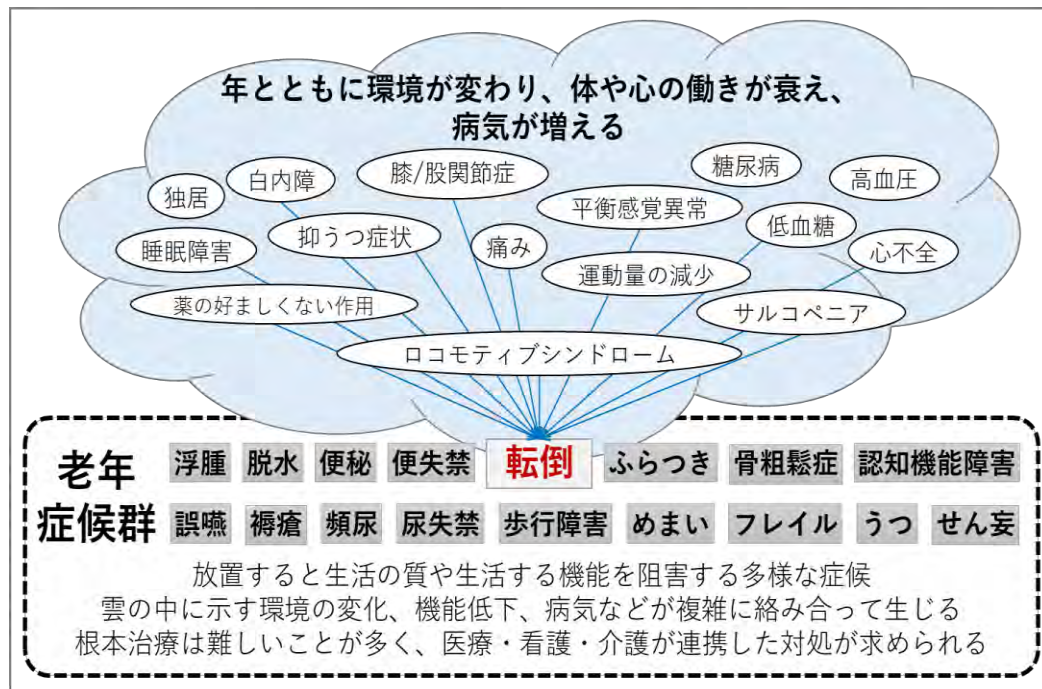
介護施設内での転倒に関するステートメント

プレス発表：令和3年6月11日（金）18:00～於：名古屋国際会議場
（第63回日本老年医学会学術集会にて）
：日本老年医学会・全国老人保健施設協会の共同発表

＜ステートメント1＞【転倒すべてが過失による事故ではない】

（抜粋）

転倒リスクが高い入所者については、転倒予防策を実施していても、一定の確率で転倒が発生する。転倒の結果として骨折や外傷が生じたとしても、必ずしも医療・介護現場の過失による事故と位置付けられない。



『高齢者の転倒予防ガイドライン』の序文

（鳥羽研二先生：メジカルビュー社、東京、2012.）

「高齢者の転倒は疾患であり、事故ではない。
……事故というより身体的原因に起因する
「疾患」、「症候群」として転倒をとらえ、
……」



令和5年11月17日「介護現場で働く人々の暮らしとやりがいを支える集会」
令和7年5月8日「介護現場で働く人々と家族の暮らしを守る集会」 & 「記者会見」



全老健 全国大会

年	月	大会名	大会テーマ
平成2（1990）年	6月	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（1991）年	6月	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（1992）年	7月	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」
平成5（1993）年	7月	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（1994）年	7月	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（1995）年	7月	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（1996）年	7月	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」
平成9（1997）年	7月	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」
平成10（1998）年	9月	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～バリアフリーが導く夢の実現」
平成11（1999）年	10月	第10回記念全国老人保健施設長野大会	「地域がつくる高齢者ケア～少子・高齢社会の21世紀に向けて～」
平成12（2000）年	10月	第11回全国介護老人保健施設三重大会	「老健施設がつくる明るい未来」（介護保険発足大会）
平成13（2001）年	8月	第12回全国介護老人保健施設東京大会	「”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（2002）年	10月	第13回全国介護老人保健施設福岡大会	「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（2003）年	10月	第14回全国介護老人保健施設大会 in ほっかいどう	「いきいき、ながいき～高齢者の幸せは私たちの未来～」
平成16（2004）年	11月	第15回全国介護老人保健施設香川大会	「ゆっくり生きまあせ 長寿社会 ～あなたと私の未来、豊かな老後、 明るい社会～」
平成17（2005）年	8月	第16回全国介護老人保健施設神奈川大会	「みんなで創る 高齢社会」

全老健 全国大会

年	月	大会名	大会テーマ
平成18（2006）年	11月	第17回全国介護老人保健施設熊本大会	「新たな包括的地域ケアをめざして～在宅ケアの拠点とリハビリテーション～」
平成19（2007）年	10月	第18回全国介護老人保健施設愛知大会	「愛と知で高齢社会に貢献しよう！—深い愛情・豊かな知識—」
平成20（2008）年	8月	第19回全国介護老人保健施設大会 京都	「京から明日へ、はんなり介護～一人ひとりにいのちの輝きを～」
平成21（2009）年	7月	第20回全国介護老人保健施設大会 新潟	「老健が創る新文明～トキめく長寿社会をめざして～」
平成22（2010）年	11月	第21回全国介護老人保健施設大会 岡山	「『老人力と老健力』 高齢社会の中のパートナーシップ～人と人、力と力、無限の可能性を信じて～」
平成23（2011）年	7月	第22回全国介護老人保健施設大会 岩手 ※平成23年3月11日発生の東日本大震災の影響により中止	「イーハトーブ（理想郷）へのかけ橋、老健～超高齢社会のケア～」
平成24（2012）年	10月	第23回 全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄	「命どう宝（ぬちどうたから） ～老健が担う地域包括ケア～」
平成25（2013）年	7月	第24回全国介護老人保健施設大会 石川 in 金沢	「美しき川は流れたり そのほとりに我は住みぬ～住み慣れた地域で、その人らしく～」
平成26（2014）年	10月	第25回全国介護老人保健施設大会 岩手	「雨ニモマケズ風ニモマケズ～震災を乗り越えて めざそう 夢のある老健を～」
平成27（2015）年	9月	第26回全国介護老人保健施設大会 神奈川 in 横浜	「高齢者が輝く未来を お洒落に！スマートな連携！」
平成28（2016）年	9月	第27回全国介護老人保健施設大会 大阪	「めっちゃ好きやねん老健～咲かせよう医療と介護の大輪の花～」
平成29（2017）年	7月	第28回全国介護老人保健施設大会 愛媛 in 松山	「坂の上に輝く一朵の白い雲～超高齢社会のニーズに応えられる老健を目指して～」
平成30（2018）年	10月	第29回全国介護老人保健施設大会 埼玉	「彩ろう！豊かな高齢社会を～老健は地域づくりの担い手です～」

全老健 全国大会

年	月	大会名	大会テーマ
令和元（2019）年	11月	第30回全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	「地域と共に紡ぐ令和老健 豊の国から真価・深化・進化」
令和2（2020）年	11月	第31回全国介護老人保健施設大会 宮城 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止	「地域で生き抜くを支える 今、老健が進む道～災害（震災）と認知症から学ぶ地域共生社会の姿～」
令和3（2021）年	11月	第32回全国介護老人保健施設大会 岐阜 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止	
令和4（2022）年	9月	第33回全国介護老人保健施設大会 兵庫	「新たな時代をいきぬくために ～今、老健ができること～」
令和5（2023）年	11月	第34回全国介護老人保健施設大会 宮城	「地域共生社会の復権と老健 ～デジタル化時代の絆～」
令和6（2024）年	11月	第35回全国介護老人保健施設大会 岐阜	「再び、地域が動く～多様性を包摂する老健のさらなる共進（共鳴・共生進化）を～」
令和7（2025）年	11月	第36回全国介護老人保健施設大会 山口	昭和百年、老健、続く ～想いを継ぎ 技を磨き 人を繋ぐ～

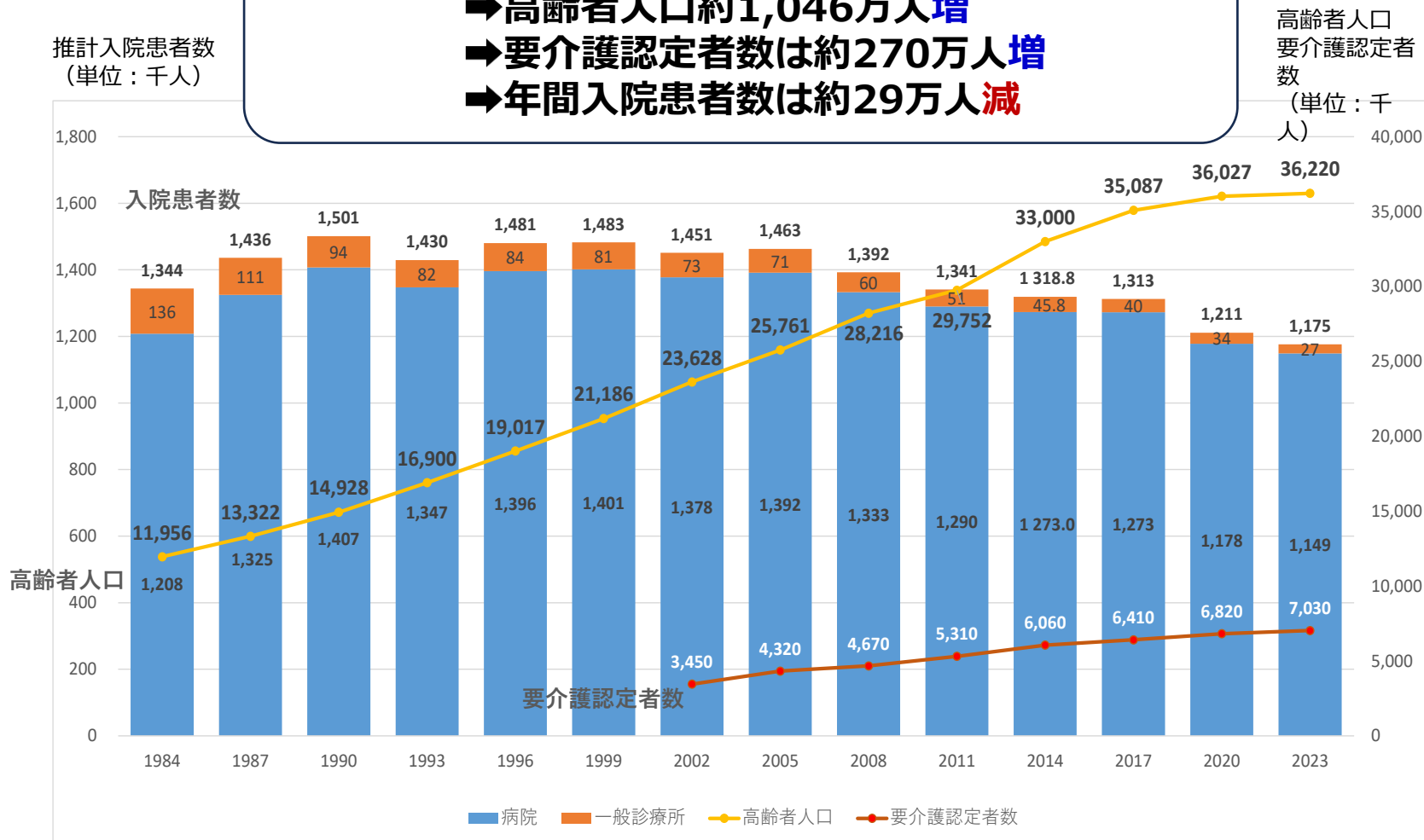


昭和百年、老健、続く
～ 想いを継ぎ 技を磨き 人を繋ぐ ～

高齢者人口・要介護認定者数・推計入院患者数の推移

2005年から2023年にかけて

- ➡ 高齢者人口約1,046万人増
- ➡ 要介護認定者数は約270万人増
- ➡ 年間入院患者数は約29万人減



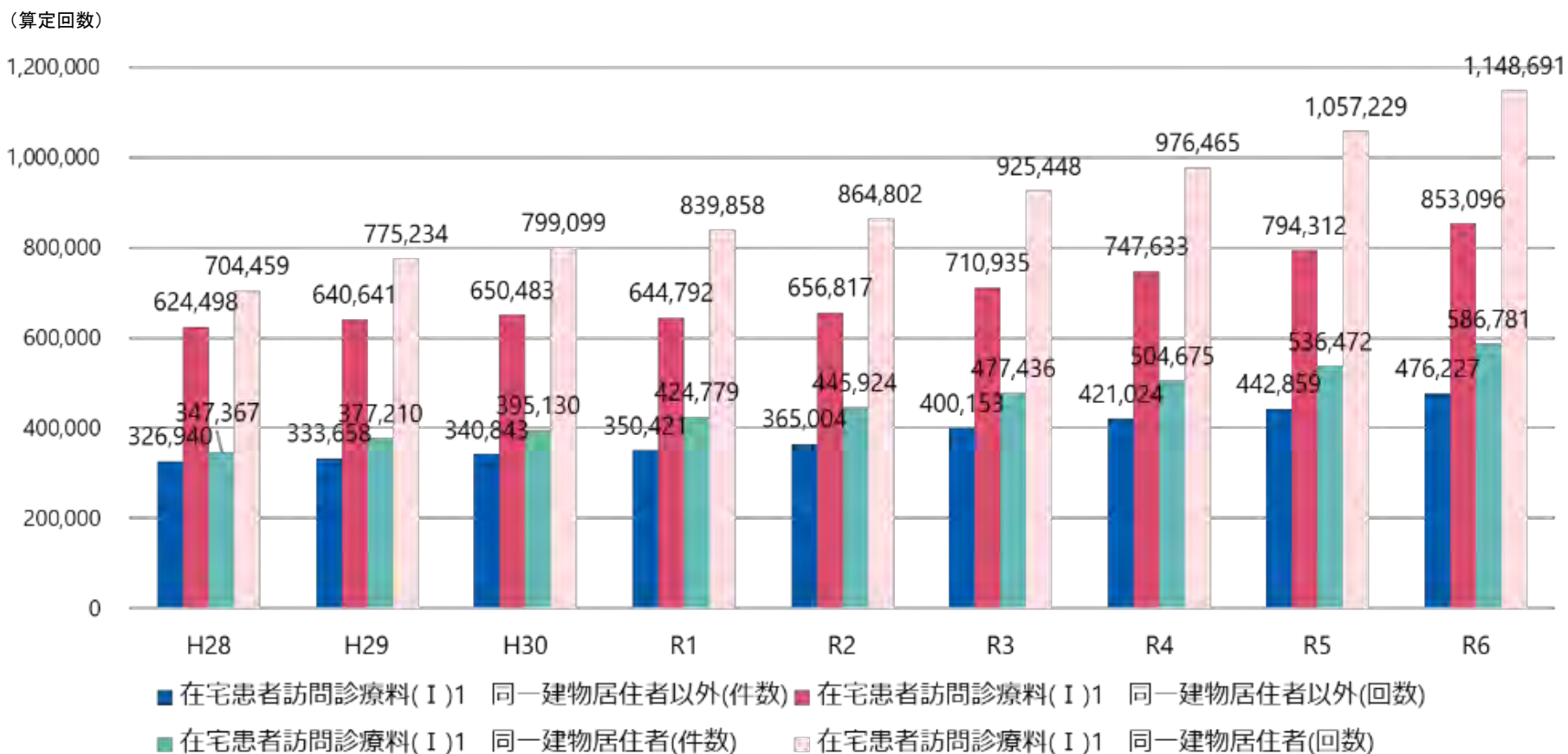
推計入院患者数：患者調査より作成

高齢者人口：国勢調査より推計 ※2023年は総務省「人口推計」令和5年7月確報値より

要介護認定者数：介護保険事業報告より作成 ※2023年は令和5年7月分暫定値より

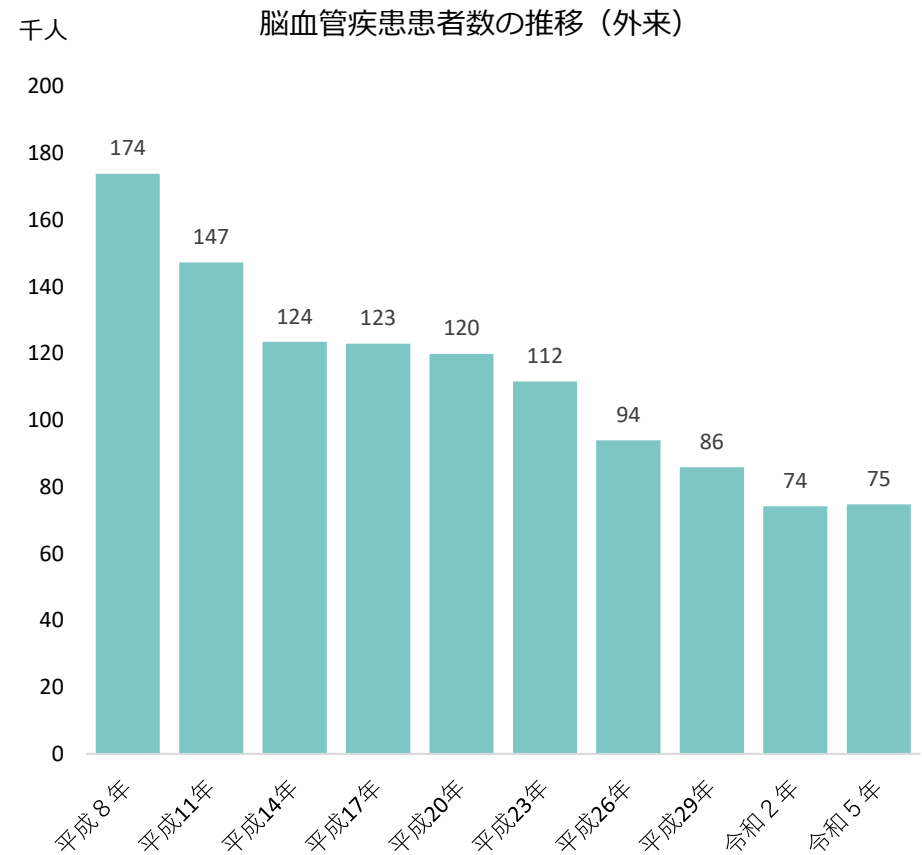
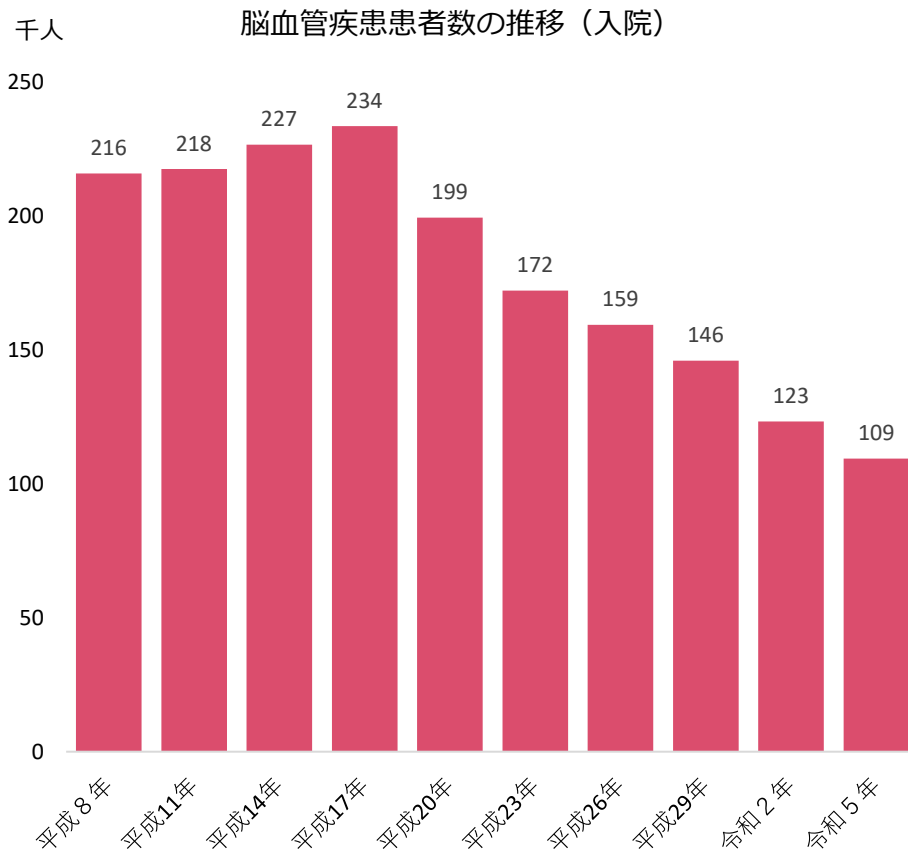
在宅患者訪問診療料（I）1の算定状況等について

- 在宅患者訪問診療料（I）1の算定回数は、同一建物居住者に対する診療とそれ以外のいずれについても増加傾向である。



脳血管疾患患者数の推移

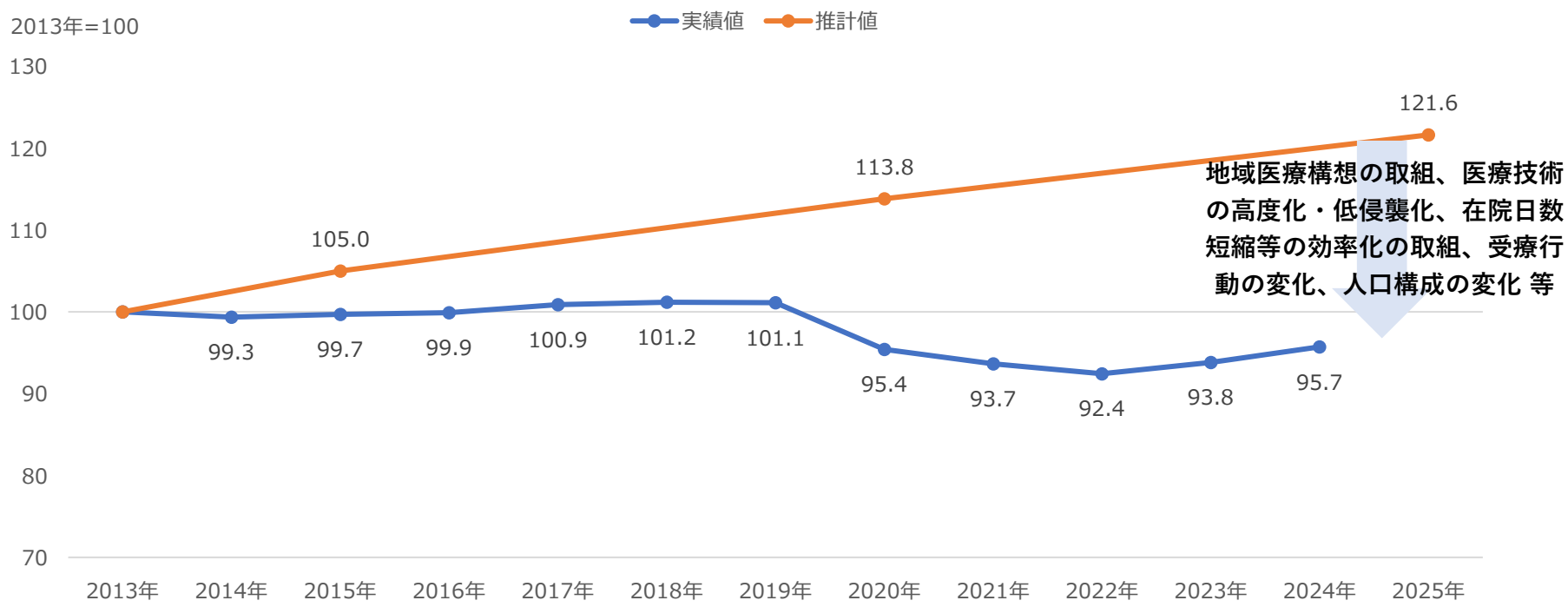
- 脳血管疾患の患者数は年々減少してきており、急性期を経過し、A D Lの向上や在宅復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを受ける患者数も減少することが見込まれる。



