平成12年11月27日第3種郵便物認可　平成24年5月25日発行（毎月1回25日発行）第23巻第3号（通巻203号）

老健

全国老人保健施設協会機関誌

平成24年
Vol.23 No.3
6月号

特集

老健施設のリハビリテーション機能

特別インタビュー●老健施設は地域包括ケアの中核的施設に

小山秀夫氏　兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻教授

公益社団法人全国老人保健施設協会

第23回 全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄（ちゅうちなぁ）

ぬち 命どう宝 たから

※命こそ宝物

～老健が担う地域包括ケア～

平成24年

10月3日(水)～5日(金)

会場

沖縄コンベンションセンター
ラグナガーデンホテル
カルチャーリゾートフェストーネ
宜野湾市立体育館

学びとリラクゼーションの沖縄大会エリア

大会会長 平良直樹
全国老人保健施設協会沖縄県支部 支部長
沖縄県老人保健施設協議会 会長

主催 公益社団法人 全国老人保健施設協会

お問い合せ先

第23回全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄 大会事務局 沖縄県老人保健施設協議会

〒900-0005 沖縄県那覇市天久1123番地(介護老人保健施設パークヒル天久内) TEL.098-868-4108 FAX.098-868-4123

URL:http://www.roken2012-okinawa.jp E-mail:info@roken2012-okinawa.jp

第23回 全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄（ちゅ うちなぁ）

ご 挨 拶

ご挨拶の前に、「東日本大震災」に対しまして、亡くなられた皆様のご冥福をお祈り申し上げます。
また甚大な被害に遭われました皆様方、そのご家族の皆様方へ、心よりお見舞い申し上げるとともに一日も早い復旧をお祈り申し上げます。

平成24年度第23回全国介護老人保健施設大会は沖縄で開催することになりました。
沖縄大会では、「命どぅ宝 ～老健が担う地域包括ケア～」をメインテーマに、長寿県沖縄の風土に触れていただきながら、命の尊さを含め、今老健が求められていること、老健ができることを皆で考える大会となるように準備を進めております。
お誘い合わせのうえ、沖縄に大勢の皆様がお越し下さるようご案内申し上げます。
日本の端から、日本へ東北地方へパワーを送りましょう。

第23回全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄
大会会長 平良 直樹

日程表

※プログラムの内容は変更になる場合があります。（決定事項は随時ホームページでご案内します。）

第1日目 10月3日（水）

13:00～18:00 第6回老健医療研究会
13:00～18:00 各種研修会①～④

第2日目 10月4日（木）

9:30～11:00 開会式・表彰式
11:00～11:50 特別講演Ⅰ （厚生労働省）
12:10～12:50 共催ランチョンセミナー
13:00～14:00 特別講演Ⅱ 山田和彦（公益社団法人全国老人保健施設協会会長）
14:15～15:15 教育講演Ⅰ アルフォンス・デーケン（上智大学名誉教授）
15:30～17:15 シンポジウムⅠ

13:00～18:00 演題発表（口演）
13:00～18:00 演題発表（ポスターセッション）
9:00～18:00 福祉・医療機器展・物産展
18:30～20:30 懇親会（ラグナガーデンホテル）

第3日目 10月5日（金）

9:30～10:20 文化講演 藤木勇人(タレント)
10:30～11:50 教育講演Ⅱ 遠藤英俊（国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長）
12:10～12:50 共催ランチョンセミナー
13:00～14:45 シンポジウムⅡ
15:00～16:00 公開記念講演 人生を変えるひらめき脳～文化や芸術に親しむことの効能～ 茂木健一郎（脳科学者）
16:00～16:30 閉会式

9:00～12:00 演題発表（口演）
13:00～15:00 演題発表（口演）
10:00～12:00 演題発表（ポスターセッション）
13:00～15:00 演題発表（ポスターセッション）
9:00～15:00 福祉・医療機器展・物産展

※敬称略

アクセス

公益社団法人全国老人保健施設協会沖縄県支部／沖縄県老人保健施設協議会

平成24年度

全老健のキャリアアップ研修

（予定）

開催案内は開催日の1～2か月前に発出する予定です。

ボトムアップ研修

●職員基礎研修会
新人（勤務2年未満）向け＝職員として必須の基本的な知識を身につける。費用10,500円（2日間）　老健施設職員等対象（定員各250名）

第1回　平成24年5月24日（木）～25日（金）　東京都：TOC有明　　第2回　平成24年8月6日（月）～7日（火）　大阪府：ホテル大阪ベイタワー

第3回　平成25年1月16日（水）～17日（木）　福岡県：福岡国際会議場

●中堅職員研修会
中堅クラス（勤務5年程度）向け＝スキルアップを目的に必要な知識を身につける。費用15,750円（2日間）　老健施設職員等対象（定員各150名）

第1回　平成24年5月24日（木）～25日（金）　東京都：TOC有明　　第2回　平成24年8月6日（月）～7日（火）　大阪府：ホテル大阪ベイタワー

第3回　平成25年1月16日（水）～17日（木）　福岡県：福岡国際会議場

●ケアマネジメント実践講座
ケアマネジメントにかかわる実務者向け＝新しいケアマネジメント方式の基本的な考え方を学ぶ。費用10,500円（1日）　老健施設職員等対象