入院患者数の推計と実績について

- 現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数（改革モデル反映前の現状投影）**と、これまでの**実際の入院患者数（実績値）**を比較すると、**2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。**

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。
 ※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (上位3位)

(単位:%)

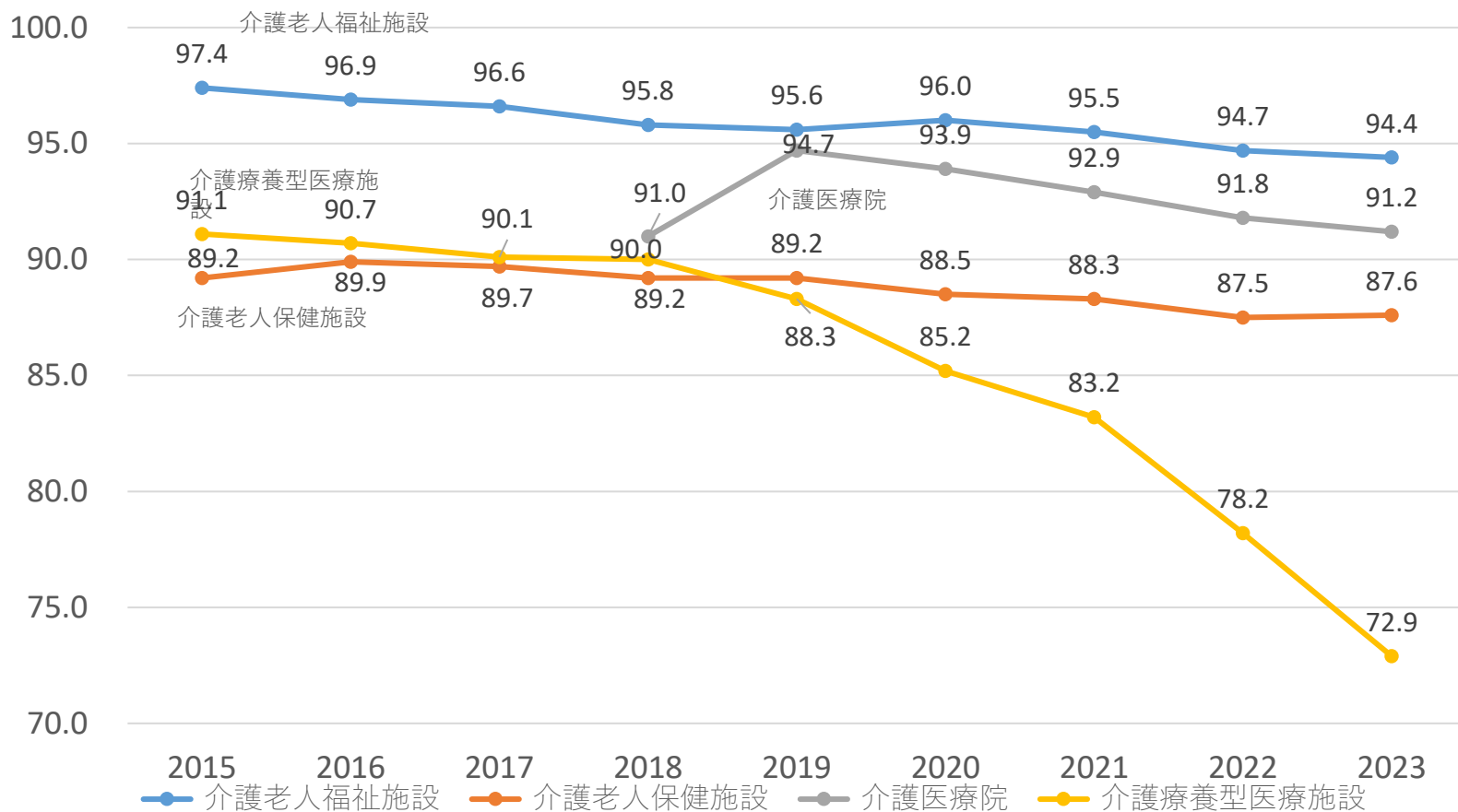
2022(令和4)年

現在の要介護度	第1位		第2位		第3位	
	原因	割合	原因	割合	原因	割合
総数	認知症	16.6	脳血管疾患(脳卒中)	16.1	骨折・転倒	13.9
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援1	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援2	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患(脳卒中)	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護1	認知症	26.4	脳血管疾患(脳卒中)	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護2	認知症	23.6	脳血管疾患(脳卒中)	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護3	認知症	25.3	脳血管疾患(脳卒中)	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

注：「現在の要介護度」とは、2022(令和4)年6月の要介護度をいう。

出典：厚生労働省 2022年 国民生活基礎調査の概況

(介護サービス施設・事業所調査) 介護施設利用率の推移

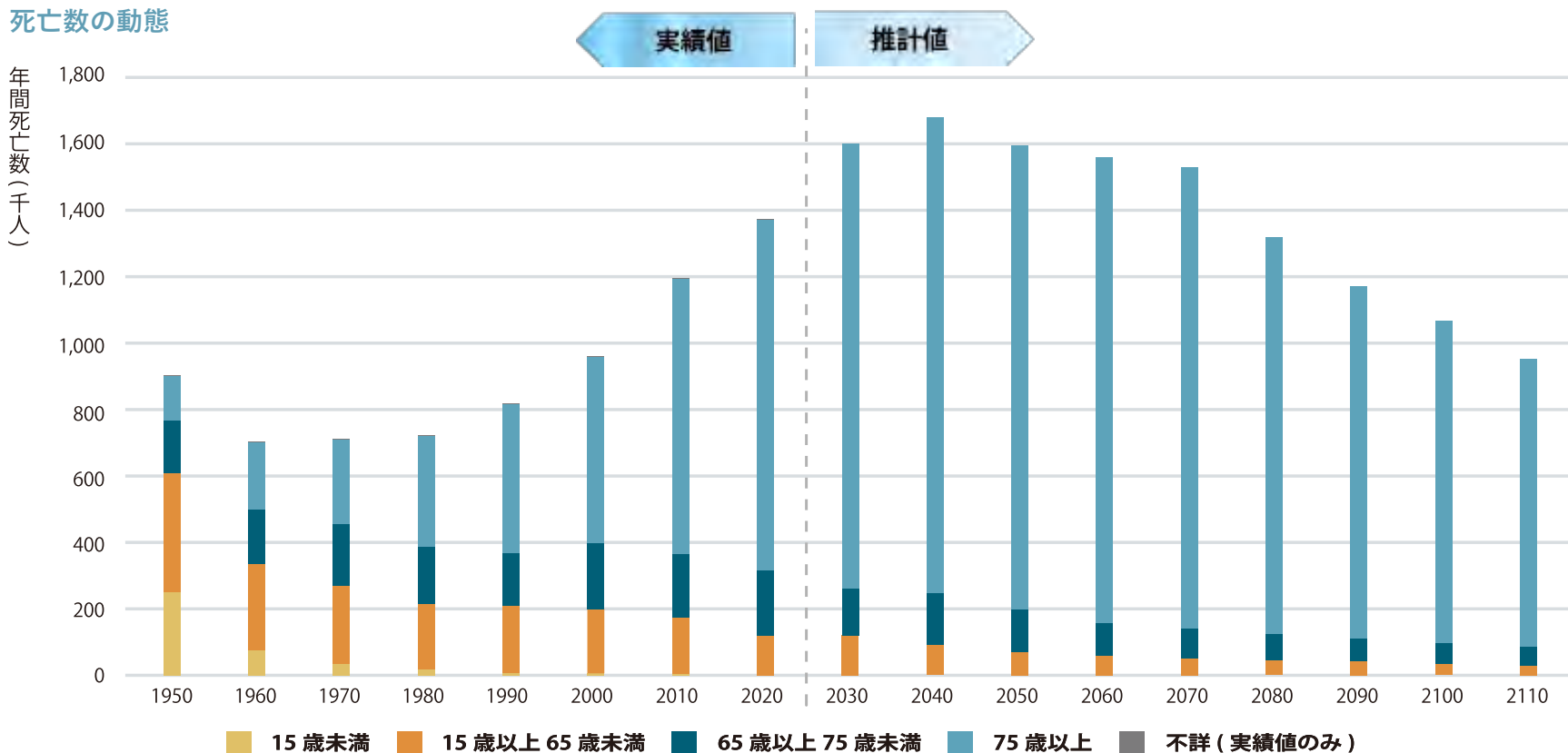


介護サービス施設・事業所調査の概況より作成

死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態

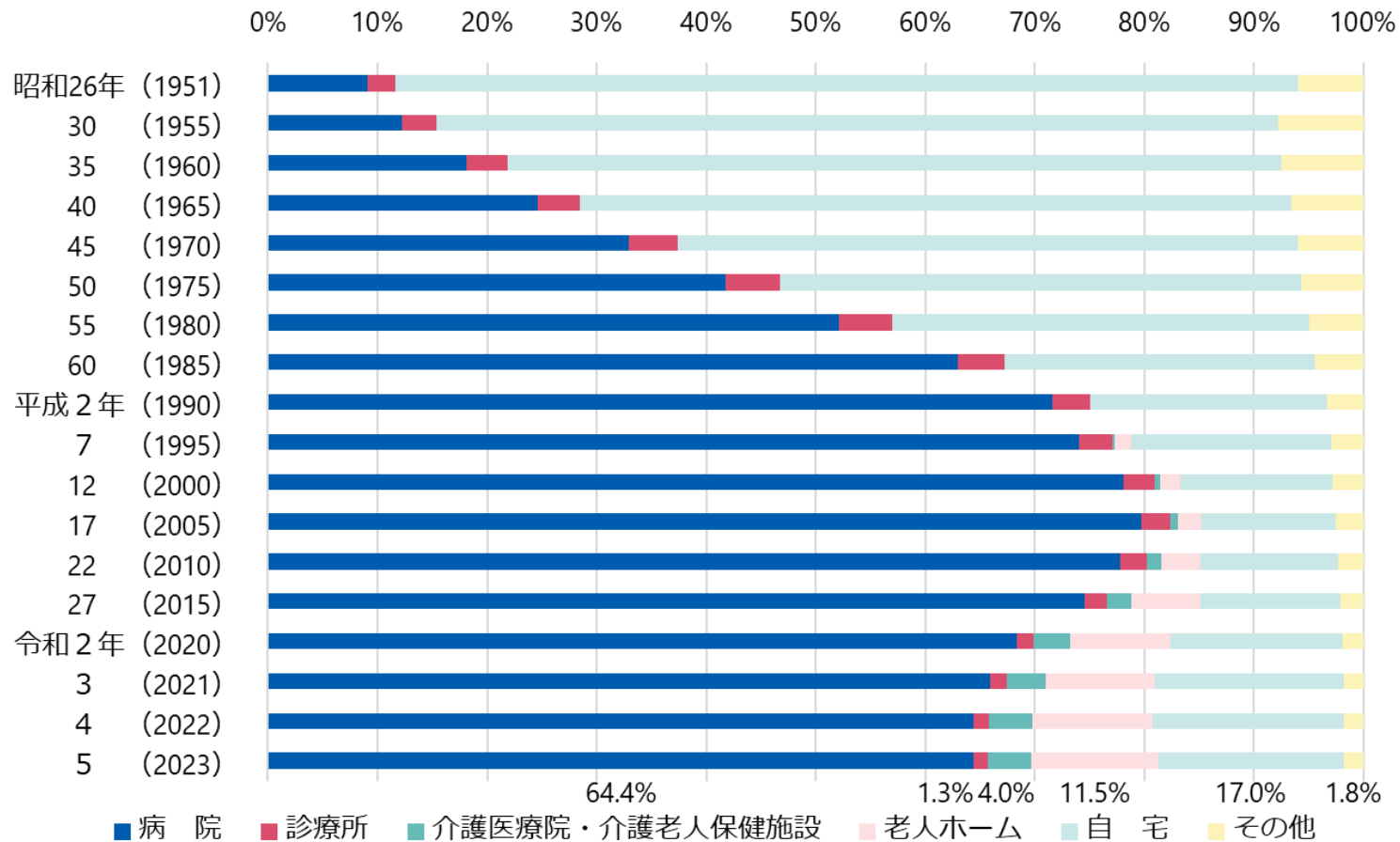


2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

死亡場所の割合の推移

○ 死亡場所の割合について、病院での死亡の割合は平成17年をピークに減少し、近年では介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡の割合が増加している。

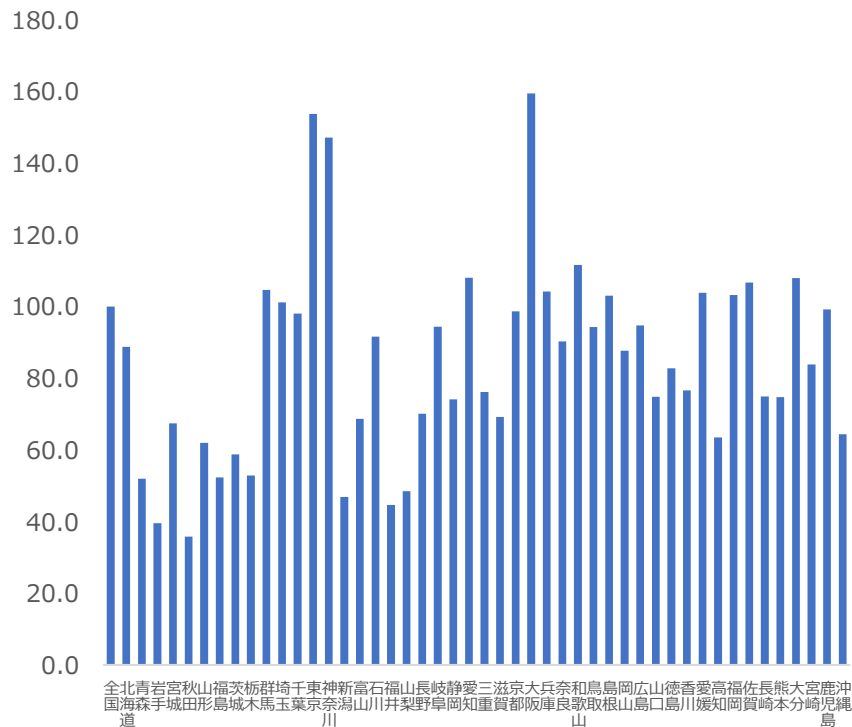


※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを指す。
 ※ その他には助産所を含む。
 ※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

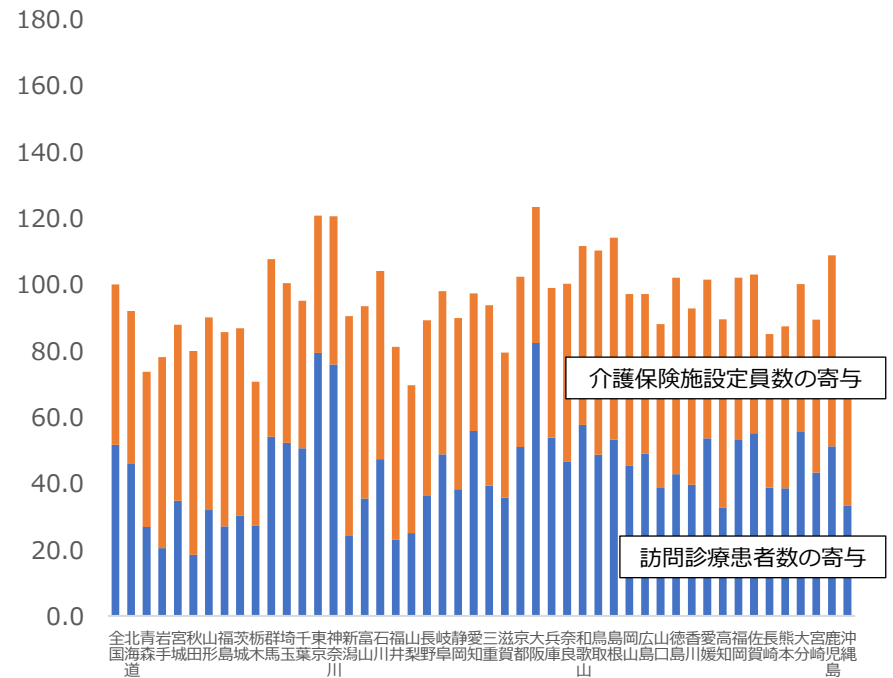
訪問診療患者数の地域差、訪問診療患者数と介護保険施設定員数の地域差

在宅医療と介護保険施設は患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数と合わせると地域差は縮小する。

訪問診療患者数の65歳以上人口
(指数：全国=100) (変動係数0.32)



訪問診療患者数と介護保険施設定員数の65歳以上人口
比 (指数：全国=100) (変動係数0.13)



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。
 ※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

- (1) 平時からの連携
 - ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
 - ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設
- (2) 急変時の電話相談・診療の求め
- (3) 相談対応・医療提供
 - ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※¹（運営基準）
- (4) 入院調整
 - ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※²（運営基準）
 - ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設
- (5) 早期退院
 - ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

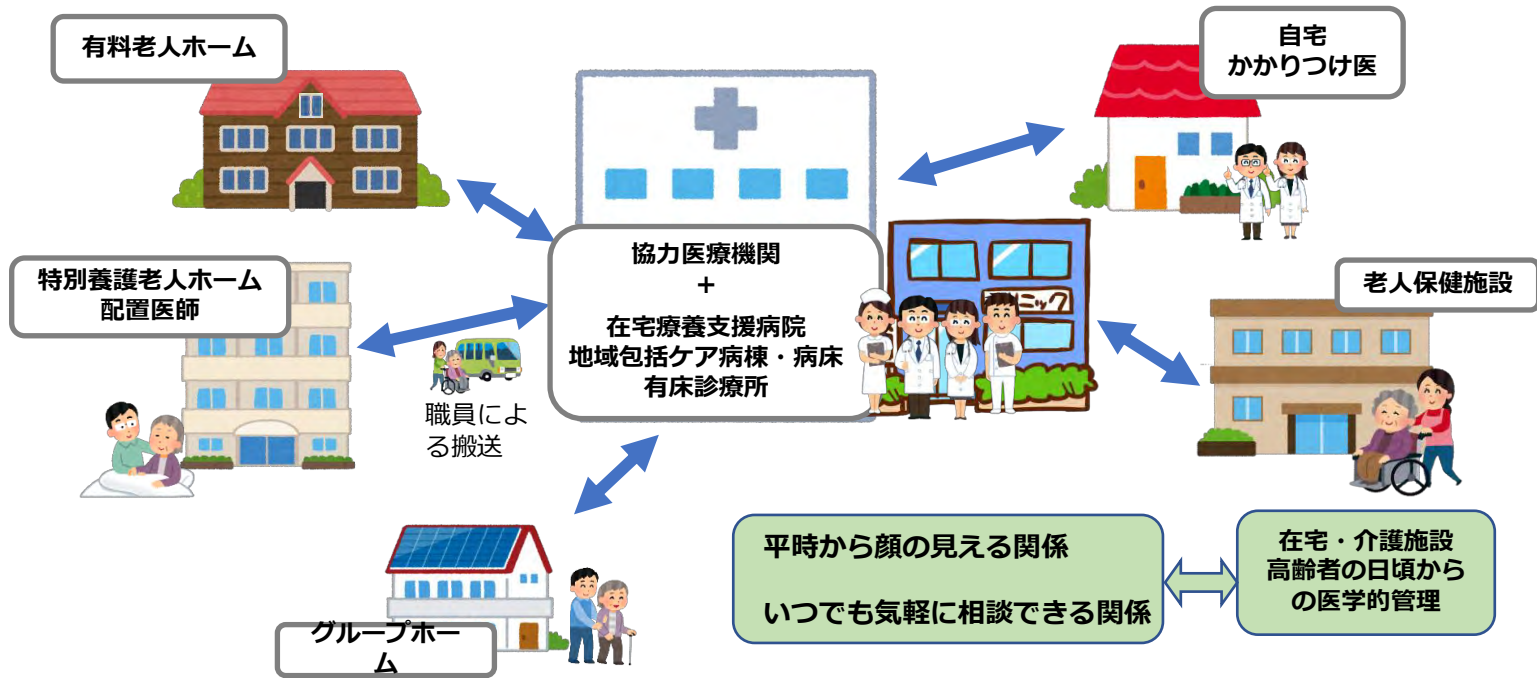
等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

日常生活圏における医療・介護ネットワーク



区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

令和7年度介護事業経営実態調査結果 各介護サービスにおける収支差率

サービスの種類	令和5年度 決算	令和6年度 決算	対前年度 増減
施設サービス			
介護老人福祉施設	1.3% <1.9%> (1.9%)	1.4% <1.6%> (1.6%)	+0.1% <▲0.3%> (▲0.3%)
介護老人保健施設	▲0.6% <▲0.1%> (▲0.4%)	0.6% <0.8%> (0.7%)	+1.2% <+0.9%> (+1.1%)
介護医療院	4.2% <4.5%> (4.3%)	3.5% <3.6%> (3.4%)	▲0.7% <▲0.9%> (▲0.9%)

サービスの種類	令和5年度 決算	令和6年度 決算	対前年度 増減
居宅サービス			
訪問介護	11.1% <11.3%> (10.6%)	9.6% <9.7%> (9.1%)	▲1.5% <▲1.6%> (▲1.5%)
訪問入浴介護	5.1% <5.3%> (4.2%)	5.3% <5.6%> (4.5%)	+0.2% <+0.3%> (+0.3%)
訪問看護	11.9% <12.0%> (11.3%)	10.3% <10.3%> (9.7%)	▲1.6% <▲1.7%> (▲1.6%)
訪問リハビリテーション	11.8% <11.9%> (11.5%)	10.8% <10.8%> (10.5%)	▲1.0% <▲1.1%> (▲1.0%)
通所介護	6.5% <6.8%> (6.5%)	6.2% <6.4%> (6.0%)	▲0.3% <▲0.4%> (▲0.5%)
通所リハビリテーション	2.4% <2.7%> (2.6%)	2.0% <2.1%> (1.9%)	▲0.4% <▲0.6%> (▲0.7%)
短期入所生活介護	4.1% <4.6%> (4.5%)	2.7% <2.9%> (2.9%)	▲1.4% <▲1.7%> (▲1.6%)
特定施設入居者生活介護	4.5% <5.0%> (4.1%)	5.3% <5.4%> (4.3%)	+0.8% <+0.4%> (+0.2%)
福祉用具貸与	5.7% <5.7%> (3.1%)	5.4% <5.5%> (2.6%)	▲0.3% <▲0.2%> (▲0.5%)
居宅介護支援	6.2% <6.4%> (5.9%)	6.2% <6.3%> (5.9%)	0.0% <▲0.1%> (0.0%)