第1回　平成24年6月2日（土）　東京都：東京ビッグサイト（定員150名）　　第2回　平成24年7月19日（木）　福岡県：福岡国際会議場（定員100名）

第3回　平成25年2月1日（金）　大阪府：大阪国際会議場「グランキューブ大阪」（定員100名）

●安全推進セミナー（基礎研修）
新人（勤務2年未満）向け＝転倒などの事故防止の基本を学ぶ。費用8,400円（1日）老健施設職員等対象（定員300名）

平成24年6月1日（金）　東京都：砂防会館

●安全推進セミナー　（ひやりはっと分析と苦情対応）
実務者（勤務5年以上）向け。費用18,900円（2日間）老健施設職員等対象（定員150名）

平成24年9月13日（木）～14日（金）　東京都：品川フロントビル

●実地研修Aコース（基礎実技修得コース）
実務者（勤務1年以上）向け＝実習をとおして基本業務を修得する。費用9,450円（1コース）（3日間）　老健施設職員等対象

開催日程、開催回数、受講定員は実地研修指定施設ごとに設定

チームケア研修

●実地研修Bコース（専門実技修得コース）
実務者（勤務2年以上）向け＝専門分野のケアを先行施設の現場で学ぶ。費用3,150円／日　老健施設職員等対象

開催日程、開催回数、受講定員は実地研修指定施設ごとに設定

●通所リハビリテーション研修会
実務者向け＝通所リハビリに必要な知識を身につける。費用10,500円（1日）　老健施設職員等対象（定員各250名）

平成24年10月26日（金）　大阪府：ホテル大阪ベイタワー　　平成24年12月20日（木）　東京都：TFTビル

●リハビリテーション研修会
リハビリテーション実務者向け＝老健施設のリハビリテーションについてトータルに学ぶ。費用15,750円（2日間）　老健施設職員等対象（定員150名）

平成25年3月6日（水）～7日（木）　福岡県：ヒルトン福岡シーホーク

第23回 全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄で開催

●認知症
ケア実務者向け＝認知症高齢者ケアのさまざまな取り組みを学ぶ。（定員125名）

●ケアマネジメント実践講座
ケアマネジメントにかかわる実務者向け＝新しいケアマネジメント方式の基本的な考え方を学ぶ。（定員115名）

●リハビリテーション
リハビリテーション実務者向け＝老健施設のリハビリテーションについて学ぶ。（定員185名）

●摂食・嚥下・栄養
食べることにかかわる実務者向け＝摂食・嚥下障害への対応と栄養ケア・マネジメントについて学ぶ。（定員150名）

平成24年10月3日（水）　沖縄県：沖縄コンベンションセンター　カルチャーリゾートフェストーネ　費用は各10,500円（1日）　老健施設職員等対象

エキスパート研修

●医師研修会
医師向け＝高齢者医療等の最新情報を学ぶ。費用31,500円（2日間）　老健施設等の医師対象（定員150名）

平成24年9月3日（月）～4日（火）　東京都：TOC有明

●看護職員研修会
看護職員向け＝看護のプロとして高齢者医療・看護のポイントを再点検する。費用15,750円（2日間）　老健施設等の看護職員対象（定員150名）

平成24年9月3日（月）～4日（火）　東京都：TOC有明

●管理者（職）研修会　＊独立行政法人福祉医療機構との共催（予定）
管理者向け＝質の高い老健施設を運営するために必要な知識を学ぶ。費用21,000円（1日）　老健施設の管理者（職）、老健施設開設予定者等対象（定員200名）

平成24年7月19日（木）　福岡県：福岡国際会議場

●認定資格取得研修：認知症短期集中リハビリテーション研修（医師対象）
認知症ケア研修会

医師向け＝認知症短期集中リハビリテーションの手法等を学ぶ。費用12,600円（1日）（定員各150名）

平成24年6月2日（土）　東京都：東京ビッグサイト　　平成24年10月27日（土）　大阪府：ホテル大阪ベイタワー

●認定資格取得研修：介護老人保健施設リスクマネジャー養成講座
全老健リスクマネジャー資格取得のためのリスクマネジメントの基礎から実務までを学ぶ。費用68,000円（Ⅰ期・Ⅱ期の合計）（6日間）

Ⅰ期：平成24年11月　東京都：フクラシア浜松町／平成24年11月　福岡県：KKRホテル博多

Ⅱ期：平成25年2月　東京都：フクラシア浜松町／平成25年2月　福岡県：KKRホテル博多

（各会場定員100名）

※費用は会員価格（税込）のみ記載しております。　※上記内容は平成24年4月9日現在のものです。
※開催日や会場は変更になる場合があります。詳細は全老健ホームページ（http://www.roken.or.jp）や機関誌「老健」でご確認下さい。
※お問い合わせは、（公社）全国老人保健施設協会　phone 03-3455-4165　fax 03-3455-4172　まで。