出典：社会保障審議会介護給付費分科会 第42回介護事業経営調査委員会（R7.11.26）資料

令和7年度介護事業経営実態調査結果 各介護サービスにおける収支差率

サービスの種類	令和5年度 決算	令和6年度 決算	対前年度 増減
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	14.6% <14.8%> (13.7%)	13.4% <13.4%> (12.9%)	▲1.2% <▲1.4%> (▲0.8%)
夜間対応型訪問介護 (注1)	15.2% <15.9%> (15.0%)	12.8% <12.9%> (12.2%)	▲2.4% <▲3.0%> (▲2.8%)
地域密着型通所介護	5.8% <6.2%> (5.8%)	6.3% <6.6%> (6.2%)	+0.5% <+0.4%> (+0.4%)
認知症対応型通所介護	6.6% <7.0%> (6.7%)	5.3% <5.5%> (5.2%)	▲1.3% <▲1.5%> (▲1.5%)
小規模多機能型居宅介護	5.2% <5.5%> (5.2%)	6.0% <6.2%> (5.9%)	+0.8% <+0.7%> (+0.7%)
認知症対応型共同生活介護	4.5% <5.1%> (4.7%)	4.9% <5.1%> (4.8%)	+0.4% <0.0%> (+0.1%)
地域密着型特定施設入居者 生活介護	0.5% <0.9%> (0.5%)	0.4% <0.5%> (0.1%)	▲0.1% <▲0.4%> (▲0.4%)
地域密着型介護老人福祉施設	1.9% <2.3%> (2.3%)	2.2% <2.3%> (2.3%)	+0.3% <0.0%> (0.0%)
看護小規模多機能型居宅介護	5.0% <5.3%> (4.9%)	6.5% <6.7%> (6.3%)	+1.5% <+1.4%> (+1.4%)

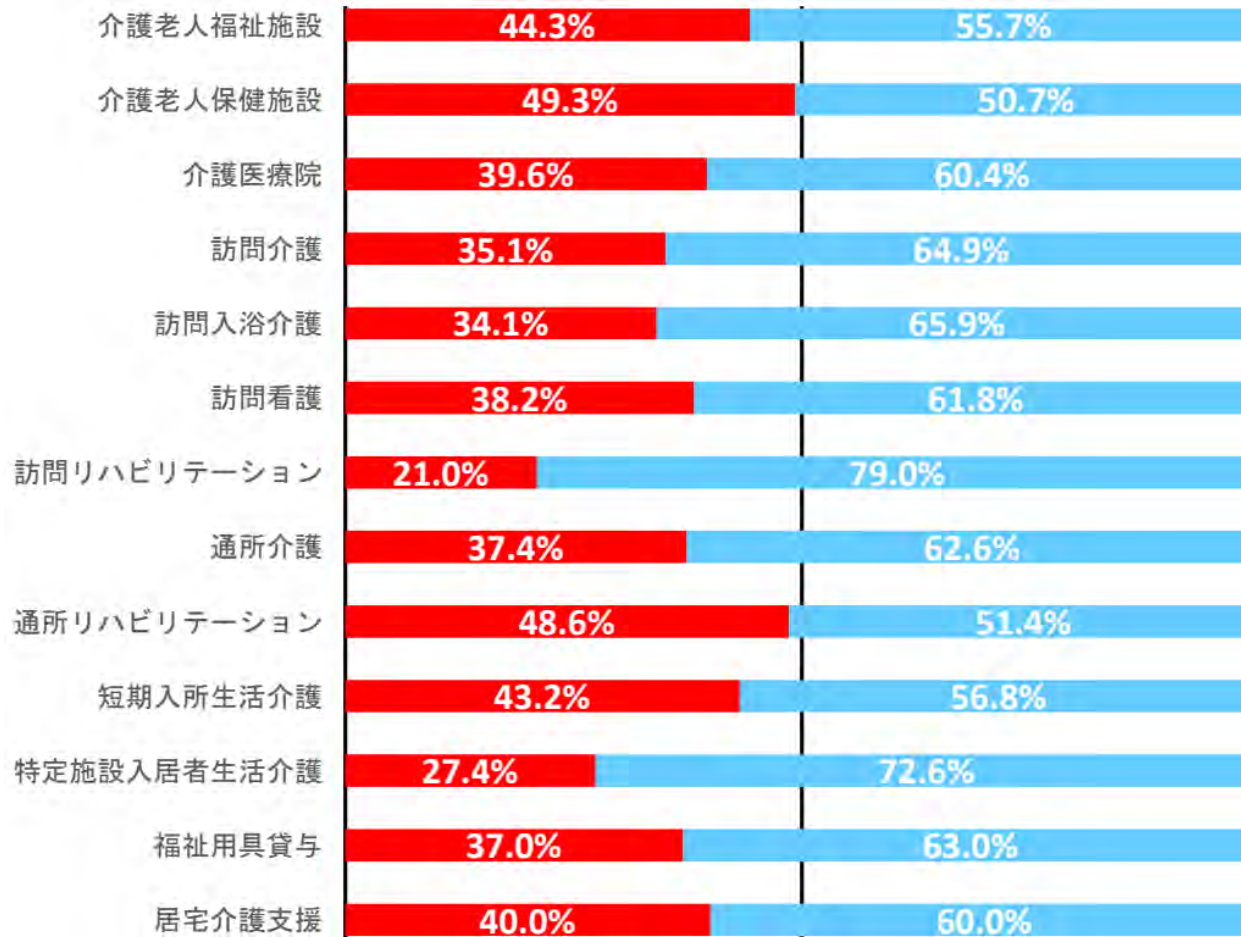
サービスの種類	令和5年度 決算	令和6年度 決算	対前年度 増減
全サービス平均 (注2)	4.7% <5.1%> (4.7%)	4.7% <4.8%> (4.4%)	0.0% <▲0.3%> (▲0.3%)

※括弧なしは、税引前収支差率（物価高騰対策関連補助金を含まない）
 < >内は、税引前収支差率（物価高騰対策関連補助金を含む）
 ()内は、税引後収支差率（物価高騰対策関連補助金を含む）

収支差率 = (介護サービスの収入額 - 介護サービスの支出額) / 介護サービスの収入額
 ・「介護サービスの収入額」…介護報酬による収入（利用者負担分含む）、保険外利用料収入、補助金収入（物価高騰対策関連補助金を除く）の合計額。
 ※「物価高騰対策関連補助金を含む」は、上記の介護サービス収入額に物価高騰対策関連補助金を加えたもの。
 ・「介護サービスの支出額」…介護事業費用、借入金利息及び本部費繰入の合計額。
 ※「本部費繰入」は、各事業所に共通する人事労務経理に係る経費等に充てられるものであり、介護サービスの支出額に含めている。
 なお、社会福祉法人会計基準本部費繰入は「特別損失」とされているが、企業会計等における「特別損失」とは意味合いが異なる。

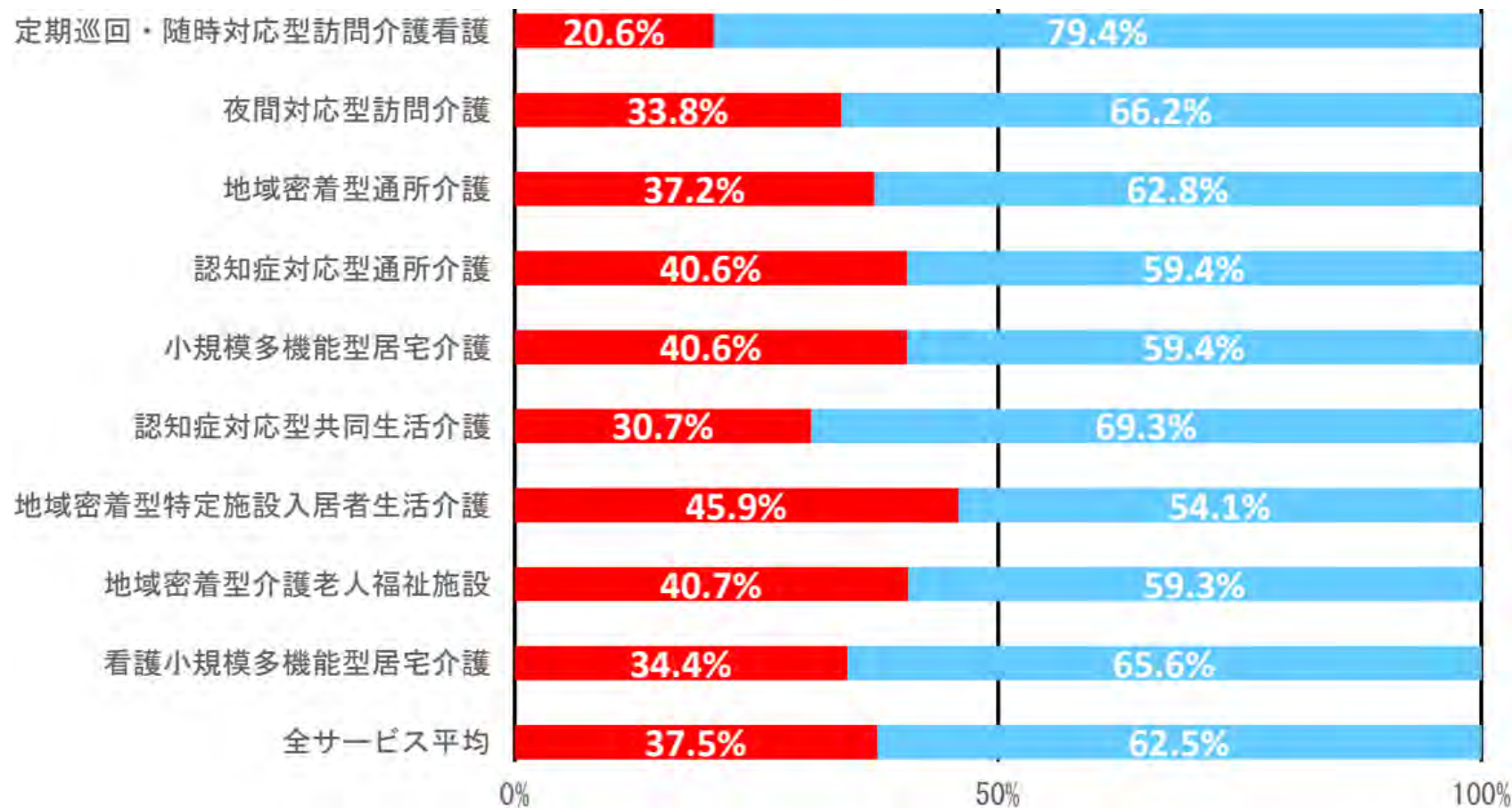
注：1) 「夜間対応型訪問介護」は、サンプルサイズが少ないことにより集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられる。
 2) 全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

赤字事業所・黒字事業所の割合（令和6年度決算）



出典：社会保障審議会介護給付費分科会 第42回介護事業経営調査委員会（R7.11.26）資料

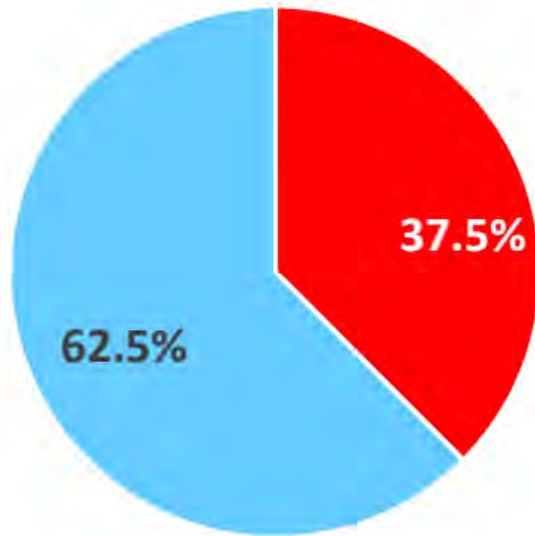
赤字事業所・黒字事業所の割合（令和6年度決算）



出典：社会保障審議会介護給付費分科会 第42回介護事業経営調査委員会（R7.11.26）資料

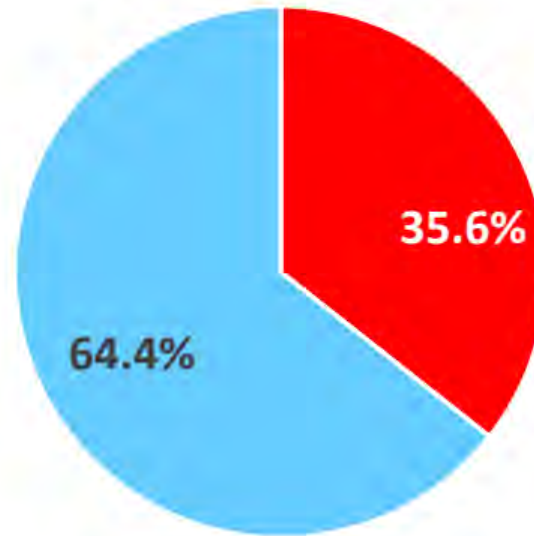
赤字事業所・黒字事業所の割合（令和6年度決算）

【全サービス】



■ 赤字 ■ 黒字

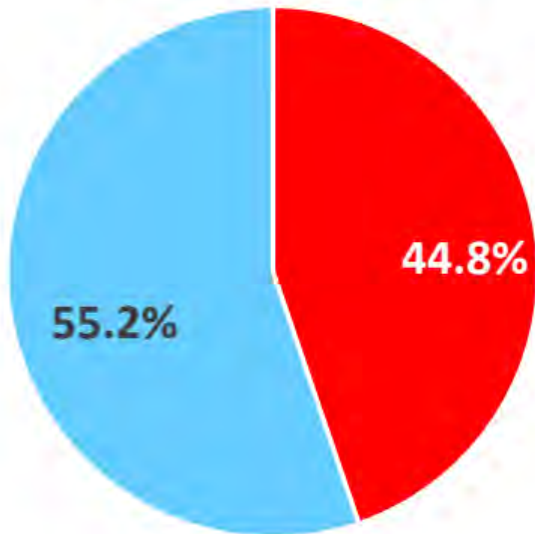
【居宅サービス】



■ 赤字 ■ 黒字

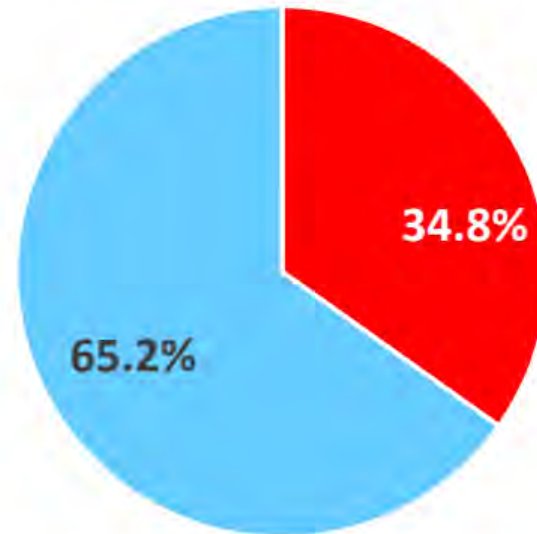
赤字事業所・黒字事業所の割合（令和6年度決算）

【施設サービス】



■ 赤字 ■ 黒字

【地域密着型サービス】



■ 赤字 ■ 黒字

老健施設の将来へ向けて

- 在宅復帰・在宅療養支援施設
- 医療・介護提供施設
- リハビリテーション施設
- ターミナルケア・看取り
- ショート機能（短期集中リハ・医療ショート
・緊急BPSD・レスパイト）
- 介護予防（フレイル・通いの場）
- 通所・訪問（多機能・多職種）
- 地域包括ケアステーション（多機能化・
複合化　かかりつけ医連携）

令和7年11月27日
第36回全国介護老人保健施設大会
於： 下関市

老健施設の未来へ向かって ～「これから」の老健～

福岡国際医療福祉大学
看護学部/ヘルスサービスリサーチセンター 教授
松田晋哉

利益相反（COI）

発表者名 松田晋哉

講演発表に関連し、

開示すべきCOI関係にある企業・団体などはありません。

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加
- サービス需要の地域差。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化
- ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保
- ③ 人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援
- ④ 地域の共通課題と地方創生（※）

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

(1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
- （ 配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等 ）
- ・ 地域の介護等を支える法人への支援

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・ 包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- 将来の需要減少に備えた準備と対応

(2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

(3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

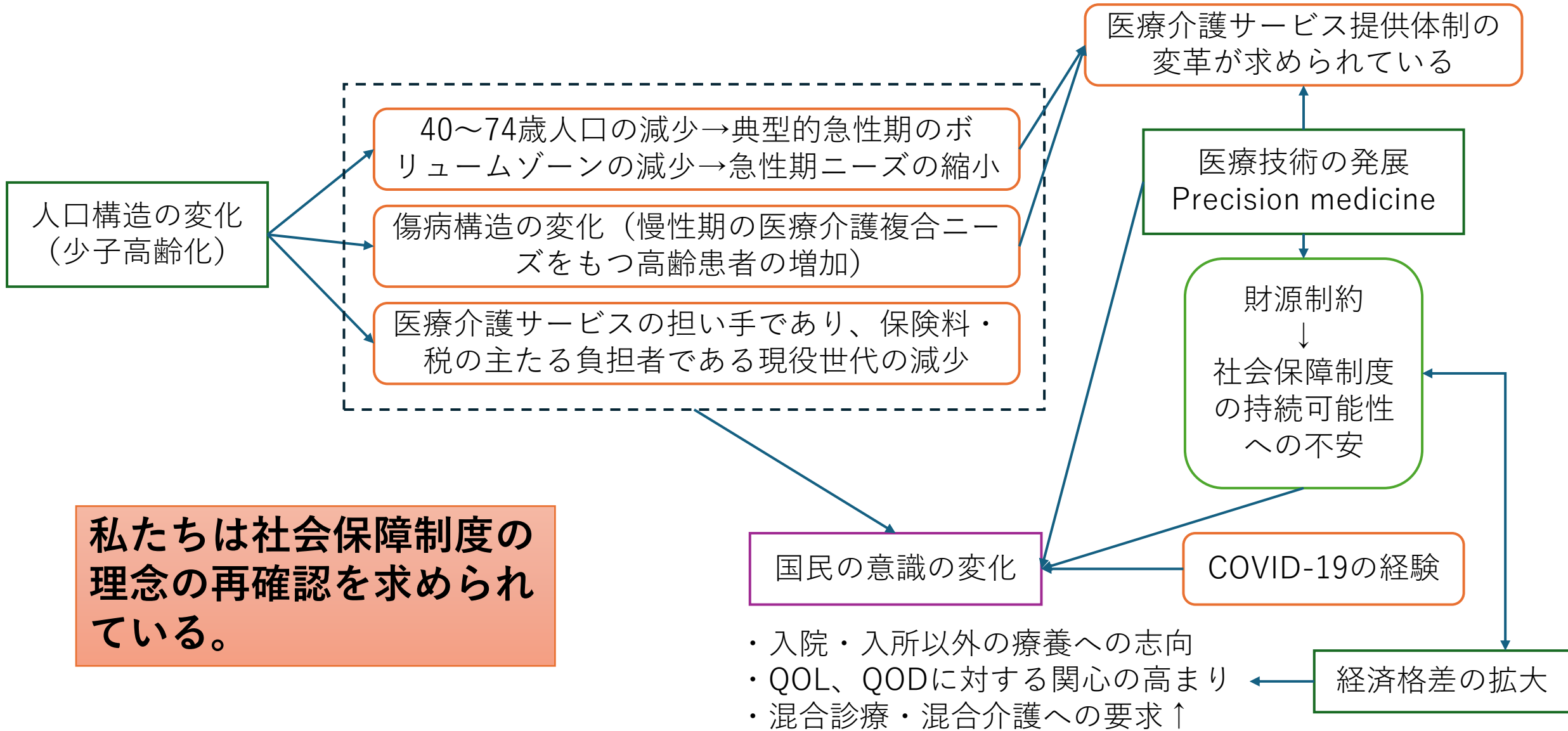
(4) 福祉サービス共通課題への対応
(分野を超えた連携促進)

- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援
- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

老人保健施設の特徴

- 老人保健施設には医療介護のほとんどの職種が勤務している。
- 多くの施設は、通所系、訪問系サービスとともに提供している。
- 介護施設の中で最もリハビリテーション機能が充実している。
- ある程度の医療ニーズに対応することができる。
- 平均的に言って、中学校区に1か所は存在している

医療介護施設経営を取り巻く環境に大きな変化が生じている



単独あるいは複数の二次医療圏域

傷病構造の変化
(複数の慢性疾患を持つ
要介護高齢者の増加)

従来の急性期患者 (初発の悪性腫瘍、急性心筋梗塞など) の減少

専門医制度の影響
・ 症例数
・ 設備
・ 指導体制

広域

高度急性期・急性期機能を担う病院の集約化の必要性 ↑

地域包括ケアシステムの基盤

日常生活圏域

在宅療養支援病院的な機能を持つ病院の必要性 ↑

- ・ 高齢者救急への対応 (トリアージを含む)
- ・ 在宅ケアの支援
- ・ レスパイト
- ・ 総合診療的ニーズの入院への対応
- ・ ……

診療所

連携

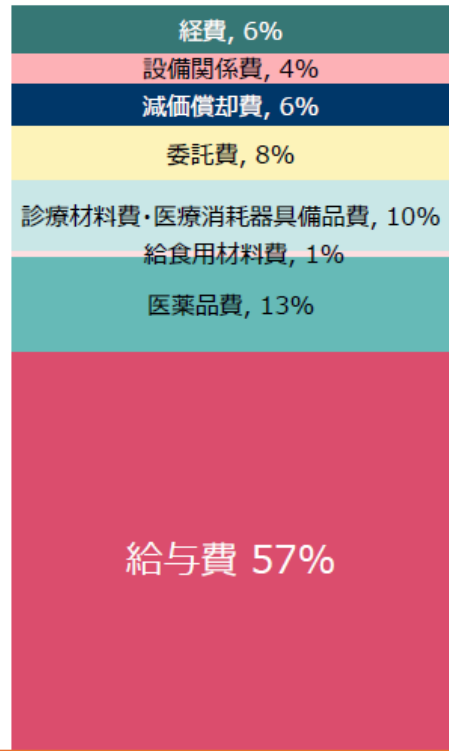
介護事業者

連携

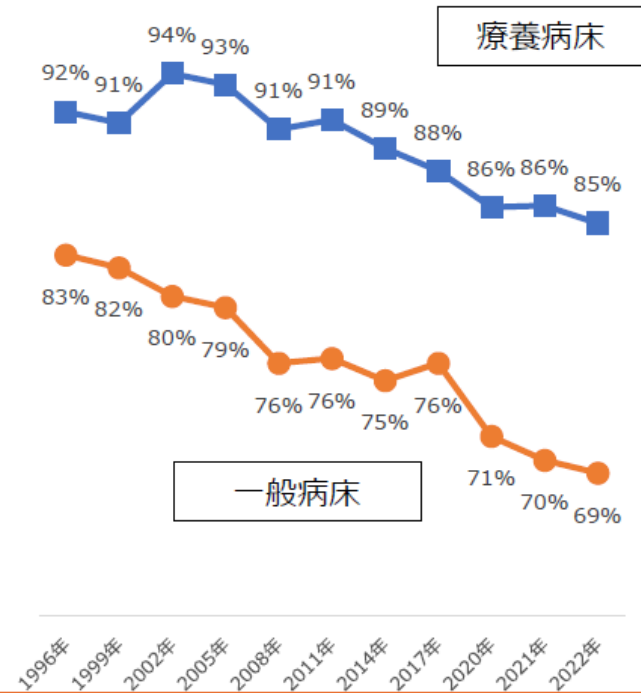
病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