公益社団法人全国老人保健施設協会

巻頭言

2025年に向けた大局的議論を

全老健副会長、介護老人保健施設マロニエ苑理事長
高木 邦格

東日本大震災から１年余が経過したが、今もなお心身に傷を負い、避難所で困難な生活を送っていらっしゃる方は少なくない。被災された方々には謹んでお見舞い申し上げるとともに、一日も早く平穏に過ごせる日を取り戻されることを願っている。また、震災発生後、全老健をはじめ対応にあたられた方々、被災地で支援活動を行われた皆様には改めて感謝と敬意を表したい。

私は昨年４月に全老健の副会長に就任すると同時に、全老健の震災担当を拝命した。まずは被害状況を把握しようと福島・岩手などいくつかの県を訪れ、被災地や被災者の様子を目に焼き付けた。震災担当として、できなかったこともあるが、行政との交渉に携わった際、自分の目で見、肌で感じたことを伝え、地震や津波による被災者および原発避難者の受け入れを訴えることができたのではないかと思う。

こうした未曾有の震災や経済状況の悪化などによる厳しい財政環境を受けて、残念ながら今回の介護報酬・診療報酬同時改定では、大変厳しい結果となったのはご承知のとおりだ。

それでも、改定されたいくつかの加算項目では希望の光を見出すことができた。特に、「所定疾患施設療養費」では、肺炎、尿路感染症、帯状疱疹の3疾患について、300単位／日が算定可能となったことは評価できる。

先般、全老健の「老人保健施設の総合的な将来の在り方検討懇話会」（田中滋座長）が取りまとめた中間報告、『2025年のあるべき「介護老人保健施設」の姿』のなかにも、「老人保健施設での医行為」という項目がある。

これまで「老健施設は医療提供施設である」とされていながら、老健施設の利用者に疾病が生じた際には医療提供がなかなか困難で、やむなく病院へ転院していただいていた例は少なくなかった。しかし今回の改定で「所定疾患施設療養費」が新設されたことにより、老健施設で治療できる選択肢が増えたことは、医療体制の拡充をめざす老健施設にとっては大きな前進だ。

また、同中間報告ではリハビリも取り上げられた。老健施設で行うリハビリの特筆すべき点は、利用者の生活機能評価を丹念に行い、それに基づくリハビリプランを医師、PT・OT・STなどの多職種がチームとなって関与しながら作成し、実践・再評価へとつなげていることだ。今後も老健施設に対し、「より高度な医療」と「より効果的なリハビリ」の期待が高まることが予想される。

しかし一方で、私たちは高齢社会の急激な進展にさらなる難題を突きつけられている。例えば、どんなにリハビリに注力しても、すべての利用者が在宅で自立して生活ができるようになるまで回復するわけでもなく、たとえ身体機能が回復しても、利用者の意向や家族・住まいといった環境等の要因で、利用者が在宅に復帰できないことも決して珍しいことではないという現実がある。

こうした実情に対応するため老健施設には、①リハビリに重点を置き在宅復帰をめざす施設、②生活介護をメーンとした長期入所施設、③医療依存度の高い利用者を対象とした施設――というように、利用者とその家族のニーズに応え、地域の実情に合わせた多様な施設形態があってもよいのではないだろうか。

高齢社会のピークを迎えるとされる2025年まで、あと十数年。残された時間はそう多くはない。高齢化した社会で世界のトップランナーとして走るわが国が、いかに実践的な医療福祉環境を構築していくのか。大局を見渡した、より深い議論が求められているように思う。

老健 平成24年 6 月号
Vol.23 No.3

C O N T E N T S

◉巻頭言 5

2025年に向けた大局的議論を
高木邦格　全老健副会長、介護老人保健施設マロニエ苑理事長

特集● **老健施設のリハビリテーション機能** ——9

老健のリハビリテーションの役割……12
浜村明徳　全老健副会長

ケアマネジメントとリハビリテーションマネジメント……18
木村隆次　全老健理事・日本介護支援専門員協会会長

シンポジウム●地域包括ケアシステムにおける老健のリハビリテーションを考える
——医療から介護・地域への連携について——……24
新井健五　介護老人保健施設ミドルホーム富岡　副施設長（作業療法士）
野尻晋一　介護老人保健施設清雅苑　副施設長（理学療法士）
浅野有子　介護老人保健施設涼風苑　リハビリテーション室長（主任介護支援専門員・作業療法士）

講義およびグループワーク●「連携」……36

◉特別インタビュー……44
老健施設は地域包括ケアの中核的施設に
小山秀夫氏　兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻教授

◉現場からのオピニオン～介護現場はいま～ 48
地域包括ケアシステムの中核的施設をめざすためには何が必要か
——介護職員等によるたんの吸引等の研修事業に対する老健施設の役割——
大島扶美　全老健山形県支部長、介護老人保健施設あこがれ理事長