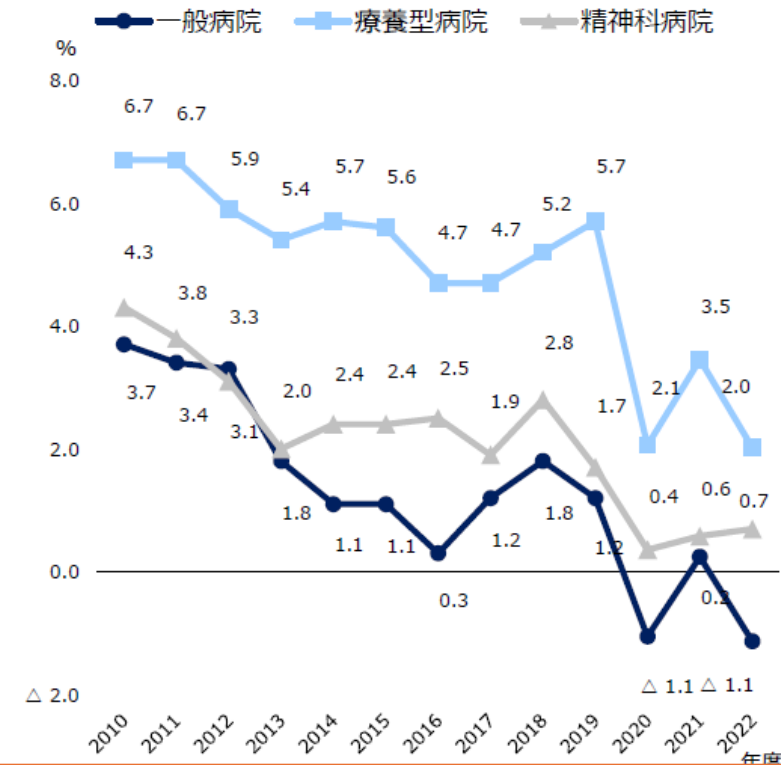
一般病院の費用構造



病床利用率の推移



病院の医業利益率の推移



医療・介護サービスを必要とする高齢者が増加しているのに、なぜ療養病床や介護施設の受療率・利用率が低下あるいは伸び悩んでいるのか？
住居系サービス比べて、療養病床や介護施設が使いにくくなっているのではないか？

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

超高齢社会における地域包括ケアとは（私見）

安心できる日常生活の継続

住まい・生活

生きがい

介護

プライマリ
ケア

訪問・通所系

施設

急性期～回復期入院

慢性期入院

基盤としての医療提供体制

高齢者が
日常的に
意識する
領域

高齢者が
緊急時に
意識する
領域



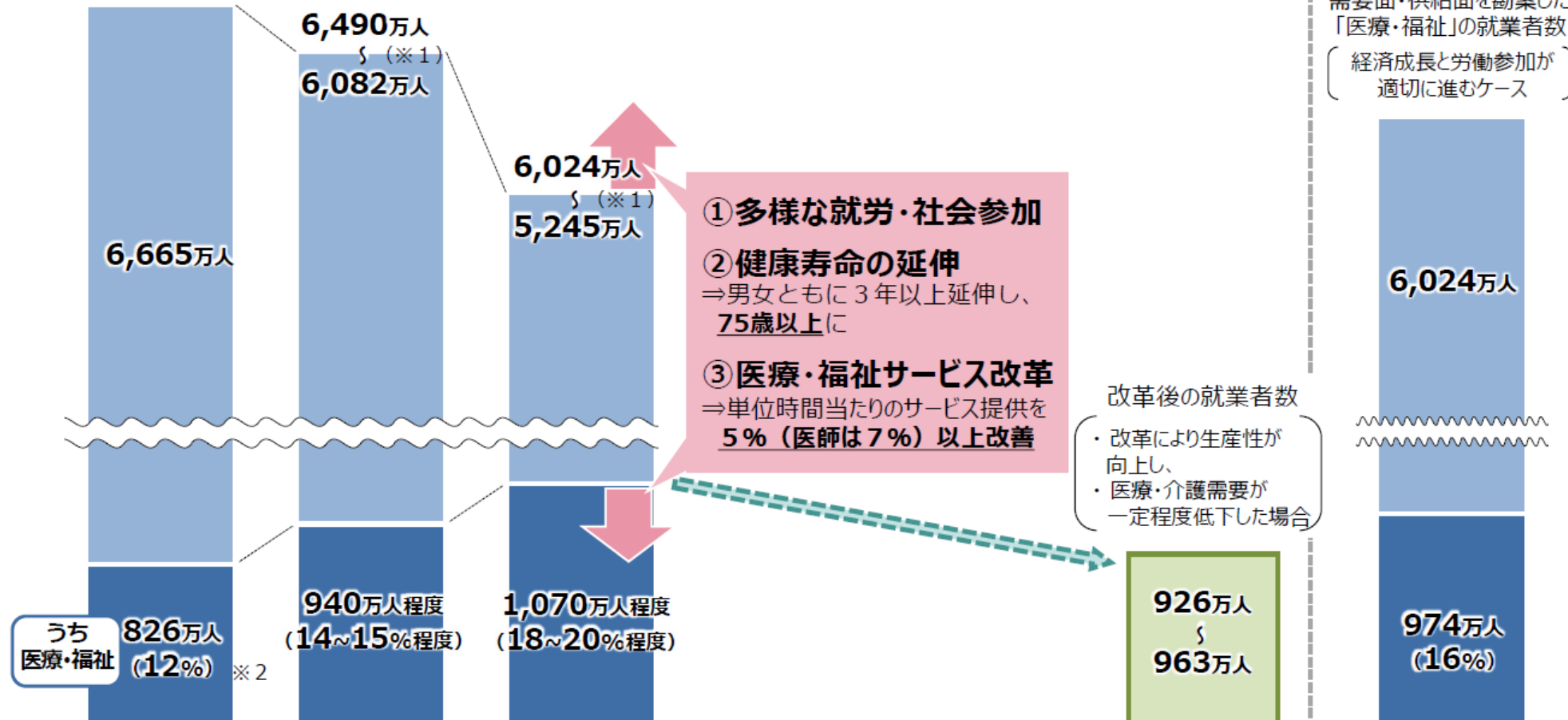
介護サービスにおいては訪問・通所系の方が住民により認識されやすいサービスになっているのではないかと。また、施設サービスにおいてはより長期に入所できる介護老人福祉施設や介護医療院が好まれているのではないかと？

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1(一部改)

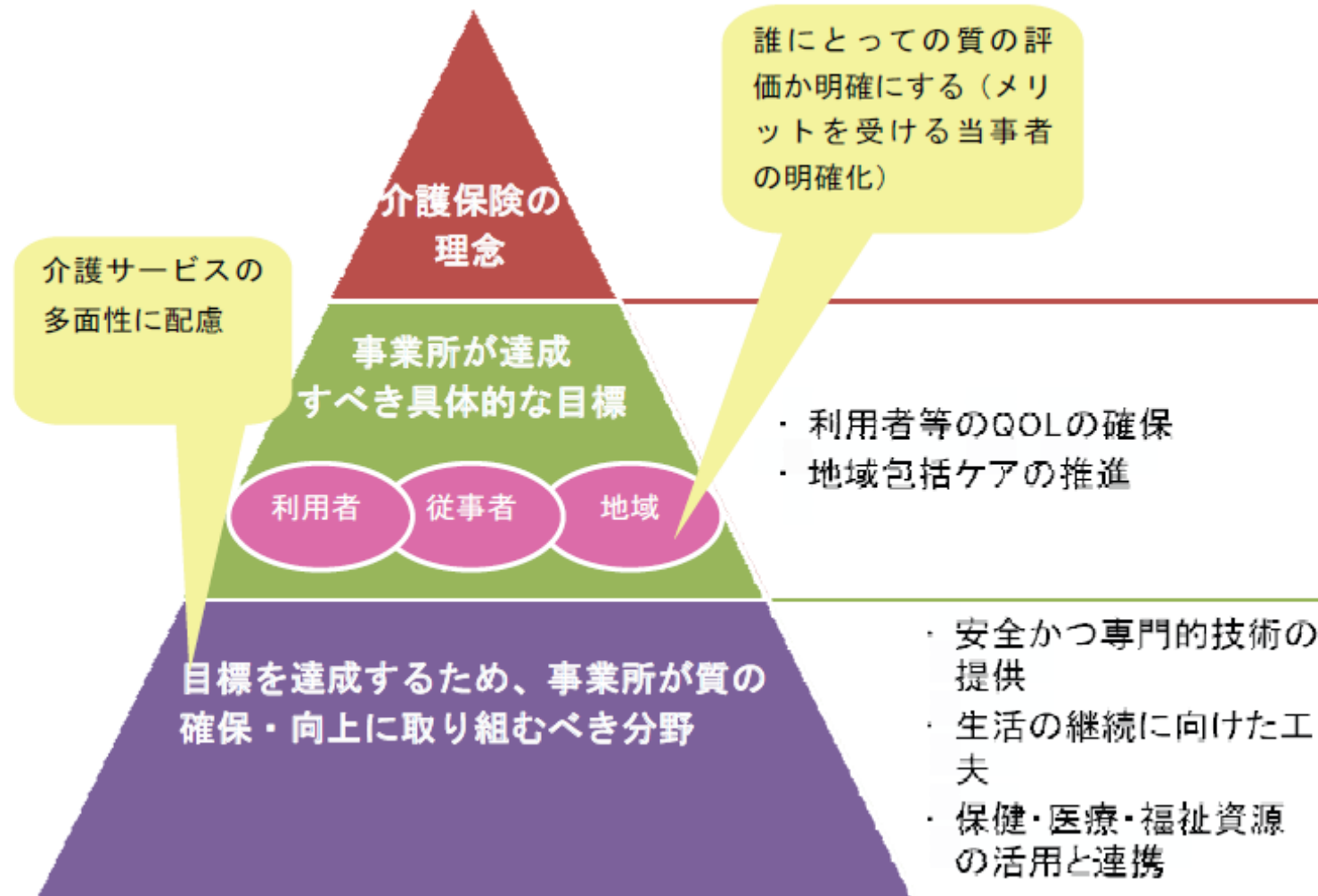
○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

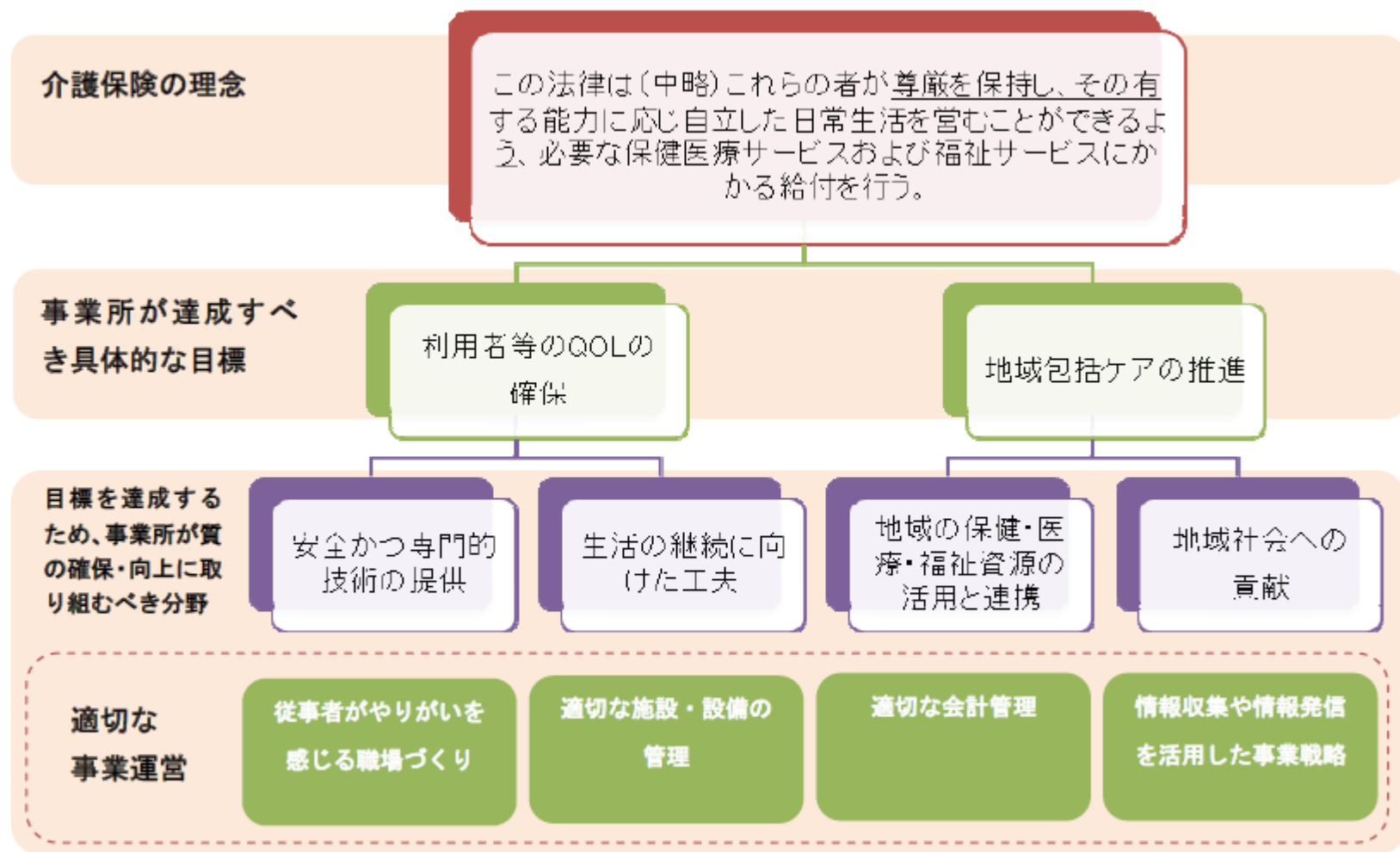


- 効率的なサービス提供体制が求められている→適切な規制緩和、ネットワーク化（範囲の経済、規模の経済）
→老人保健施設はこの規制緩和・ネットワークにどのように関わるのか？
- 老人保健施設の強みとしての、医療・介護の両方に関わる職種及びマネジメント職の存在

質の評価の階層図（基本イメージ）



質の評価の階層図（詳細イメージ）



超高齢社会における地域包括ケアとは（私見）

安心できる日常生活の継続

住まい・生活

生きがい

介護

プライマリ
ケア

訪問・通所系

施設

急性期～回復期入院

慢性期入院

基盤としての医療提供体制



高齢者が
日常的に
意識する
領域

高齢者が
緊急時に
意識する
領域

連続性・総合性
の可視化

連続性・総合性のある尊厳に配慮したケア
→ 評価指標が必要
→ 総合的なサービスを提供している老人保健施設が率先して作る必要がある。

65歳以上の脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況

(西日本の一自治体データ： 2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険 利用	介護施設 入所	一般病 床	回復期 病床	療養病 床	介護保 険利用	介護施 設入所	累積死 亡
脳梗塞(1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折(1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全(1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎(1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎(1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

出典： 松田 (2019)

医療と介護の複合化を踏まえたサービス提供体制の在り方を検討すべきではないか？

新しい地域医療構想の議論のポイント

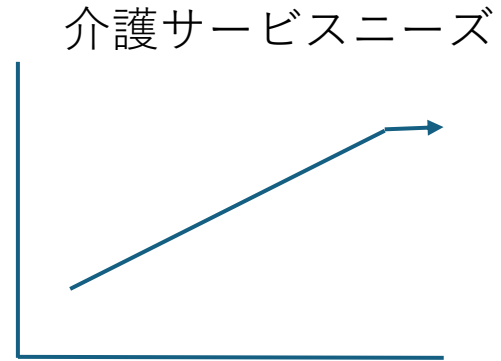
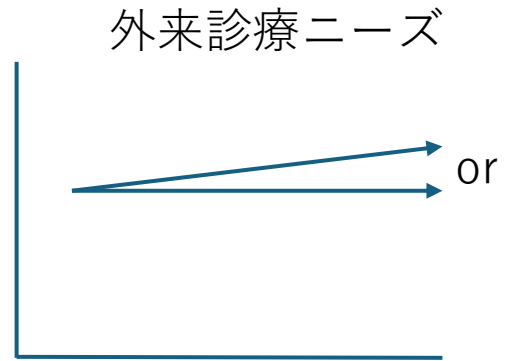
各地域でAの機能を果たす病院とBの機能を果たす病院を決めること

- Aの機能をもつ病院に求められること→特定機能病院、地域医療支援病院
 - 広域で急性期機能（がん診療、手術、救急、周産期、医師派遣など）を持つこと
 - その機能を24時間365日体制で担える人的資源、物的資源があること
- Bの機能をもつ病院に求められること
 - 介護施設や在宅医療を担う診療所を支える機能
 - 高齢者救急への対応（一次対応、調整、下り搬送の受け皿）
 - 肺炎、心不全、尿路感染症、脱水、・・・
 - 地域における医療介護連携の中核としての調整機能を持つこと
 - **高齢社会においてはB病院の役割が重要になることに関する共通認識**

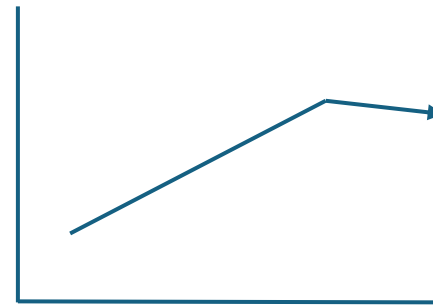
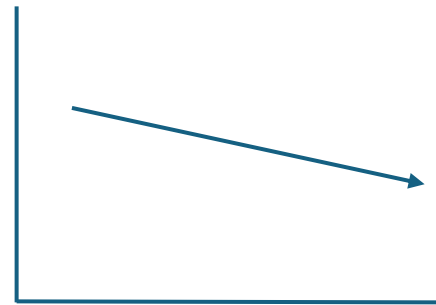
老人保健施設はこのネットワークの中でどのような役割を果たすのか？

外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン

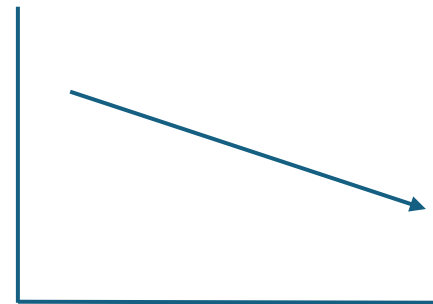
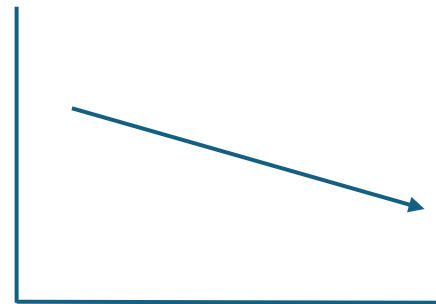
① 地域A
ex: 東京都区部