老健施設の底力
——老健施設が病院・診療所に勝るもの——
石橋經久　全老健長崎県支部長、介護老人保健施設サン施設長

●全老健のマークの意味、正円三つが、老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」を示すハート型になっています。
なお、マークのカラーは表紙右下にあります。

◉連載　全国介護老人保健施設大会　演題発表　優秀奨励賞 —第20回全国介護老人保健施設大会 新潟— 52

介護研究 脱臭大作戦 THEエコロジー
～臭いますから匂いますへ～
橋本英昭（介護）／鈴木佐智子（看護）　介護老人保健施設赤門なのはな館（千葉県）

「育てる（学ぶ）パワーが介護のみらいへ」
～人材育成システムの再検証と再構築～
舟田伸司（介護）　黒部市介護老人保健施設カリエール（富山県）

◉ちょっと拝見老健施設165
“お預かり老健施設”から在宅復帰支援施設へ大きくシフト ——58
老人保健施設ちょうろく（富山県魚津市）

◉私の仕事　私の思い 62～64
◇P　T　しょうじゅの里大和（神奈川県）　芦澤裕司
◇看　護　あかしや（北海道）　佐藤千鶴
◇支援相談　倉敷老健（岡山県）　卜部由香
◇ケアマネ　鈴の丘（三重県）　寺田義彦
◇O　T　グリーンヒル幸寿園（佐賀県）　小山　敦

BOOK REVIEW ——65

◉協会の活動 66～70
芝公園だより……66
委員会等活動報告……67
「TPP参加反対総決起大会」が開かれる……68
協会正・準会員加入・申込状況……70

News Today 72

◉データファイル 74～93
①平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（平成24年４月25日）（抜粋）……74
②介護保険施設等における防災対策の強化について……76
③大規模災害時における被災施設から他施設への避難、職員派遣、在宅介護者に対する安全確保対策等について…78
④社会保障・税一体改革で目指す将来像……82
⑤第１回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会資料
介護報酬改定検証・研究委員会の設置について ほか（抜粋）……90

平成24年度全老健研修会スケジュール案内……95
平成24年６月～７月開催の実地研修のご案内……97

表紙の写真：ミナミハコフグ幼魚、2011年9月、石垣島（沖縄県）
身体は骨板でできた箱でおおわれ、横断面は四角形です。珊瑚礁や岩礁域に生息し、群れはつくらず単独で行動します。鮮やかな黄色は海のなかでは目立ちますし、愛嬌がありますね。
……（三根浩一郎　全老健常務理事）

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。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 在宅生活支援施設

自立した在宅生活が継続できるよう、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。

5. 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。

特集
Special

老健施設のリハビリテーション機能

リハビリテーション研修会のシンポジウム

平成24年度介護報酬改定にも示されているように、老健施設におけるリハビリテーション機能の重要性はますます高まっている。本特集では去る3月1、2日の両日、大阪で開かれた平成23年度リハビリテーション研修会の内容を中心にお伝えする。

（編集部）

特集 老健施設のリハビリテーション機能

本特集では去る３月１、２日の両日、大阪で開かれた全老健の平成23年度リハビリテーション研修会の内容を中心にお伝えする。また、浜村明徳全老健副会長の講演のなかには、３月10日に東京で開かれた全老健の通所リハビリテーション研修会の内容も織り込んでいる。（編集部）

地域包括ケアシステムづくりで期待される老健施設のリハビリ

リハビリテーション研修会の開会にあたって浜村全老健副会長は「４月から地域包括ケアシステムづくりが本格的に始まるが、そのなかで老健施設がどのような役割を担っていけばよいのか、何ができるのか、何が期待されているのかを考えていきたい」と述べた。また、通所リハビリテーション研修会の開会にあたって浜村副会長は「特に大きな問題は、通所リハビリと通所介護が非常に似た機能になっているのではないか、このままでよいのかという疑問を厚労省からかなり厳しく投げかけられた」と介護報酬改定の交渉の過程を紹介し、「通所リハビリのあり方について介護報酬改定を踏まえて、さてどうするか」と、この研修会から学び取ってもらうことを期待した。

リハビリテーション研修会では宇都宮啓厚労省老健課長が「平成24年度同時改定に向けて」と題して講演を行ったが、同様の内容を本誌５月号特集「介護報酬改定説明会開く」でご紹介しているので、そちらをご参照いただきたい。

シンポジウムの後には会場から質問が寄せられた

２日目には在宅復帰支援、在宅支援、認知症リハビリテーションの３テーマでグループワークが行われた

木村隆次氏

浜村明徳氏

老健施設のリハビリは信頼される生活期のリハビリ

また、浜村全老健副会長によるリハビリテーション研修会での「老健のリハビリテーションの役割」と、通所リハビリテーション研修会での「通所リハビリテーションの介護報酬改定と今後」では、「地域には多様なニーズがあり、これに対して老健施設としての役割を果たしていく。可能な限り対応を行っていくなかで、一番大事なことは『信頼される生活期のリハビリ機能』に尽きる。そのためには孤立せず、連携を強化することが求められる」と、地域連携の重要性を強調した。

続いて木村隆次全老健理事（日本介護支援専門員協会会長）は、「リハビリは包括的なケアマネジメントの上にこそ成り立つ。利用者とのかかわりだけでなく、地域づくりに関しても、多職種協働でのケアマネジメントを徹底してほしい。ケアマネジャーと密に連携して、チームでアプローチし、今後も一緒に自立支援型のケアマネジメントを進めていきたい」と述べた。

２日目にはシンポジウムとグループワークが

シンポジウム「地域包括ケアシステムにおける老健のリハビリテーションを考える――医療から介護・地域への連携について――」では、シンポジストに新井健五氏（ミドルホーム富岡副施設長）、野尻晋一氏（清雅苑副施設長）、浅野有子氏（涼風苑リハビリテーション室長）――の３氏が並んだ。

２日目に行われた講義とグループワークでは、メインテーマを「連携」とし、①在宅復帰支援、②在宅支援、③認知症リハビリテーション――の３つに分かれてグループワークが行われた。進行は土井勝幸全老健理事・リハビリテーション部会長で、コメンテーターは井上崇氏（伸寿苑施設長代理）が務めた。

老健のリハビリテーションの役割

浜村明徳 全老健副会長

リハビリ専門職の基本的な心がまえ

生活期リハビリというのは「生きる力を高めていく」ことである。そのポイントは利用者の「暮らしぶり」にある。高齢者の機能は加齢とともに低下してくる。一時期はよくなっても、また低下する。そうなったとき、「ここで生きてよかった」という満足感を持ってターミナルケアに入っていくことを支えるのがわれわれの仕事である。

チームのなかに喜怒哀楽に乏しく、利用者への関心があまりない人がいるかもしれない。しかし、そういう人もチームとして抱き込んでいくことが必要である。

また、客観的にデータを整理することも大事だ。施設の勉強会で、リハビリを行ってどうなったかという成績を示し、自分の活動を数字に表して理解してもらうことも考えていきたい。

ケアカンファレンスなどで、今後の方針を発言する場合、利用者の生活機能がこの先どうなっていくのかがわからないことが多い。しかしその際、自分で情報を総合し、「この人はいつどのような状態になることが予想され、そのために何をしていくべきか」を述べていくべきである。このカンファレンスのとき、老健施設でチームリーダー的なまとめ役が悲観的で後ろ向きでは、チームはついてこなくなる。物事はクリアに見なければいけないが、どこかにポジティブな部分があるはずだ。いつもそれを見るようにして前向きな話につなげ、「さあ、やるぞ」と持っていかないと、チームの元気が出ない。

また、自分が組織で孤立していないか、リハビリ以外の他職種で理解してくれる友だちがいるか、組織の一員としての自覚があるか、他の職種と一緒に組織の活動をしているかをそれぞれ自己点検してほしい。そして組織の集まりには必ず参加することを心がけてほしい。「リハビリ専門職は別」と言う人がときどき見受けられるが、そのような姿勢ではなかなかチームとしての一体感は生まれない。さらに、挨拶はしっかりできるか、敬語が上手に使えるか、服装や身なりに問題がないかなど社会性の問題も重要だ。

地域連携では、地域のリハビリ専門職の団体に加入して情報を得て、自分の専門性を高めていくことが大事である。また、地域で行われるケア・リハビリの勉強会にも必ず参加する。参加せずに連携をしようとしても、どこの誰なのかがわからないので基本的なつき合いはできない。連携は自分でつくるものだ。

地域で守られている感覚「インクルージョン」が大事

これからますます増える後期高齢者の特徴は、身体的には①多疾患を持っていることが多い、②急性変化しやすい、③認知症が合併しやすい、④安静で容易に廃用症候群をつくるなどである。

これらを踏まえてリハビリを行うが、日常の健康管理・リスク管理が極めて重要であり、認知症対応や廃用症候群のチェック・改善が今まで以上に求められる。

例えば肺炎の場合、「平熱になるまで安静にしてください」と言う医師がいるかもしれない。そうすると廃用症候群や拘縮が進む危険性がある。状態が悪いときは体位交換などしかできないが、ある程度熱が下がり肺炎も落ちついてきたら、早めのリハビリの介入を行う。

2004年の厚労省の高齢者リハビリテーション研究会は、「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである」としている。

リハビリの課題に関する歴史を振り返ると、まず機能障害に対する機能回復訓練がリハビリであった。今でもこれがベースであることは変わりない。押さえるべき障害の評価を行っていないことがときどきある。リハビリは障害をきちんと診て、治るもの・改善するものは治すことが最初の仕事である。これは生活期（維持期）・回復期・急性期であっても変わらない。

次に回復期リハビリ病棟が誕生する頃に「ADLと在宅復帰」がクローズアップされてきた。そして現在はICFなどの「生活」、そして「暮らし」、「暮らしぶり」が注目されるようになった。