② 地域B
ex: 地方都市



③ 地域C
ex: 中山間地域

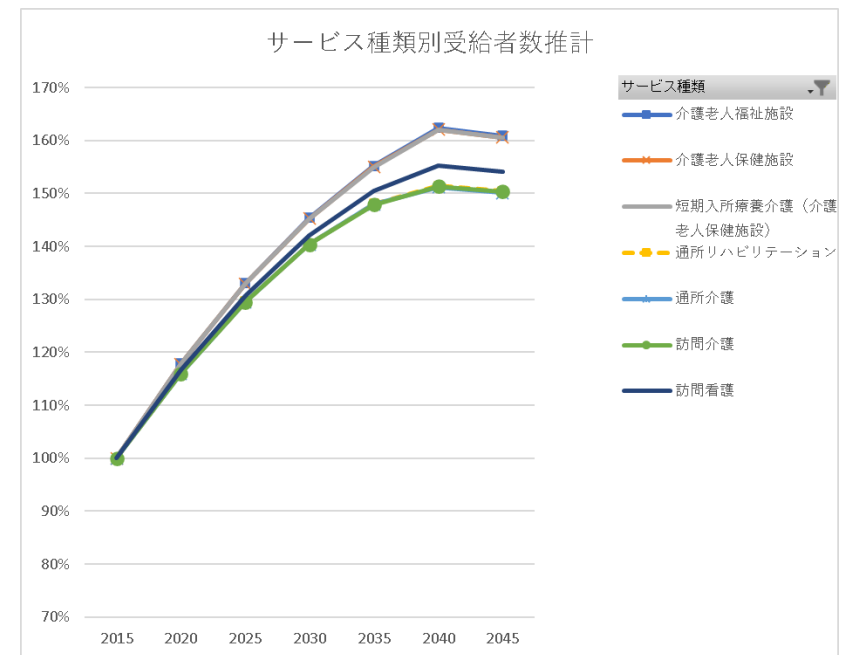
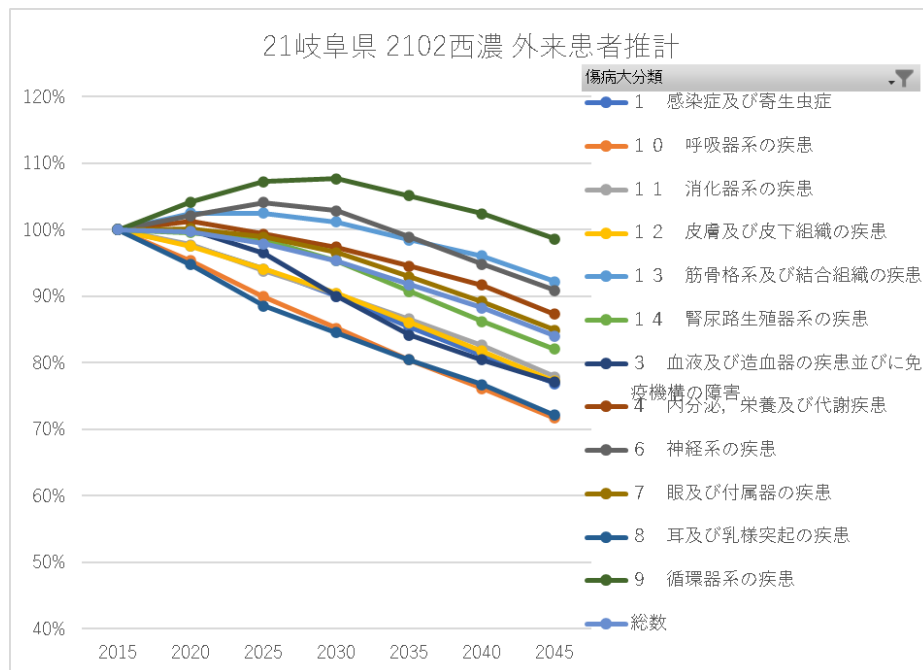
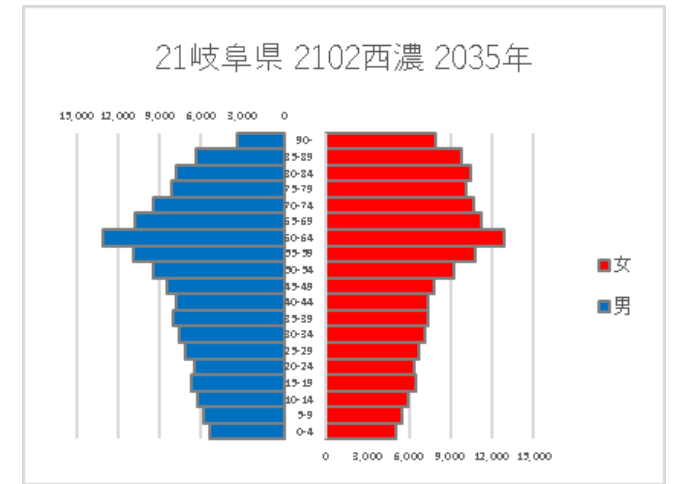
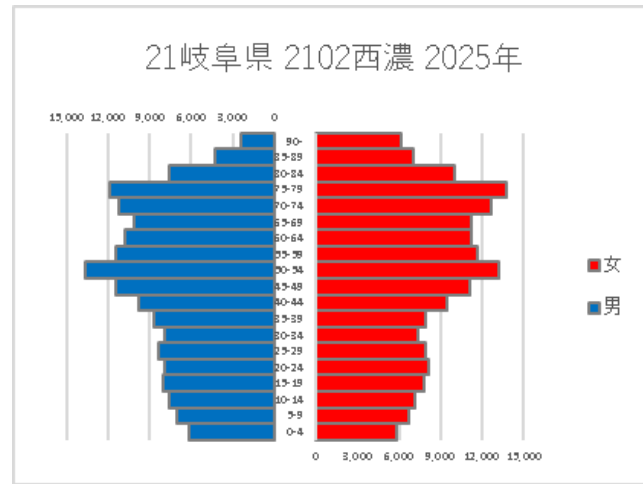
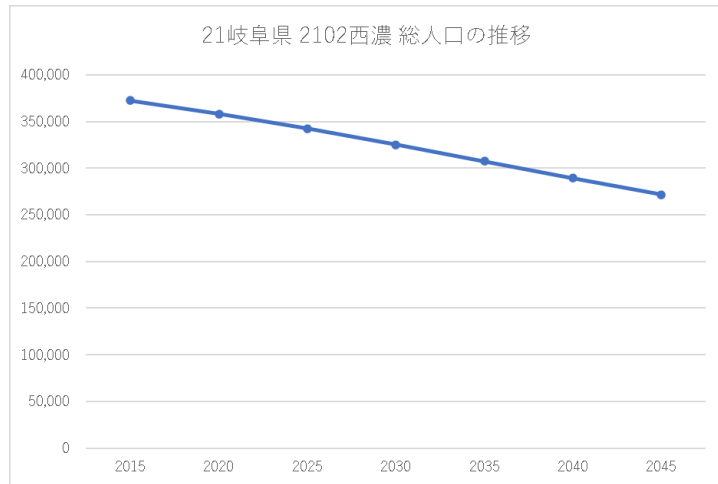


慢性期への対応

$$\text{慢性期} = \overset{\textcircled{1}}{\text{入院}} + \overset{\textcircled{2}}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

②の地域は2035年から2040年に介護需要のピークを迎え、以後低下傾向になる。すでに外来需要は「減少傾向にあり、入院医療も典型的な急性期のニーズが減少している。①と同様、施設介護を必要とする状態像の要介護高齢者の在宅ケアが増加するため、**訪問診療を行う医療施設（主に診療所）の確保とそれを支える病院（Type B）病院のネットワーク化が課題**となる。そのためにも、地域の一般病院でType Bの機能を担う病院を明確にする必要がある。病院総合医、特定看護師、ソーシャルワーカー、セラピストの役割の重要性については①と同じ。

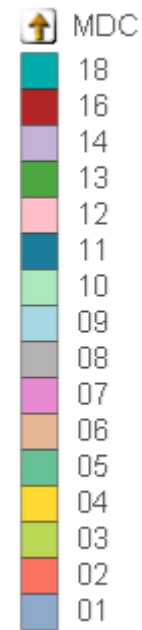
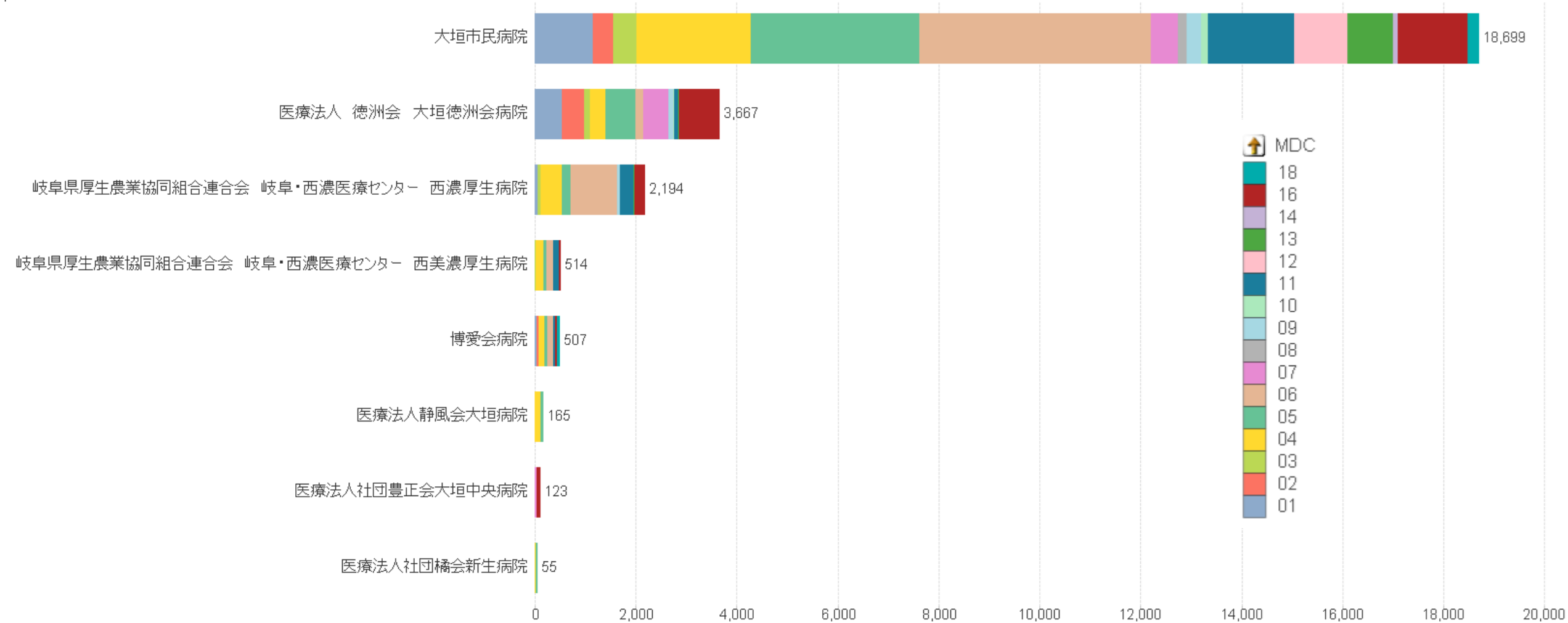
地域Bにおける人口及び医療・介護需要の変化（岐阜西濃）



岐阜西濃医療圏 DPC診療実績 全体 R5

患者数

hpNm



岐阜西濃医療圏

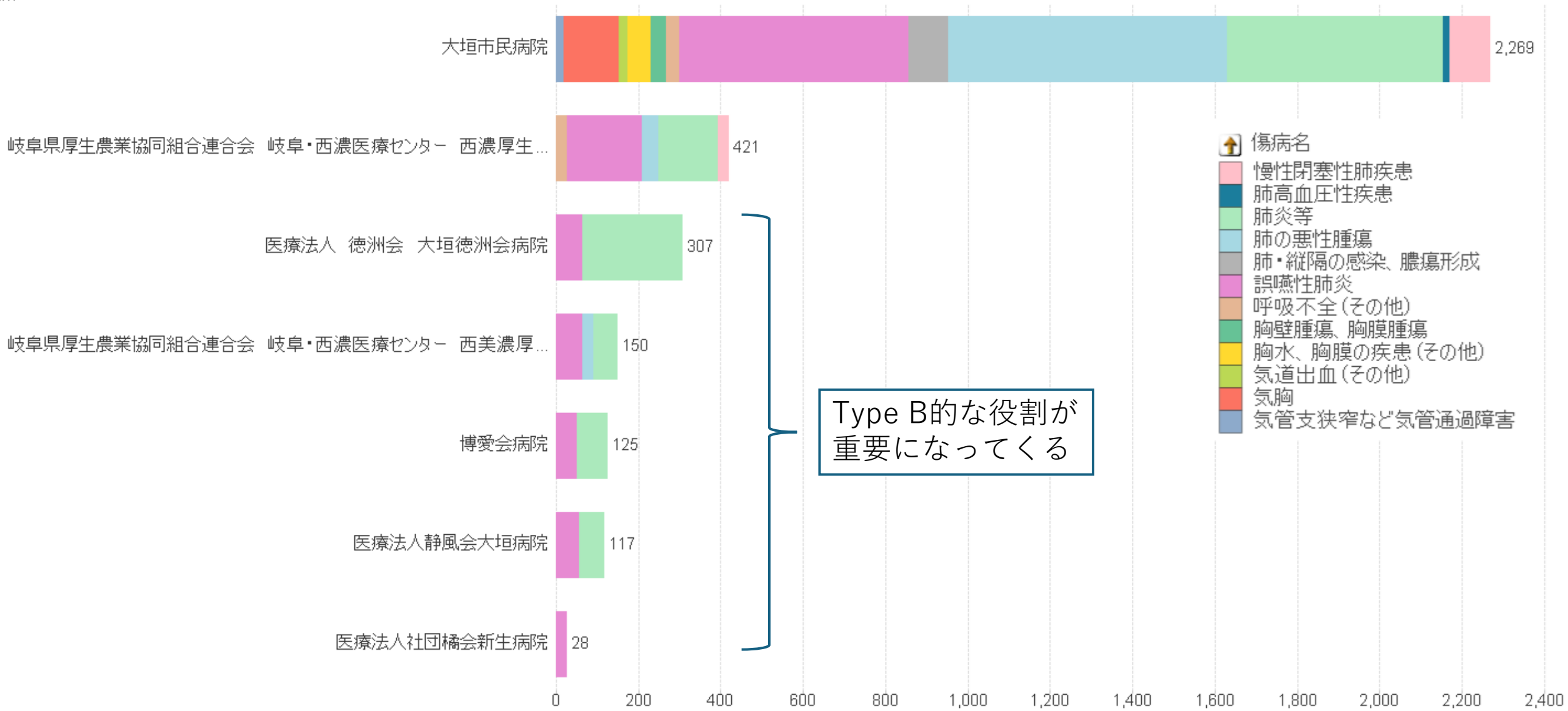
DPC病院実績

MDC04

R5

患者数

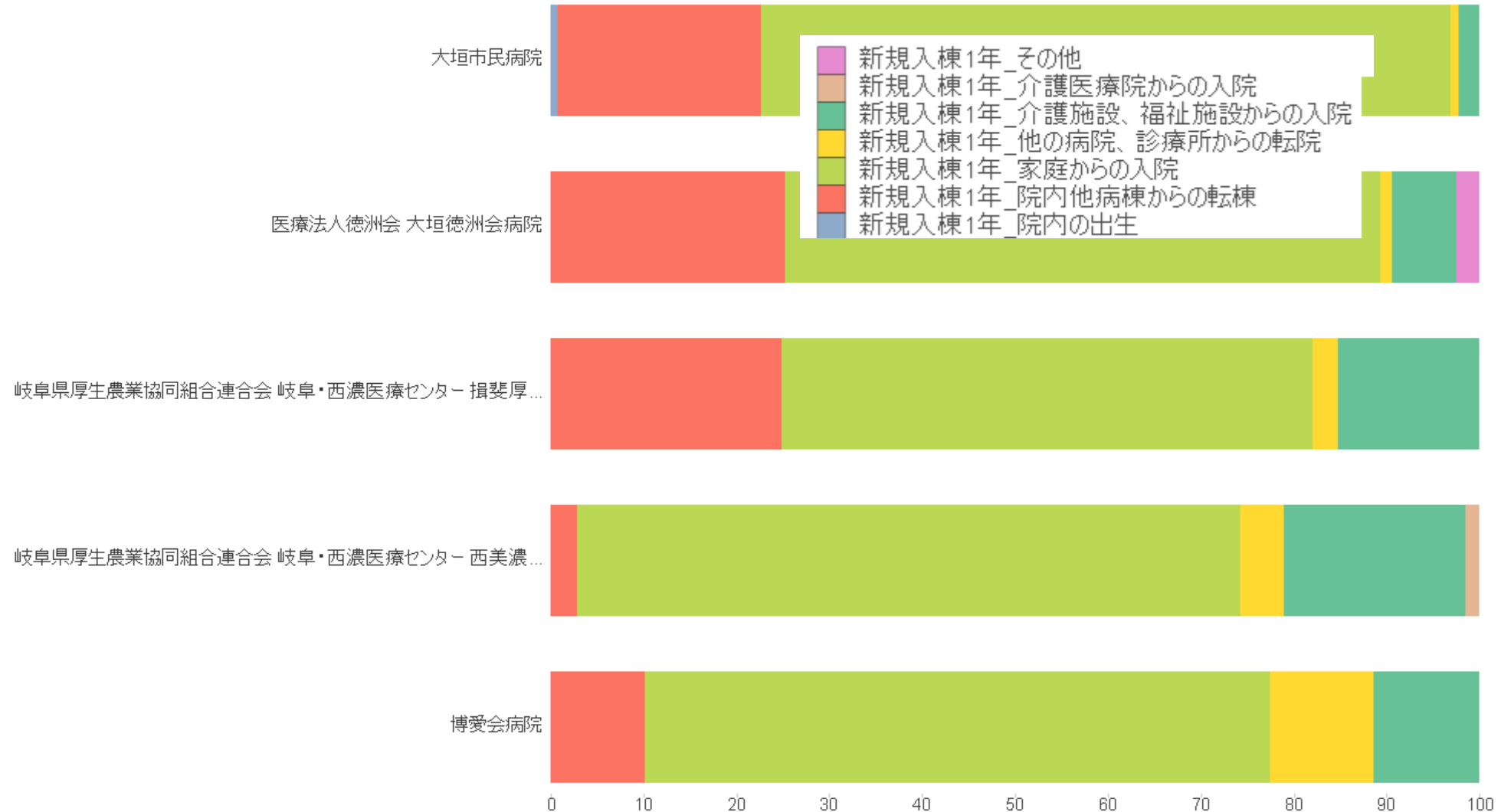
hpNm



入院経路 岐阜西濃医療圏 高度急性期・急性期 R5

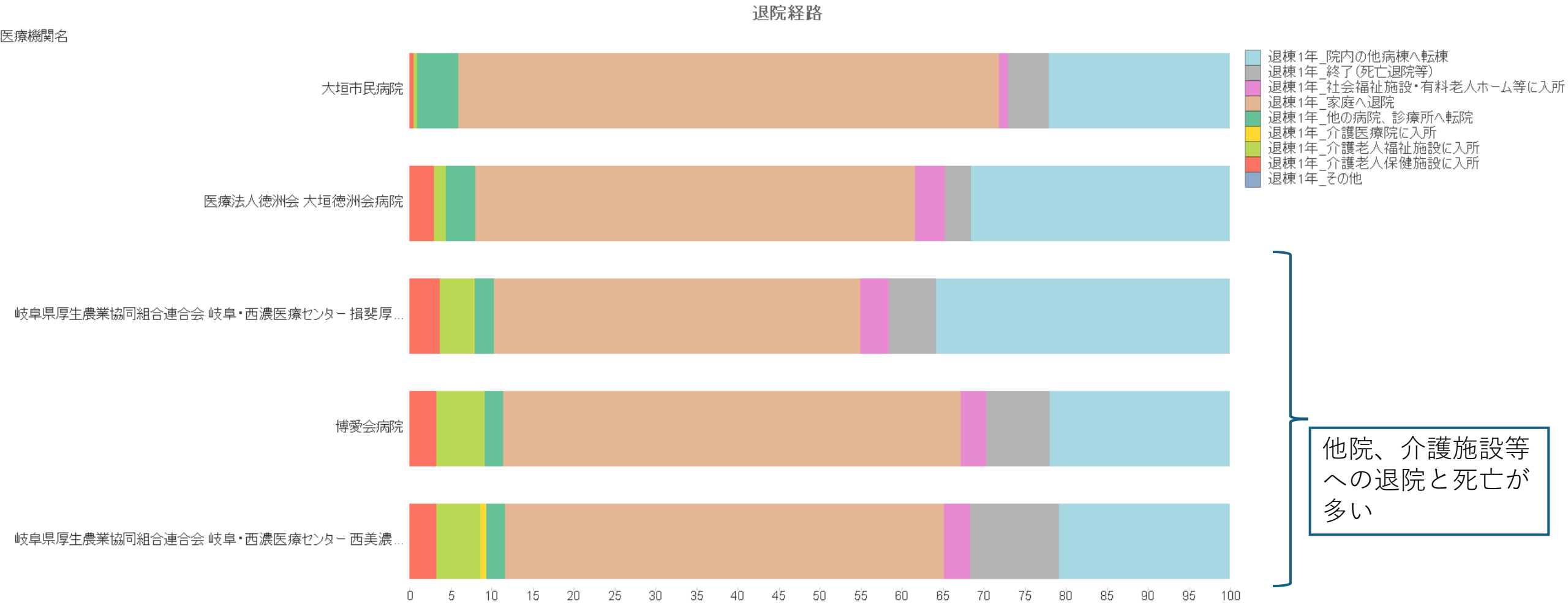
入院経路

医療機関名



介護施設等からの入院が多い

退院経路 岐阜西濃医療圏 高度急性期・急性期 R5



岐阜西濃医療圏 病院管理指標 R5

医療機関名	一般病床数	療養病床数	在棟患者延 べ数_年間	新規入棟 患者数_...	病床稼働率	平均在院日 数
	1,721	340	573,142	39,372	76.2	14.5
大垣市民病院	744	0	225,667	24,337	83.1	9.3
医療法人徳洲会 大垣徳洲会病院	180	101	87,664	5,125	85.5	17.1
岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医...	218	31	56,980	3,692	62.7	15.4
岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医...	185	0	48,081	2,155	71.2	22.2
博愛会病院	109	101	57,401	1,749	74.9	31.1
海津市医師会病院	97	0	19,326	760	54.6	25.8
医療法人社団豊正会大垣中央病院	51	0	13,877	606	74.5	23.5
新生病院	50	44	27,130	523	79.1	51.5
名和病院	52	63	27,926	236	66.5	110.6
大垣病院	35	0	9,090	189	71.2	47.6

岐阜県の医療圏別SCR(令和元(2019)年度診療分)

SCRの状況から、慢性期をどのような形で支えているかが推察できる。

二次医療圏	初再診料_2	一般病棟入院基本料等_1	療養病棟入院基本料_1	有床診療所入院基本料_1	有床診療所療養病床入院基本料_1	回復期リハビリテーション病棟入院料_1	地域包括ケア入院医療管理料_1	退院時リハビリテーション指導料_1	退院前訪問指導料_1	退院後訪問指導料_2	往診等_2	緊急往診加算等
2101岐阜	114.1	100.1	70.5	178.8	223.3	103.1	99.5	94.0	247.2	171.0	167.5	157.0
2102西濃	91.9	84.4	73.9	168.2	0.0	0.0	69.2	60.2	61.2	0.0	98.2	88.1
2103中濃	92.1	82.7	70.0	105.2	0.0	0.0	124.6	75.5	62.4	80.5	80.4	79.5
2104東濃	94.7	91.3	22.4	67.1	452.0	71.4	74.8	61.3	59.1	41.2	96.0	111.8
2105飛騨	80.7	83.3	38.1	100.0	0.0	0.0	137.6	39.4	22.6	76.3	65.6	64.3
二次医療圏	在宅患者訪問診療料等_2	救急搬送診療料	在医総管等_2	施医総管_2	在がん医総_2	訪問看護指示料_2	介護施設SCR	サ高住SCR	ショートステイSCR	訪問看護SCR	通所サービスSCR	訪問介護SCR
2101岐阜	121.7	188.1	122.3	131.1	93.2	150.0	91.7	49.4	123.5	101.4	115.3	129.7
2102西濃	97.0	56.2	96.9	90.4	238.8	118.4	107.9	33.1	179.7	104.9	106.6	87.9
2103中濃	73.2	148.5	73.1	73.8	0.0	78.1	105.2	63.9	124.2	67.5	105.1	67.1
2104東濃	95.6	152.5	97.3	103.4	587.4	110.2	103.6	80.2	118.8	139.7	102.1	105.4
2105飛騨	76.1	232.6	57.4	61.9	0.0	155.2	119.8	49.2	167.9	100.9	105.3	63.3

高齢者救急の出口問題を考える

2011年4月から2017年3月までの間に肺炎で老健からDPC対象病院に入院した要介護認定情報のある75歳以上の患者（3,682名;4自治体データ）



在院日数に影響する要因の分析

- 要介護度
- 年齢
- 肺炎の種類
- 併存症の種類
- 死亡の有無
- 救急医療の利用
- ICU等の利用
- 連携の有無
- 退院先

在院日数に関連する要因の分析結果

(老健からDPC対象病院に入院した75歳以上の肺炎症例：
4自治体データ)

第1次レベル患者、第2次レベル病院のマルチレベルモデル分析						
パラメータ	推定値	標準誤差	p値	95% 信頼区間		
切片	23.6	11.3	0.037	1.5	～	45.8
老健一致 (なし=0, あり=1)	-25.1	1.4	<0.001	-27.8	～	-22.3
連携関連報酬算定(なし=0,あり=1)	-1.3	0.3	<0.001	-1.8	～	-0.7
誤嚥性肺炎 (なし=0, あり=1)	0.5	1.2	0.691	-1.9	～	2.8
悪性腫瘍 (なし=0, あり=1)	2.5	1.5	0.109	-0.5	～	5.4
認知症 (なし=0, あり=1)	-2.3	1.3	0.069	-4.8	～	0.2
救急 (なし=0, あり=1)	-2.8	1.8	0.113	-6.3	～	0.7
要介護度 (要支援2=1～要介護度5=6)	1.0	0.5	0.033	0.1	～	1.9
老健一致連携交互作用	0.8	0.3	0.012	0.2	～	1.3

同じ施設に帰れると25日平均在院日数が短くなる → 医療介護の連携問題

地域包括支援センターの課題



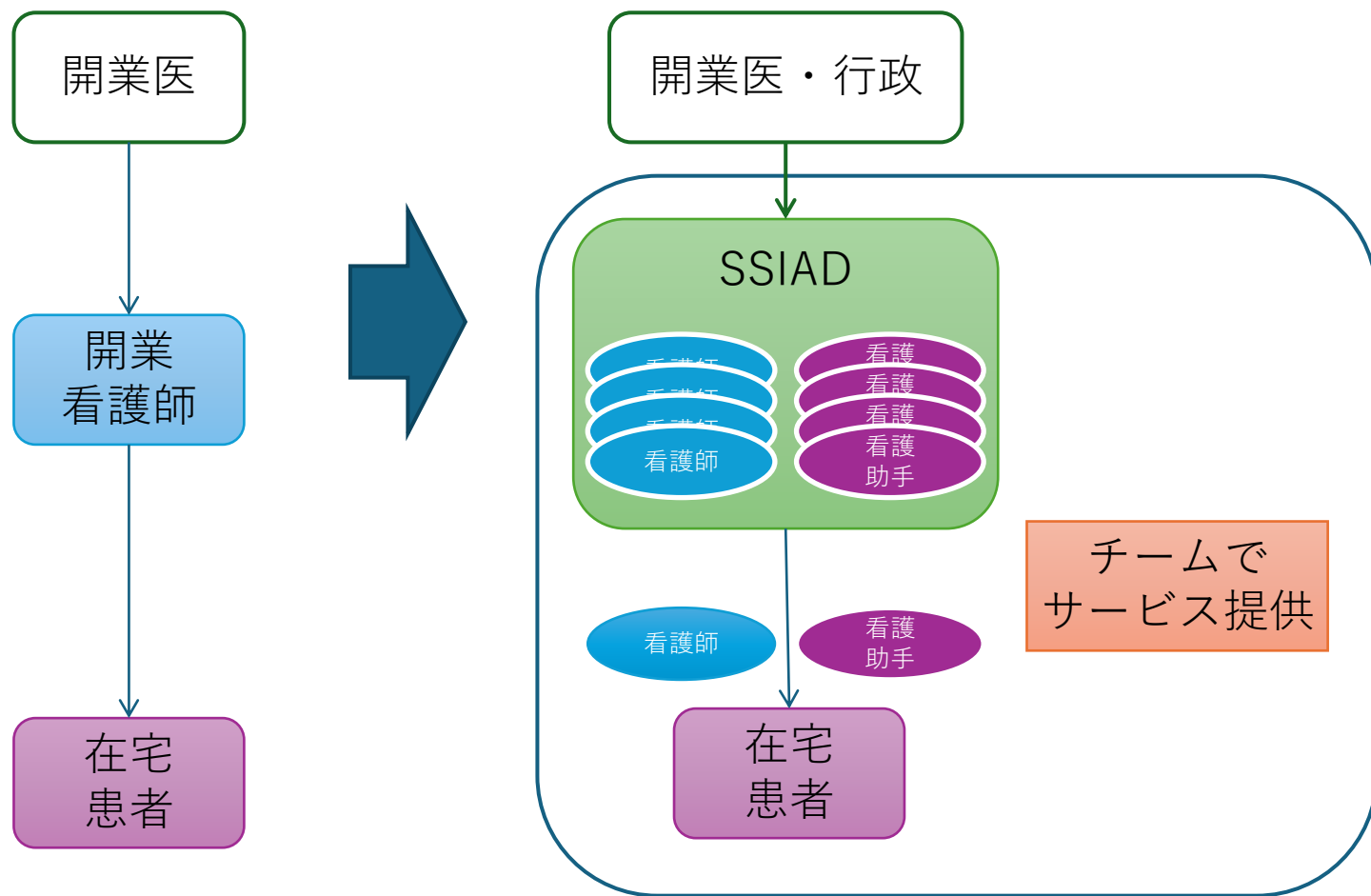
現状の課題

- ・ 24h/365日の受け入れ態勢になっていない
→ 緊急時の調整が難しい
- ・ 保健師、ケアマネージャー、社会福祉士の構成
→ 生活総合事業に参加する対象者で課題となる
リハビリテーション、栄養の視点が弱い
- ・ 財政力の弱い自治体では十分な対応が難しい
→ **老人保健施設**や老人福祉施設を持つ法人に委託



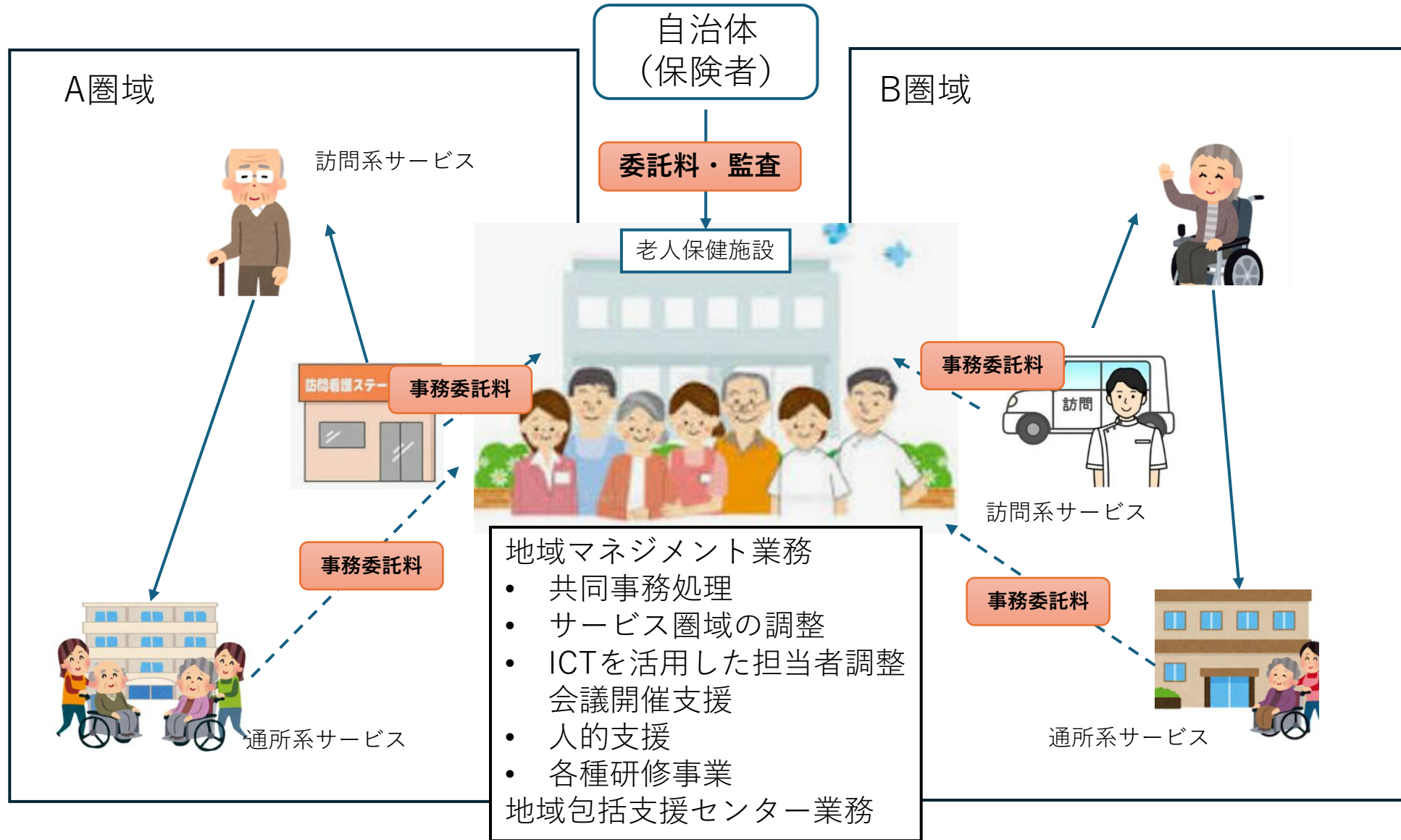
- ・ 全医療介護職が在籍し、24h/365日対応が可能
- ・ 生活総合支援事業に関連するサービスを内蔵している
- ・ 中学校区にほぼ1か所存在
- ・ すでに地域包括支援センターを受託している実績がある

フランスのSSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile 在宅看護サービス)



従来、開業医の指示箋を受けた開業看護師（多くは個人営業）が、地理的状況を考慮せずにサービスを提供していた。しかし、在宅でのサービス量が増加したこと、サービス内容に介護給付で提供される訪問介護サービスも含まれていたことから、その効率性・適切性が問題となった。そこで、看護師、看護助手が独立した事業者のまま、地域単位で設立されたSSIADに所属し、SSIADがサービス提供の調整を行うことで、労働生産性の向上を実現した。オランダのBuurtzorgもほぼ同じ考え方。

老人保健施設を活用した介護予防を含む地域マネジメント事業の展開 (老人保健施設により日本版SSIADシステムの提案)



過疎地域でのモデル事業として試行できないか？

結語： これからさらに高齢化が進む 地域社会においては・・・

- 急性期医療は相変わらず重要であり続ける。しかし、典型的な急性期の症例（初発のがん、急性心筋梗塞、初発の脳梗塞など）は減少する。
- 急性期の現場は、慢性期から繰り返し発生する急性期イベント（肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再発脳梗塞など）への対応を求められるようになる。
- 複合的なニーズを持つ慢性期の高齢者に対する医療・介護の役割が重要になる。また、そうした慢性期の場における予防（口腔ケア、栄養ケア、筋力や心肺機能向上のためのリハビリテーションなど）が重要になる。
- 複合なニーズに対応できる施設としての老人保健施設の在り方を「積極的に」考える。→地域包括ケアステーションとしての老人保健施設
- データ分析結果をもとにした、地域の医療機関や行政等への働きかけ

参考文献

複合化の現状をデータに基づいて説明



ビッグデータと事例で考える
日本の医療・介護の未来
勁草書房 (2021)

演者のこれまでの研究成果について、その概要を問題意識とともに解説



公衆衛生政策学の考え方
勁草書房 (2025年)

老健施設の未来へ向かって ～「これから」の老健～

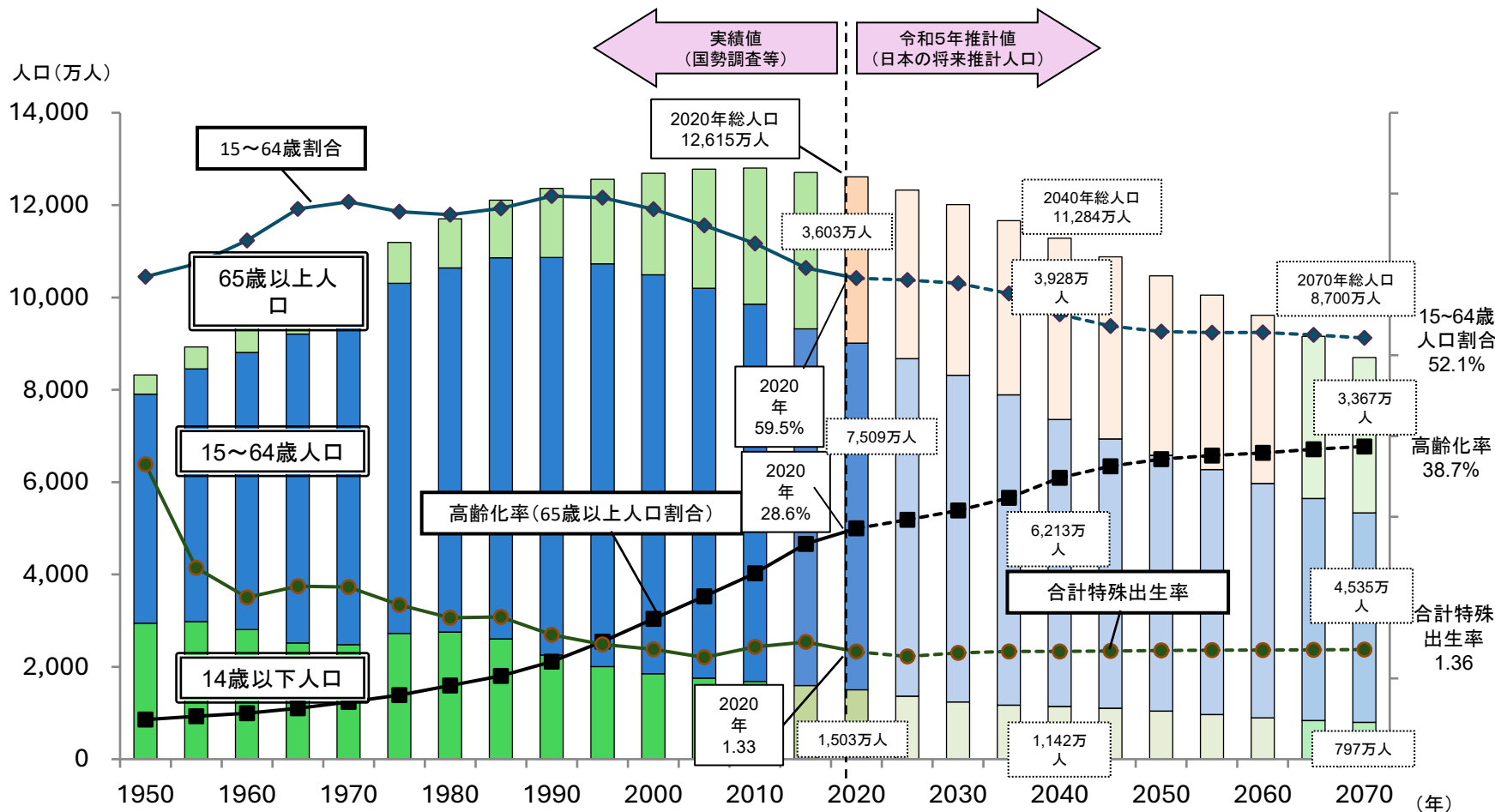
令和7年11月27日（木）

第36回全国介護老人保健施設大会 山口

厚生労働省老健局老人保健課長 堀 裕行

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。

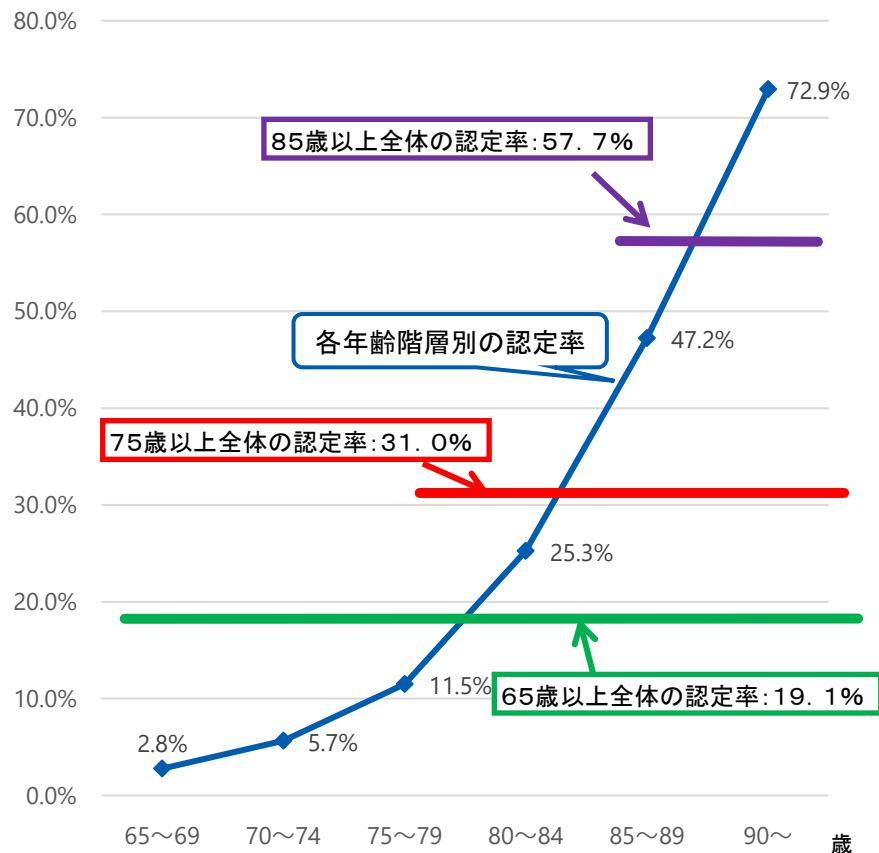


(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)」

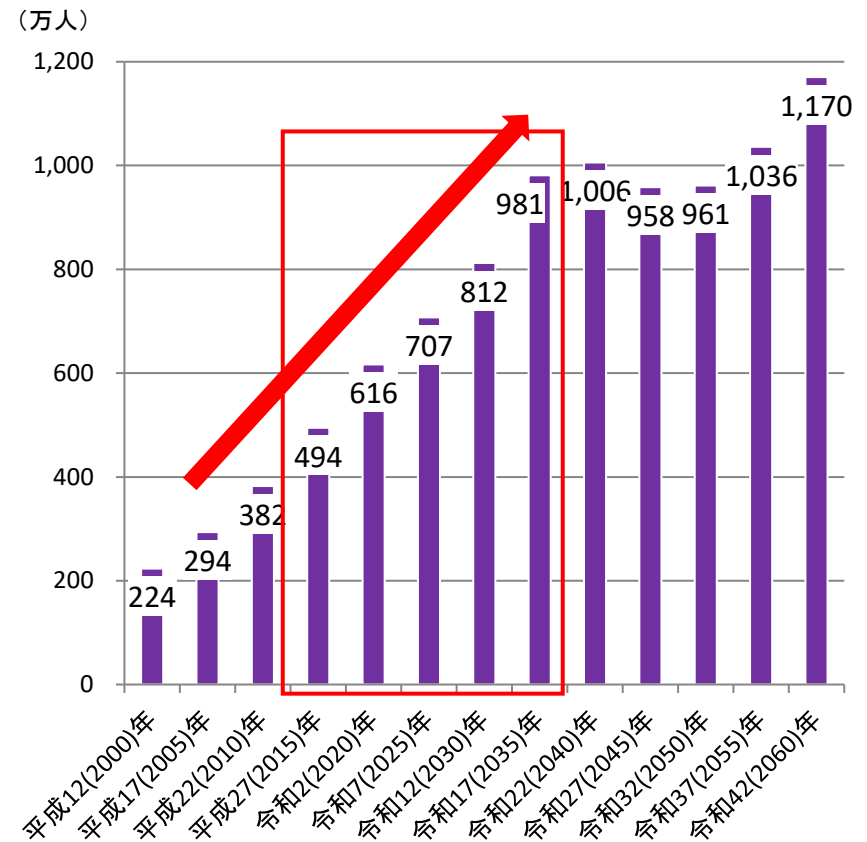
年齢と要介護認定率、医療介護の複合ニーズ

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上人口の推移



出典: 2023年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
 注)要支援1・2を含む数値。

出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計

人口の推移（全国）

【全国】

	人口（人）			指数（2025年 = 100）	
	2025年	2040年	2050年	2040年	2050年
総人口	1億2,326万	1億1,284万	1億 469万	91.5	84.9
0-14歳人口	1,363万	1,142万	1,041万	83.8	76.3
15-64歳人口	7,310万	6,213万	5,540万	85.0	75.8
65歳以上人口	3,653万	3,929万	3,888万	107.5	106.4
75歳以上人口	2,155万	2,228万	2,433万	103.4	112.9

↓ ↓
121.6 149.0

人口の推移（山口県）

【山口県】

	人口（人）			指数（2025年 = 100）	
	2025年	2040年	2050年	2040年	2050年
総人口	126万	106万	93万	83.5	73.0
0-14歳人口	13万	10万	9万	75.7	66.4
15-64歳人口	68万	53万	45万	78.9	65.7
65歳以上人口	46万	42万	39万	92.8	85.8
75歳以上人口	28万	26万	25万	91.6	89.7

↓
116.1

↓
136.5

人口の推移（東京都）

【東京都】

	人口（人）			指数（2025年 = 100）	
	2025年	2040年	2050年	2040年	2050年
総人口	1,420万	1,451万	1,440万	102.2	101.4
0-14歳人口	152万	149万	144万	97.5	94.5
15-64歳人口	944万	906万	870万	96.0	92.2
65歳以上人口	324万	396万	426万	122.3	131.6
75歳以上人口	192万	203万	252万	105.7	131.4

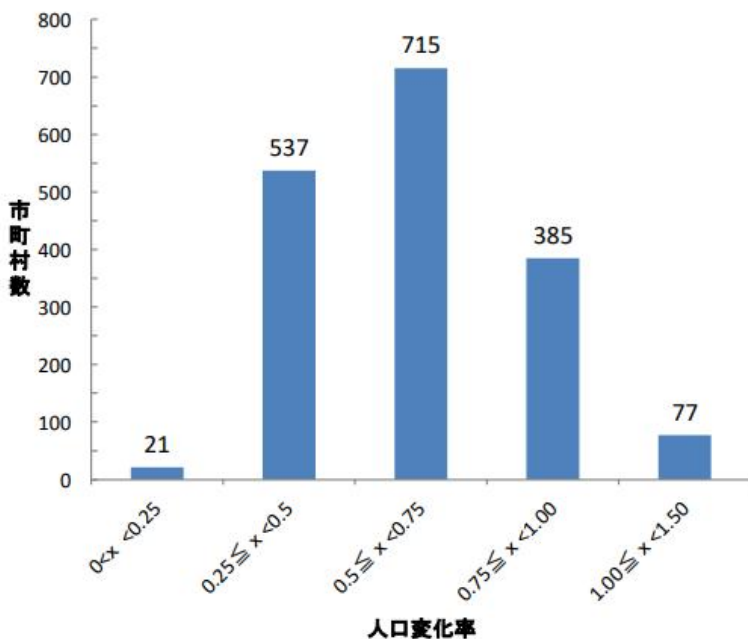
↓
110.1

↓
142.5

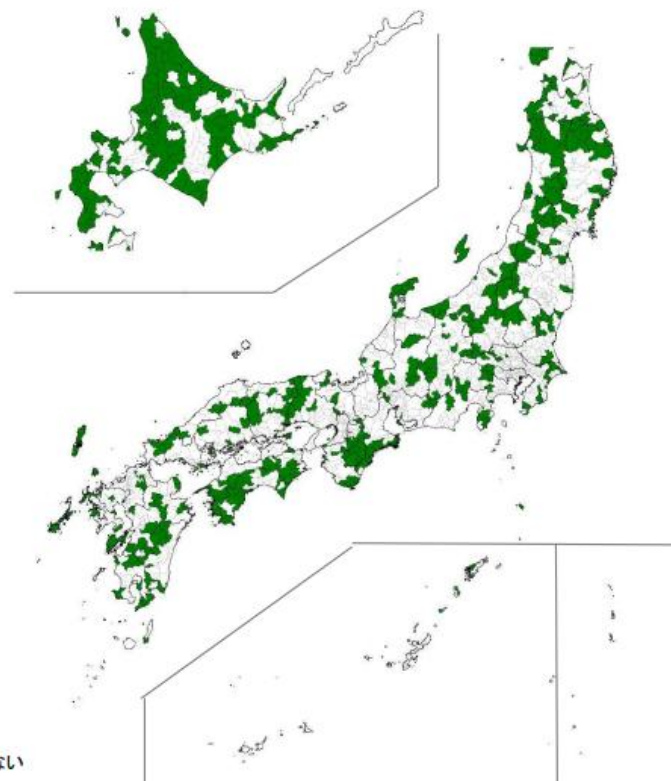
人口減少の地域差

- 市区町村別にみると、**558市区町村（全市区町村の約3割）が人口半数未満になり**、そのうち21市区町村が25%未満となる。
- 特に、人口が半減する市区町村は**中山間地域**等に多く見られる。