これから在宅復帰をめざすリハビリで考えていかなければいけないことは「健康状態であること」、次に「社会的な交流」、「自分のことを自分で決められる自己決定」、「自分らしさが実感できること」、「地域から守られていること」などがポイントとなる。地域から守られている感覚は「インクルージョン」（包み込まれていること）という。特に障害があり独り暮らしの人には、このインクルージョンが大事である。そして「物質的にも、情緒的にも満足感が持てること」が地域で生き生きと暮らすことを支える老健施設のリハビリやケアの目標となる。

老健施設のリハビリでは見抜く力が必要

老健施設のリハビリをうまく進めるためには、「施設の方針・方向性の共有とリハビリの理解」が大事である。そのために、「リハビリ・ケアの流れ（システム）の重要性を確認し流れづくり」を行う。このシステムができたら仕事は半分終わったと思ってもよい。そして、カンファレンスで大事なことは、「どの時期に、誰が参加し、何を話して、何を決めるか」である。決まったことは、部署ごとに必ず実行する。

次に、「成果や現状を共有する」ことである。チームは成果を共有して初めて士気が上がってくる。さらに外部との連携が大切である。

今回の介護報酬改定で、入所前30日以内・入所後７日以内に居宅を訪問すると460単位加算（入所前後訪問指導加算）となった。また地域連携診療計画情報提供加算が300単位ついた。これは急性期病院から回復期リハビリ病棟に移り老健施設

へ、あるいは急性期病院から老健施設へと移る際、地域連携診療計画管理料を算定する病院に老健施設が情報提供した場合、300単位／回の加算となる。

これらに退所前訪問指導加算460単位と退所後訪問指導加算460単位を合わせると、訪問指導と情報提供の合計は1,680単位となる。

老健施設における短期集中リハビリは240単位と変化はない。通所リハビリでの個別リハビリは80単位である。

短期集中リハビリのポイントは、「入り口」で生活機能の変化にかかわる情報を収集する。回復期リハビリの後は、機能はほとんど変化しないことが多いものの、ここで見抜く力が必要だ。「回復期リハビリを経ているから、もう変わらない」という思い込みはよくない。

回復期リハビリ病棟で、あまり活動性の高くないリハビリを行い、病棟では、実際歩けるのに歩かず一日中寝間着を着て、リハビリ室に行くときだけトレーナーに着替えるというような場合がある。そのような方は老健施設に来てから生活機能が回復する事例もあるので、決め込んではいけない。

在宅リハビリも同様である。通所リハビリや訪問リハビリを経験していて生活機能を上げるのが難しい場合でも、機能向上のためのさまざまなリハビリがあるので、そこは見抜く力が必要だ。

機能の落ち込みが長く続いてしまうと、回復は難しい。ケアマネジャーから早く紹介してもらい、ショートステイでも、2か月の入所でもよいが、とにかくかかわりができれば老健施設の力を発揮しやすい。この入り口での見通しが大事である。

きちんとした目を持って予後予測をするのがわれわれの仕事である。入所のときから退所後の在宅での生活が可能かどうか、見通しを持ってリハビリを行うことだ。例えば、入所のときに本人・家族に「安定してきたら早めに帰っていただきます」と施設側から提案してもよいのではないか。

リハビリ適応と在宅復帰の可能性の判断が重要

次のポイントは、リハビリ適応と在宅復帰の可能性の判断である。落ち込みの幅が大きいと改善が困難な場合も多い。生活機能が急速に下がると予測されるケースもある。この場合、生活機能が下がることを前提として、利用者の状態に合わせて対応する。生活機能改善の予測が立つのかどうか、在宅復帰は可能かを考えながら、入所を決めていく。

カンファレンスとケアプランでは、目標設定が大事である。漫然としたリハビリマネジメントや目標設定が不十分なリハビリは避けたい。心身機能、廃用症候群も変化してくる。しかし、麻痺や筋力は回復しない場合が多い。どうしても加齢とともに筋力は落ちていく。疾病の内容によっては悪化することが予想されるものもある。

また、機能は変わらないが、ADLが変わる場合もある。環境の改善、負担軽減など、目標をはっきりさせることが大事だ。

リハビリはチーム全員で行わなければならない。看護・介護職のリハビリ技術の向上がこれからもっと大事になってくる。その意味で、介護職へのリハビリの技術移転を上手に行っていくことが課題になるのではないか。

実際に歩ける人は可能な限り歩いてもらう。しかし、これを行うと転倒の可能性が増える。転倒事故の予防なら、車椅子に乗ってもらえばよいが、それでは自立した生活にはならない。

生活期では、生活そのものを見ていく。入所中は利用者の生活がわかるので、全体を見ていくとリハビリ効果を発揮しやすくなる。機能障害やADLでは変化が現れにくいが、「暮らしぶり」では変化の可能性があるかもしれない。

入所者のなかには障害の重い人も多い。恐らく、老健施設の利用者の7割は関節可動域の制限がある。この関節の制限を戻す、あるいはそれをつくらないようにする。重度の人には座位の問題と筋緊張、リハビリで姿勢をうまくコントロールしていくことが効果的である。