2015年人口に対する2050年人口の変化率別市区町村数



2050年までに人口半数未満となる市区町村の分布



(注)分析対象には、福島県富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村は入っていない

(備考) 1. 総務省「平成27年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」等より、国土交通省国土政策局推計
2. 国土数値情報500mメッシュ(4次メッシュ)の中心点が市区町村区域の内側に位置するメッシュを当該市区町村に属するメッシュとして集計。

(資料出所) 国土審議会計画推進部会 「国土の長期展望」 (令和3年6月)

2040年に向けた課題

- 人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
 （**配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供** 等）
- ・ **地域の介護を支える法人への支援**
- ・ 社会福祉連携推進法人の活用促進

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応・包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保。将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

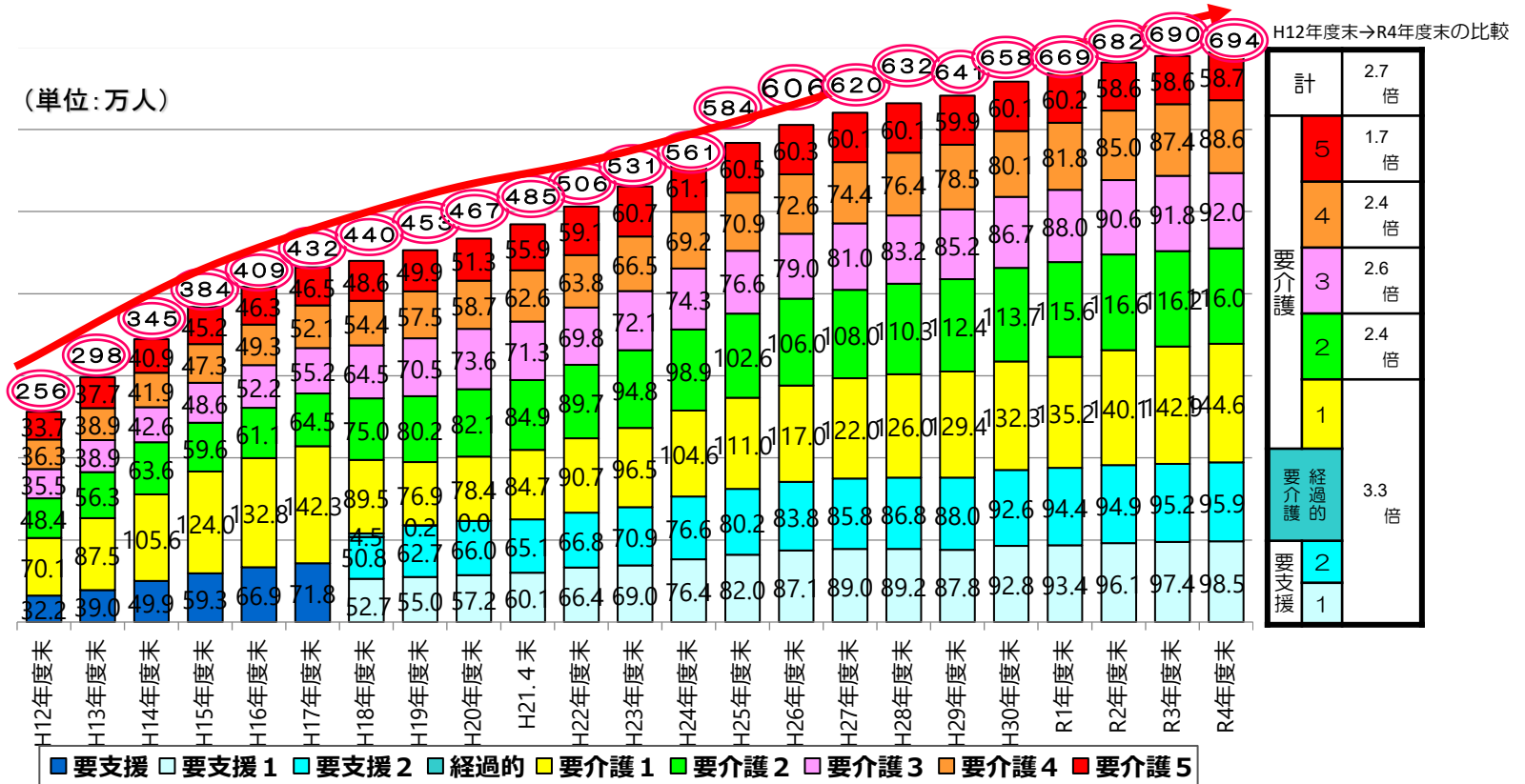
- ・ 地域における人材確保のプラットフォーム機能の充実等
- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
 ※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
 ※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

要介護認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、令和4年度末現在694万人で、この23年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



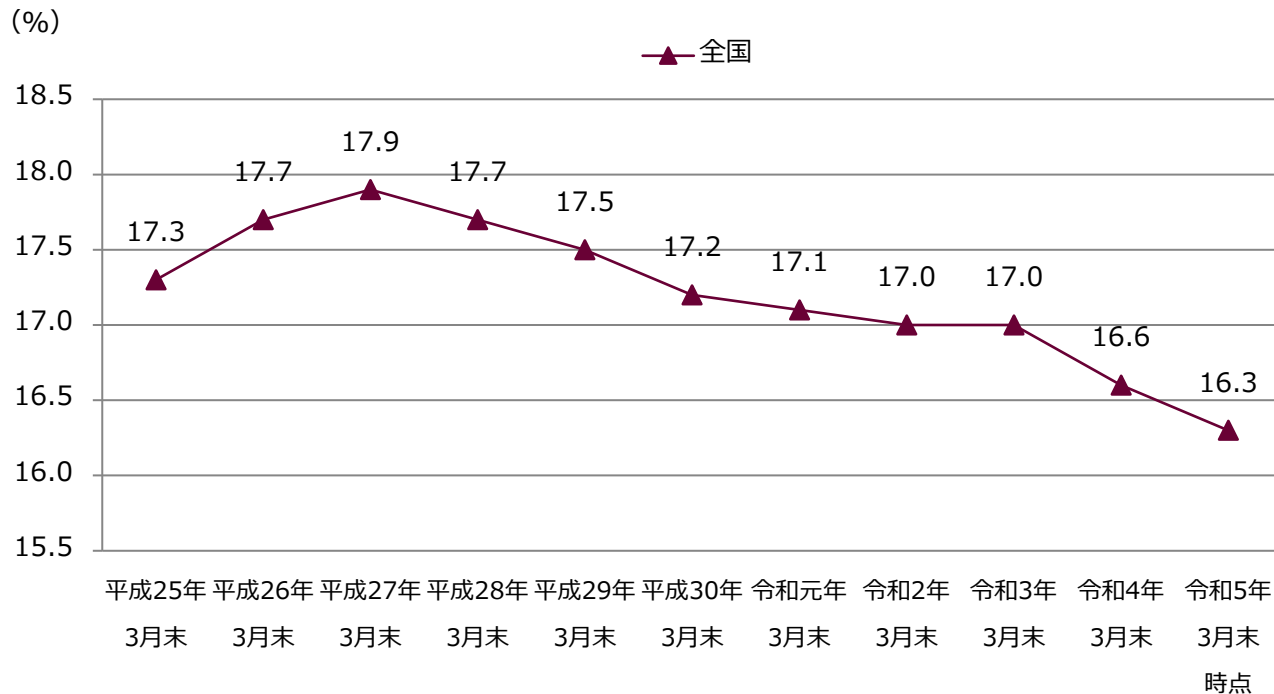
【出典】介護保険事業状況報告

注) H22年度末の数値には、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

要介護認定率（年齢調整後）の変化

○ 第1号被保険者の要介護認定率は、ピーク時の平成27年3月末の17.9%から減少し、令和5年3月末には16.3%となっている。（平成27年3月末比▲1.6%）

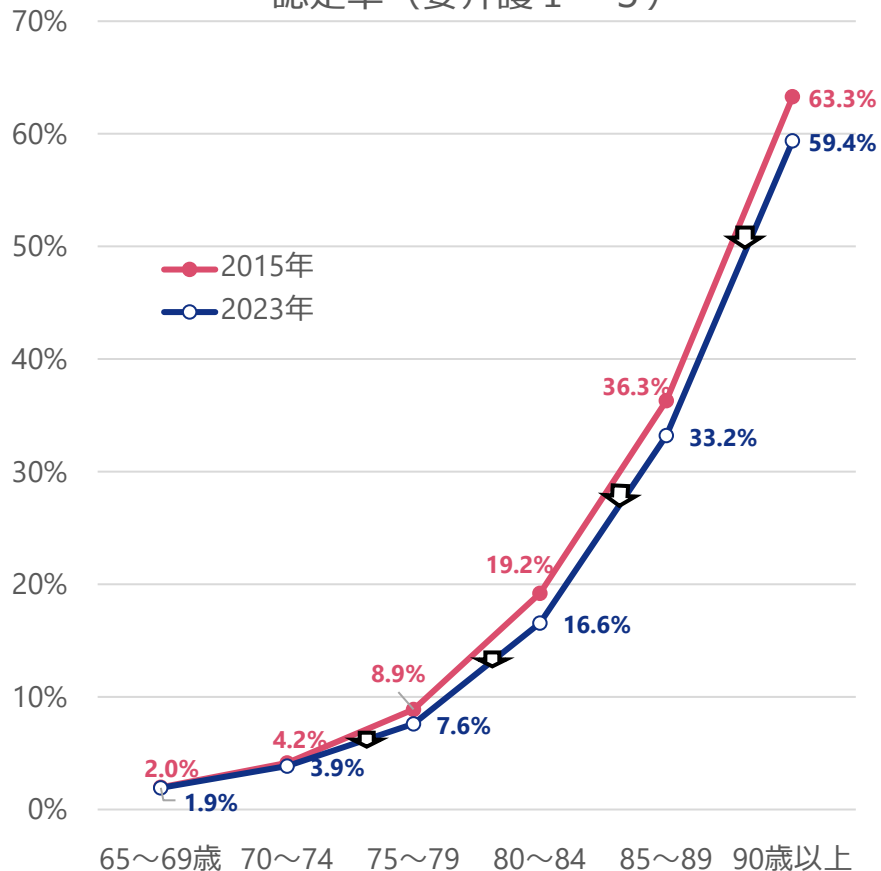
年齢調整済み認定率（全国）



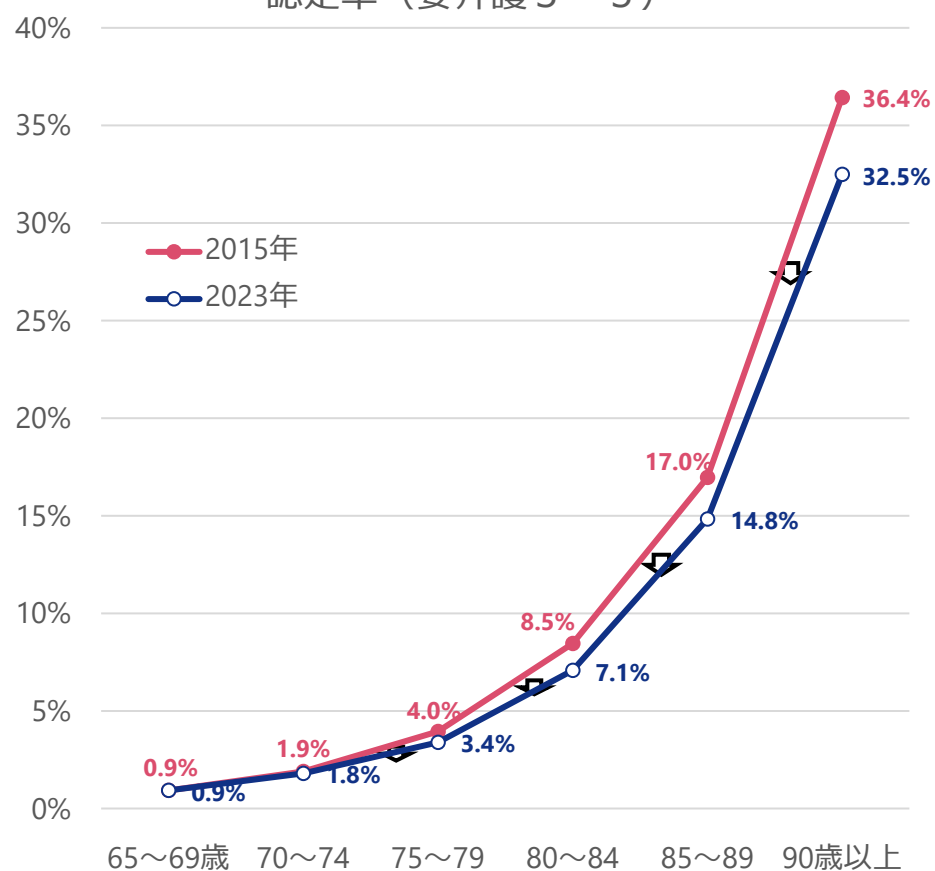
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

年齢階級別・要介護認定率の変化（第一号被保険者）

認定率（要介護1～5）



認定率（要介護3～5）



	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
②2023年	1.9%	3.9%	7.6%	16.6%	33.2%	59.4%
②-①	0.0%	-0.3%	-1.3%	-2.6%	-3.1%	-3.9%

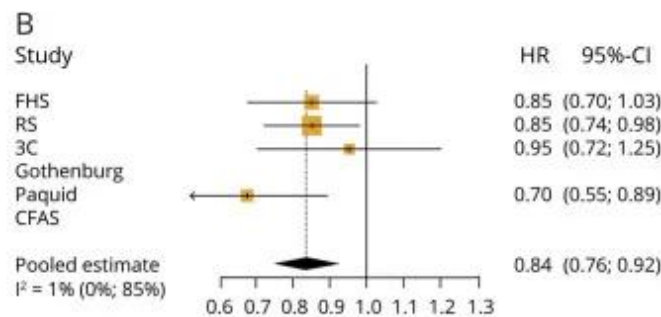
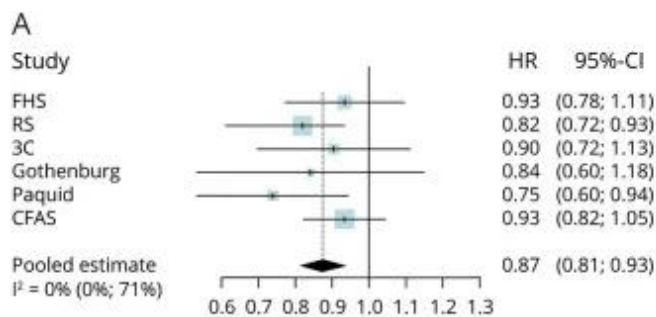
	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2023年	0.9%	1.8%	3.4%	7.1%	14.8%	32.5%
②-①	0.0%	-0.1%	-0.6%	-1.4%	-2.1%	-3.9%

※ 各年の9月末日時点の認定者数（介護保険事業状況報告月報より）及び10月1日時点の人口（人口推計より）から作成

認知症発生率の経時推移

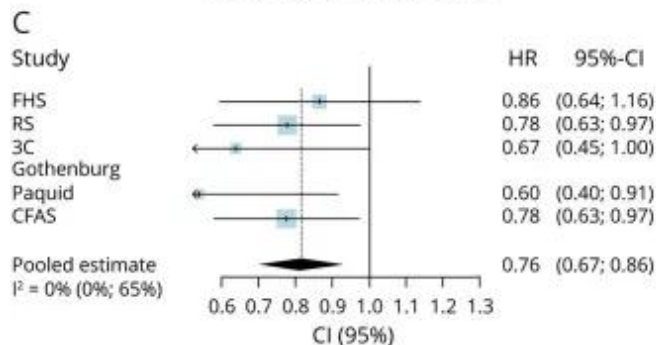
- ヨーロッパと北米における7つの大規模コホートデータの解析
- 認知症発生率 (incidence rate) は、過去25年の間に、10年あたり13%減少
- 女性に比べ男性の方がその割合が大きい。

全ての認知症

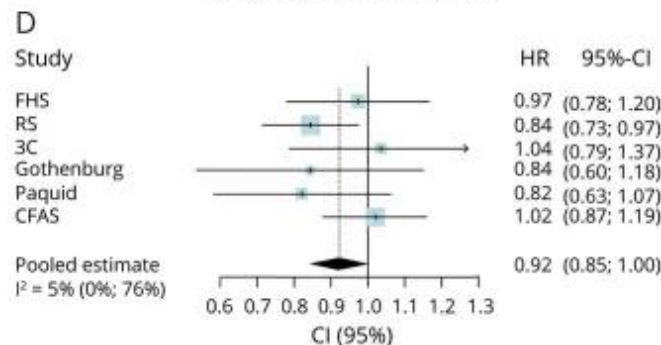


アルツハイマー病

男性

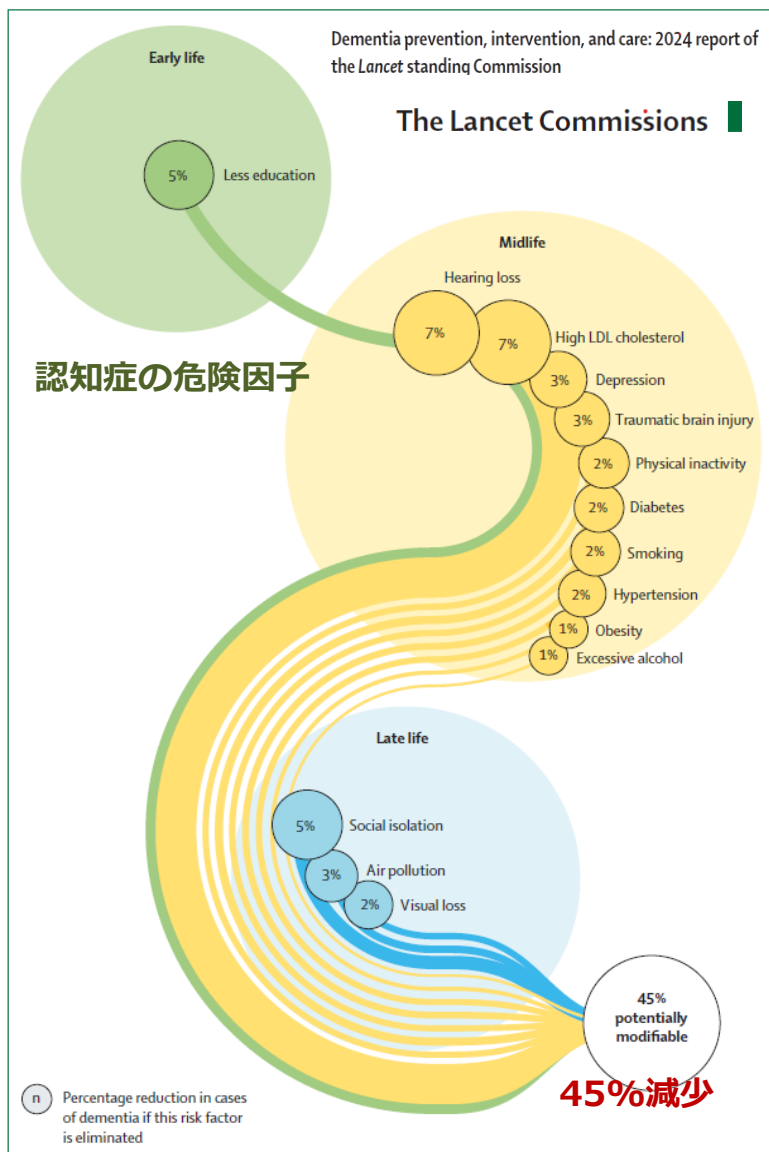


女性



※Wolters Fj at el. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. Neurology. 2020 Aug 4;95(5):e519-e531.