課題は通所リハビリの質

通所リハビリには、「日常の健康管理（医学的管理）」、「心身・生活機能の維持・向上（リハビリ）」、「閉じこもり予防（ソーシャルケア）」、「介護負担の軽減（レスパイトケア）」の機能がある。国際的にもこの4つが通所系のリハビリの機能と言われている。

これらに加えて認知症への対応も欠かせない。認知症短期集中リハビリだけでなく、認知症のケアを踏まえた対応をしなければ通所リハビリの効果が出てこない。われわれはプロフェッショナルとして認知症対応にもっと力をつけていかなければならない。

また、廃用症候群であるが、例えば障害の重い方は肺炎で熱発すると、痙性が強くなり、家で臥床していると1週間後には拘縮も強くなることもある。例えば、軽い肺炎でかかりつけ医の往診で治療をしている場合、廃用症候群の予防を家族にお願いをする。また、訪問介護を利用している場合は、介護職と一緒に廃用症候群の進行を止めることも考えなければいけない。

また、気管切開の方もいるだろうし、通所リハビリを利用している方の終末期対応も課題になってくる。そのためには例えば、ケアマネジャー・通所介護・訪問介護との連携も大事になる。つまり地域連携に強い通所リハビリでなければならない。

短時間の通所リハビリ・通所介護との違い

回復期リハビリでは提供時間ごとの改善率がきれいに出ており、160分を少し超えたところで改善がフラットになる。このリハビリ時間と効果の相関関係が学問的に証明されているため、診療報酬ではそれを根拠に、4年前から3時間のリハビリを提供してもよいことになった。

ところが、生活期リハビリにはこのようなデータがない。生活期では加齢とともに生活機能が落ちていくため、リハビリを行うとどうなっていくのかがわかっていない。1時間～2時間の通所リハビリの短期集中リハビリ実施加算は、退院後1か月までは、1週間につき40分以上の個別リハビリを複数回実施した場合に算定することになっているが、生活機能が落ちるときの対応としてこれでよいのかどうか。

また、退院・退所から通所リハビリや訪問リハビリの開始までにタイムラグがあることが問題である。調べてみると病院や老健施設からの退院・退所の方は意外と早く、リハビリが適切につながっている。しかし、在宅で過ごす方が通所リハビリを希望して利用日を調整すると、約1か月近くかかっている。

また現状は通院リハビリ・通所介護の機能が重複しているため整理も必要である。通所リハビリでは、必要な場合、さらにリハビリを強化すべき

ではないか。

介護報酬改定により通所リハビリでは、個別リハビリ実施加算は１日複数回算定可能となった。３か月まで１回80単位を複数回できる。１～２時間未満の短時間通所リハビリのなかで最大５回行える。また、短期集中リハビリ実施加算は実施日ごとで1月以内120単位と1月超3月以内60単位である。

通所リハビリの基本サービス費の見直しでは、所要時間1時間以上２時間未満、３時間以上４時間未満は変更はなかった。４時間以上６時間未満の場合は、マイナスになる。要介護度が高くなるほどマイナス幅は多くなり、約2.5%ダウンの試算となっている。

一方、通所介護には個別機能訓練加算がある。通所リハビリと通所介護の違いは大変に紛らわしい。厚労省は「通院リハビリを短時間の通所リハビリに移行してほしい」と考えているようだ。課題は通所リハビリの質の問題と、通所介護との違いである。私は通所介護の個別機能訓練よりも、老健施設の通所リハビリのほうがリハビリを行っていると確信している。そこでそれを実証するための評価表を今後つくっていく。

運営の工夫、リハビリの成果を示し利用者を増やす

利用開始時には利用者の居宅訪問をして、リハビリの提供計画を策定する。利用開始時だけでは足りない場合、随時訪問する。そして、実績を出していきながら「生活機能が落ち込んだ、家で何をしているかわからない、独り暮らしだがご飯をきちんと食べているのか、ホームヘルパーが行っていない」と何か疑問に感じた場合、すぐに訪問する。訪問することによって通所リハビリのリハビリ計画書、リハビリの中身が変わる。これで成果が出てくるのなら、それをもとに制度の改革を訴えよう。

「報酬をください。そうしたら対応します」という手法はもう通じない。「こういうことを試しにやってみたらこんな成果が出た。従って、これは制度にすべきである」という方法でないと理解してもらえない。

短期集中リハビリは変更がないが、短期集中リハビリ実施加算に含まれていた個別リハビリ実施に係る評価を切り分ける見直しがあった。これらの加算を合計するとこれまでとまったく同じ単位になる。１～２時間の通所リハビリで、個別リハビリ実施加算は１日に複数回算定できる。例えば通所リハビリを2時間実施する方がいるとすれば、１か月目まで、算定上限は２時間であるから20分×５回＝100分、マックス５回ということだ。