認知症のリスク因子



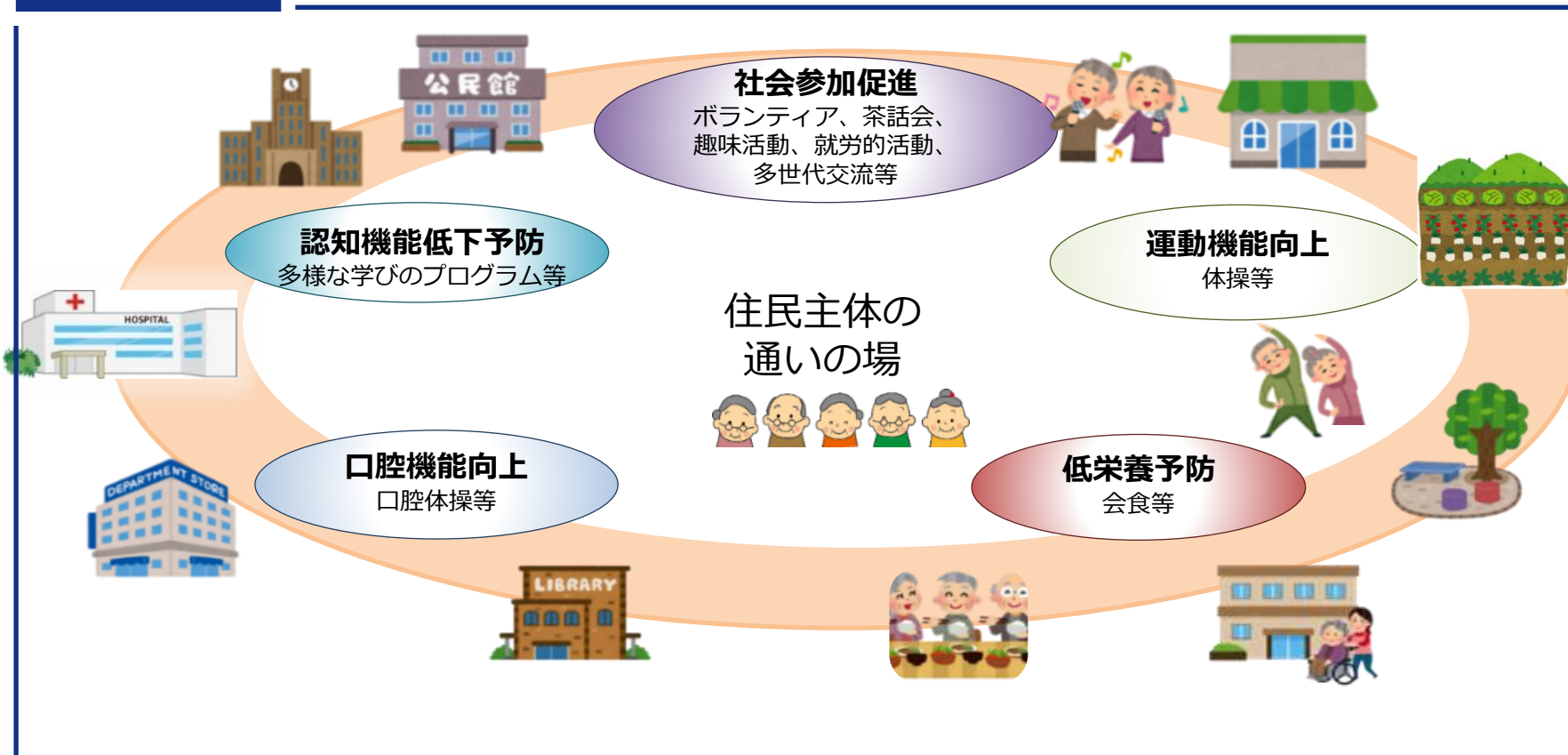
危険因子	人口寄与割合 (2024)
	早期 (45歳未満)
低教育歴	4.5%
	中年期 (45-65歳)
聴力障害	7.0%
高LDL血症	6.9%
うつ	3.0%
外傷性脳損傷	2.9%
身体不活発	2.4%
喫煙	2.3%
糖尿病	2.3%
高血圧	2.2%
肥満 (BMI>30)	1.4%
アルコール過剰摂取	1.0%
	高齢期 (65歳以上)
社会的孤立	4.6%
大気汚染	2.6%
未治療の視力障害	2.2%

(出典) Lancet standing Commission Report 2024

住民主体の通いの場（地域介護予防活動支援事業）

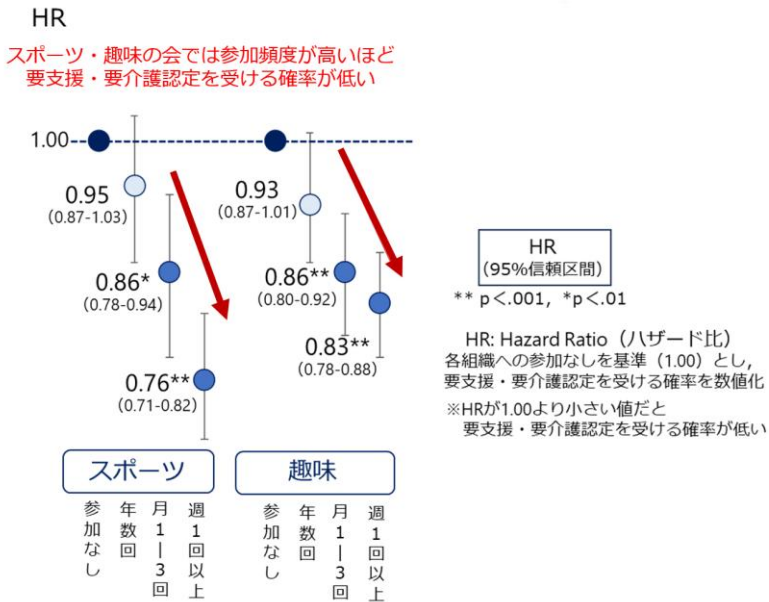
- 住民主体の通いの場について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進

イメージ



- ・スポーツ・趣味の会では参加頻度が高いほど6年後に要支援・要介護認定を受ける確率が低かった。
- ・通いの場参加者では3年後の生活機能が良好で、趣味、老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティア参加頻度が高く、会った友人の数が多かった。

①スポーツ・趣味の会への参加と要介護リスクの抑制



- ・スポーツ・趣味の会では**参加頻度が高い**ほど6年後に**要支援・要介護認定を受ける確率が低かった**

出典: Ide K, Tsuji T, Kanamori S, Watanabe R, Iizuka G, Kondo K. Frequency of social participation by types and functional decline: A six-year longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr. 2023 Sep;112:105018.

②通いの場への参加による健康行動・暮らしの変化

1. 身体/認知的健康	2. 精神的健康	5. 利他的行動
死亡	うつ兆候 ↓ **	ボランティア ↑ ***
認知症	希望なし	特技伝達 ↑ **
全認定		
要介護2以上	3. 心理的ウェルビーイング 幸福感	6. 健康行動 喫煙
残存歯数19本以下	人生の満足度	肉魚摂取頻度
主観的健康感良好	4. 社会的ウェルビーイング	野菜果物摂取頻度 ↑ **
BMI (Body Mass Index)	スポーツ ↑ **	歩行時間 ↑ *
生活機能※1 ↑ ***	趣味 ↑ ***	健診・検診 ↑ *
高血圧	老人クラブ ↑ ***	N = 4,232 (通いの場参加: 15.5%) ※1: 応用的な日常動作 (買い物, 金銭管理, 病人を見舞うなど)
脳卒中	学習・教養 ↑ ***	
心疾患	友人と会う頻度 ↑ **	
糖尿病 ↓ *	会った友人の数 ↑ ***	
高脂血症	外出頻度 ↑ *	
呼吸器疾患	情緒的サポート	
	手段的サポート	

p値 (結果の確からしさ)

*** < 0.0015

** < 0.01

* < 0.05

- ・通いの場参加者では3年後の**生活機能が良好で、趣味、老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティア参加頻度が高く、会った友人の数も多く、健康行動も改善**

出典: Ide K, Nakagomi A, Tsuji T, Yamamoto T, Watanabe R, Yokoyama M, Shirai K, Kondo K, Shiba K. Participation in Community Gathering Places and Subsequent Health and Well-being: An Outcome-wide Analysis, Innovation in Aging, 2023;igad084, <https://doi.org/10.1093/geroni/igad084>.

- 通いの場（サロン）に参加している群は、①通いの場以外への参加が増加して健康意識が高まったり、②認知症発症リスクが低下していた。
- 通いの場に限らず、社会参加をしていた群で、③うつ発症リスクや、④要介護リスクが低下していた。

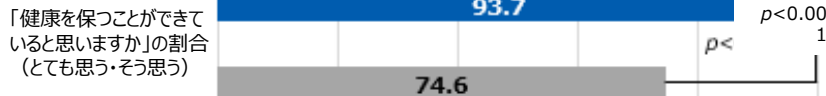
① 社会参加の増加・健康意識の高まり

《通いの場参加後の社会参加*状況》



*通いの場以外の趣味 やスポーツの会・老人クラブ等への参加を指す

《心理面（健康情報・意識）の変化》

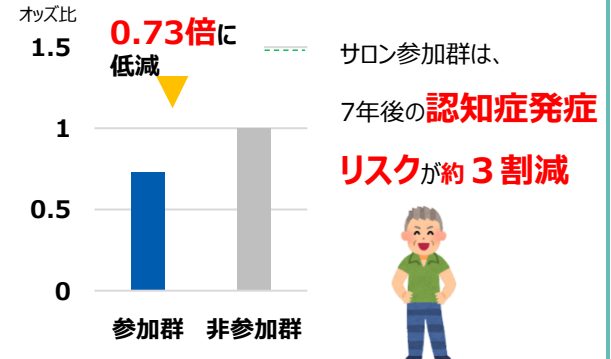


■ 通いの場以外の社会参加が増えた群 (n=1,407) ■ 通いの場以外の社会参加が増えていない群 (n=752)

通いの場に参加した群の**65.2%**で通いの場以外の**社会参加**が**増加**し、
そのうち**9割以上**で**健康意識**等が高まった

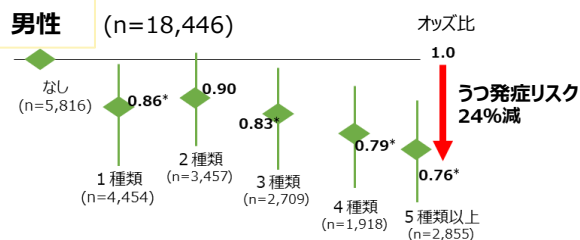
(林 他. 総合リハ 2019; 47(11): 1109-1115)

② 認知症発症リスクの低下



(Hikichi H, et al. Alzheimers. Dement. 2016; 3(1): 23-32)

③ うつ発症リスクの低下

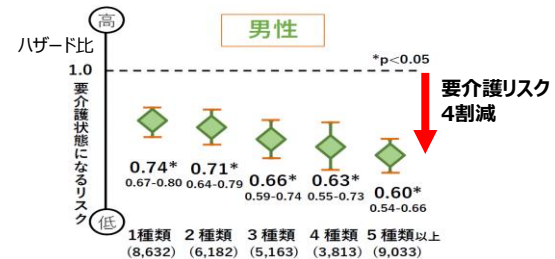


男女ともに**社会参加***の**種類が多い**ほど、3年後の**うつ発症リスク**が**低下**していた

*ボランティア、スポーツの会、趣味の会、老人クラブ、町内会、自治会、介護予防と健康づくりの活動、学習・教養サークル、特技や経験を他者に伝える活動への参加を指す

(宮澤 他. 総合リハ 2021; 49(8): 789-790)

④ 要介護リスクの低下



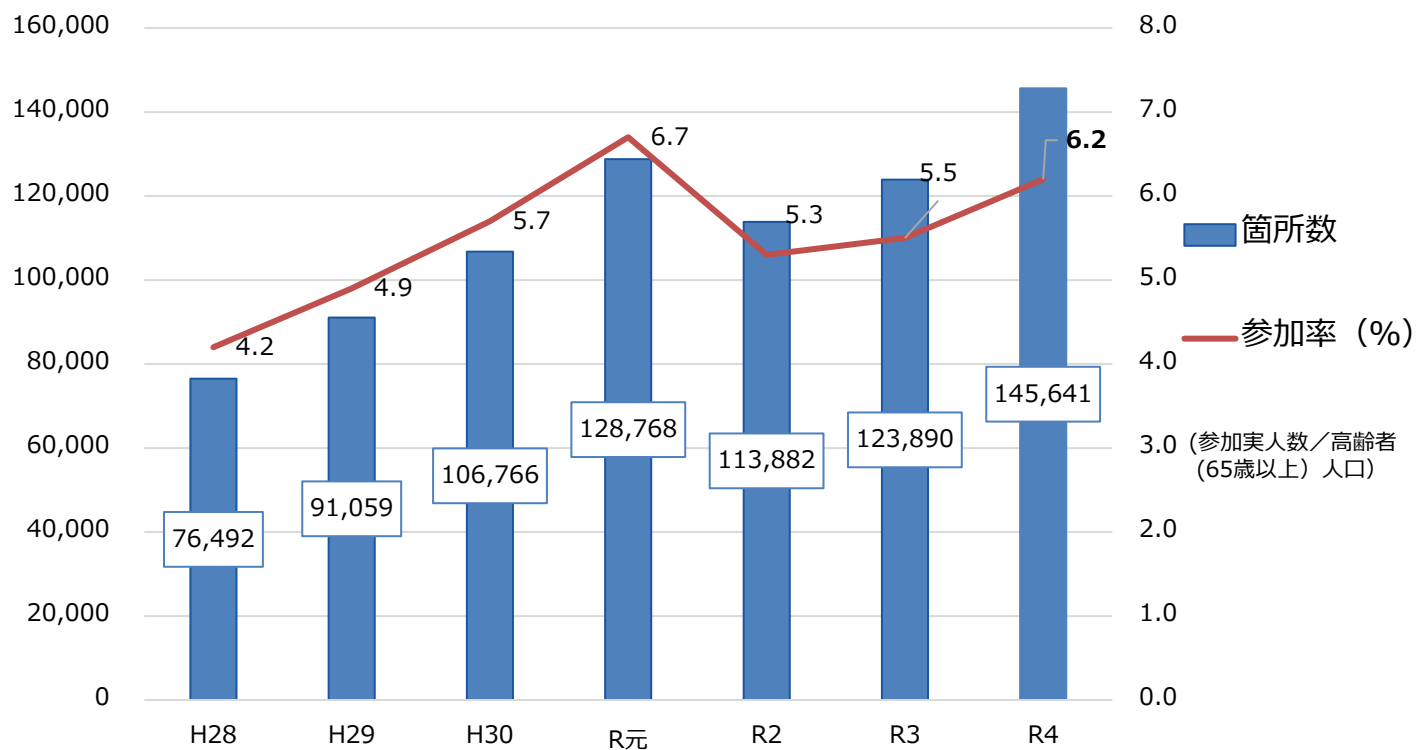
男女ともに**社会参加***の**種類が多い**ほど、3年後の**要介護認定**を受ける**リスク**が**低下**していた

*老人クラブ、業界団体、ボランティア、町内会、就労、スポーツの会、趣味の会等への参加を指す

(東馬場 他. 総合リハ 2021; 49(9): 897-904)

住民主体の通いの数と参加数の推移

- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで上昇傾向であったが、令和2年度に低下し、令和3年度以降、再び上昇。



※ () 内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。

高齢者の就業率の推移

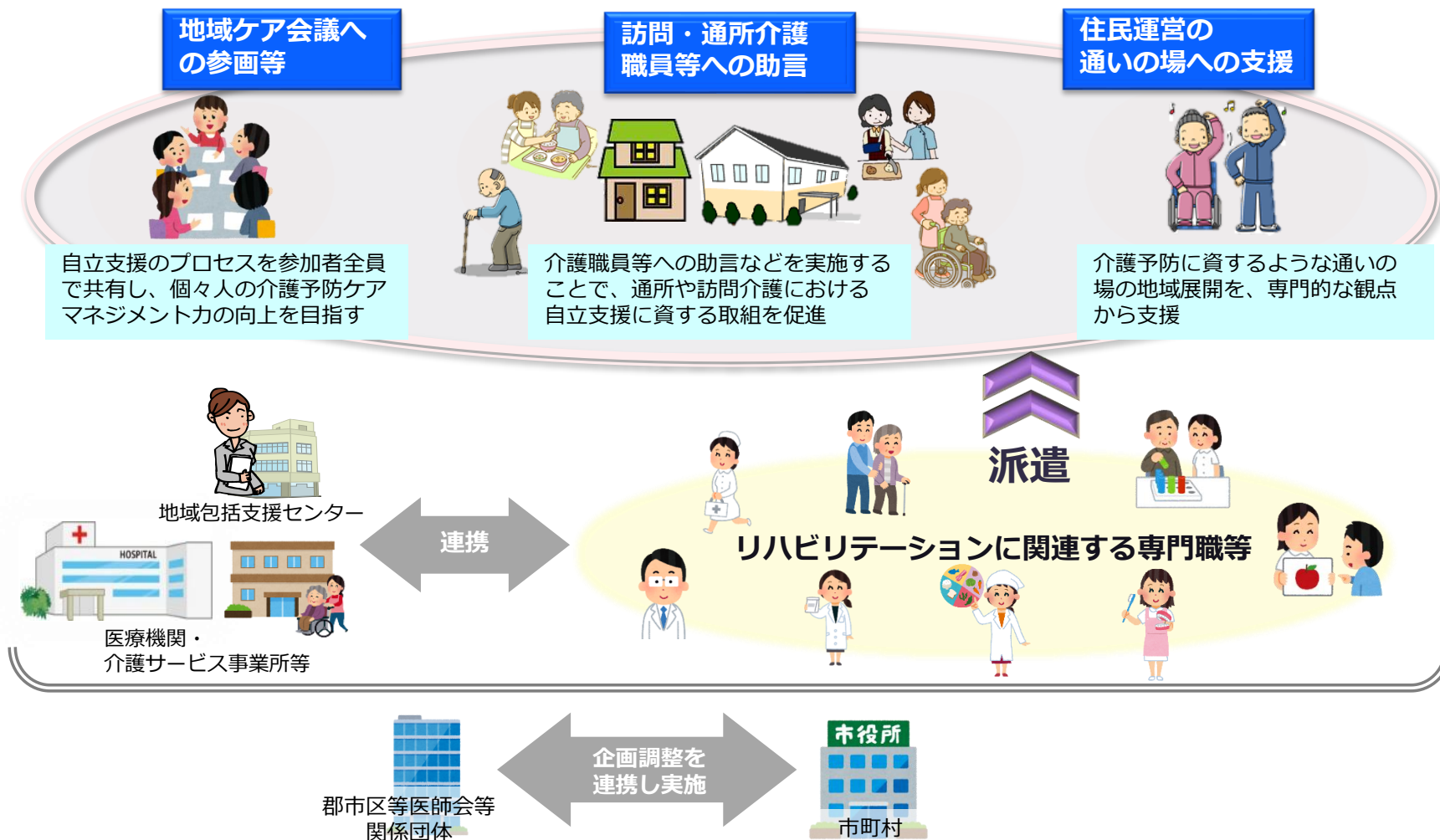
図6 高齢者の就業率の推移（2011年～2021年）



資料：「労働力調査」（基本集計）
注）2011年は、東日本大震災に伴う補完推計値

市町村における地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



サービス・活動C（短期集中予防サービス）

<対象者>

要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、**介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者**

<サービス内容>

対象者に対し、**3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス**

<支援の提供者>

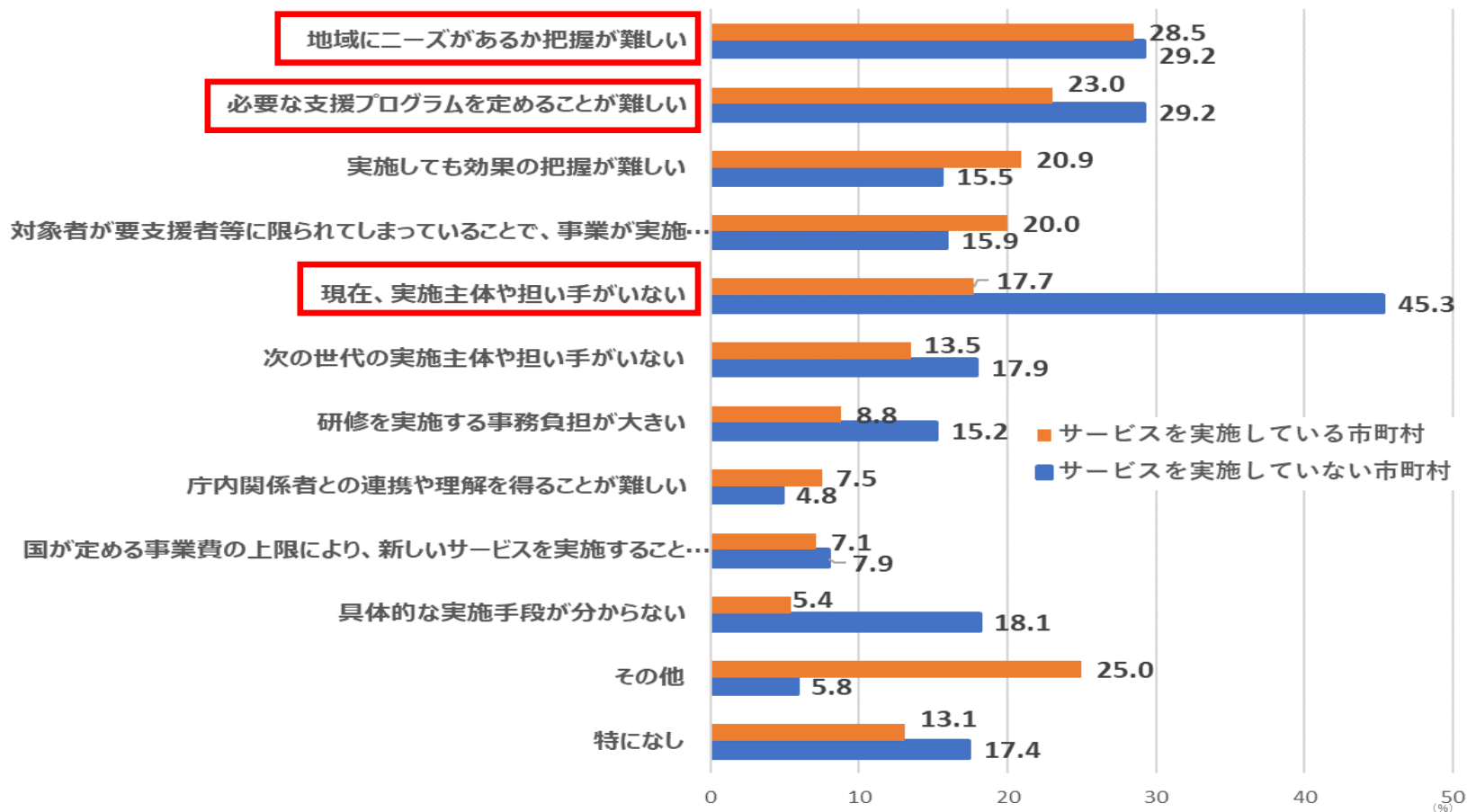
保健医療専門職

介護予防・日常生活支援総合事業の構成

サービス・活動事業 ・要支援認定を受けた者（要支援者） ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ・継続利用要介護者 ※サービス・活動A・B・Dのみ	訪問型サービス （第1号訪問事業）	従前の訪問介護相当 ①従前相当サービス	②訪問型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③訪問型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス） ⑤訪問型サービス・活動D（移動支援）
	通所型サービス （第1号通所事業）	従前の通所介護相当 ①従前相当サービス	②通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）
	その他生活支援サービス （第1号生活支援事業）		①栄養改善を目的とした配食 ②住民ボランティア等が行う見守り ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）
	介護予防ケアマネジメント （第1号介護予防支援事業）		①ケアマネジメントA ②ケアマネジメントB ③ケアマネジメントC
一般介護予防事業 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業		

※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

サービス・活動C（短期集中予防サービス）を実施する上での課題



出典：令和元年度 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書（NTTD）

まとめ

～「これから」の老健～

- 現役世代が急減する中、老健でも人材確保と生産性向上、また地域の人口構造への変化への対応が課題に
- 他の小規模サービスと比較して多くの専門職が働き、医療の必要な利用者にも対応できる老健には、相対的な強みがあり、特に中山間・人口減少地域では、老健が地域の介護サービス提供の核となることが期待される
- 地域住民の自立支援を支える施設として、市町村の実施する介護予防に向けた取組（サービス・活動C、一般介護予防、地域リハビリテーション活動支援事業）にも積極的な関与をお願いしたい

ご清聴ありがとうございました。