介護予防は下がっている。ここで複数のプログラムを組み合わせて実施をすると、選択的サービス複数実施加算のⅠは運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算のうちの２つを組み合わせると月に480単位の加算、３つを行うと700単位の加算となった。

大事なことはリハビリの成果を出し、リハビリの利用者を増やすことである。そして地域連携を強化し、リハビリ・ケアの成績を上げることで、「老健施設の通所リハビリに来たらこんなによくなる」とアピールし利用者を紹介してもらう。

また、健康管理を十分に行うことも大切である。入院・入所をなるべく少なくするようなリスク管理ができればよい。「今日は少しおかしい」などの情報を看護職に伝える。

さらに、通所リハビリを休む人が少なくない。天候などによって休む傾向がある。「雨が降ったら、今日はやめようか」と言う人がいる。その人の傾向をつかみ、他の曜日に振り換えを行い、利用者にきちんと予定どおりにリハビリを行ってもらうような工夫も必要ではないか。

地域包括ケアシステムと老健施設のリハビリ支援機能

訪問リハビリを１か月行い、その後、地域の訪問介護・通所リハビリサービスに移行する場合、これも連携がポイントになる。通所サービスを３か月頑張り、さらに継続という場合もあるし、他のところにお願いするという場合もあるだろう。老健施設に入所ということもある。在宅復帰後の１か月間は訪問リハビリで対応し、他のサービスを入れながら、また悪くなったら入所ということも考える。

地域包括ケアシステムだが、介護給付費分科会のヒアリングで「在宅リハビリ支援センターのようなものが必要ではないか」と提案した。今後、かかりつけ医へのリハビリ支援や地域のいろいろな支え合いを強化していくために、在宅リハビリ支援センターを老健施設やリハビリ病院が行ったらよいのではないか。そこがかかりつけ医・ケアマネジャー・ヘルパーなどに対する支援、介護予防事業への支援、住民・関係者へのリハビリ的な啓発活動、そして在宅リハビリサービスを行っていく。そうすると老健施設は非常によい形で地域包括ケアのなかで機能でき、評価されると思う。

地域には多様なニーズがあり、これに対して老健施設としての役割を果たしていく。可能な限り対応を行っていくなかで、一番大事なことは「信頼される生活期のリハビリ機能」に尽きる。そのためには孤立せず、連携を強化することが求められる。

「地域包括ケアシステムの構築」という方向性のなかで老健施設は頑張っていかなければならない。地域から声がかかったら必ず参加し、それに応える。そういう気概を持ち、2025年には老健施設がすばらしい機能を地域で果たせるように願っている。

ケアマネジメントとリハビリテーションマネジメント

木村隆次 全老健理事・日本介護支援専門員協会会長

医療から介護へとつなぎ効果的なリハビリを

介護保険制度開始から丸12年経った。いまだにさまざまな問題を抱えているが、日本の介護保険は世界で注目されている。世界中からわれわれのところにたくさん視察が来て、「介護予防ケアマネジメントを教えてほしい」という要望もある。一昨年の５月には、OECD（経済協力開発機構）の上席医療分析官からいろいろと質問を受けた。

諸外国との交流を通して、日本の介護保険システムは輸出できるぐらいに優れていると言える。彼らはまだまだ日本の介護保険システムには追いついていない。今回の介護報酬改定を通じてよりよいシステムに進化させるためにどうするかを考えていきたい。

平成24年度の介護報酬改定は、診療報酬との同時改定であった。社会保障と税の一体改革で医療・介護の連携強化、包括的・継続的ケアマネジメントの提供などをしっかり行っていく方針が閣議で決定された。私は全老健の理事として、リハビリ推進役をお手伝いさせていただいた。介護保険法改正の議論の最中に衆議院に招請されたときは、リハビリの重要性はもちろんのこと、医療から介護へのつなぎがうまくいっていないことを述べた。

介護サービスを利用している方の自立を促すために、リハビリは欠かすことはできない。介護サービス提供者側の指揮者であるケアマネジャーに、効果的なリハビリを実現させる自立支援型のケアマネジメントの推進を促すと同時に、医療側の指揮者である医師との連携強化を図りスムーズなサービス提供をめざしてほしい。

地域包括ケア推進へ向け試されるケアマネジャーの資質

介護保険法第二条二項には介護保険の保険給付の目的が記載されている。これは一言で言うと、「単なるお預かり、お世話サービスにはお金は出ません」という内容である。つまり、リハビリの効果が求められている。続く第四条には、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」とある。

しかし、実際はリハビリを拒否している利用者が40％もいることが調査の結果判明した。明確な原因は不明だが、これはケアマネジャーの知識が不足しているため、利用者にリハビリについての十分な説明ができていないからだと考えている。利用者・家族は詳しい説明がないため不安になり、リハビリを過酷なものと認識しているのかもしれない。何のためにリハビリをやるかイメージができず、その上お金がかかると捉えられてしまったら、「リハビリはいらない」という方がいてもおかしくはない。もし、適切な説明をケアマネジャーが行えていないようなら、リハビリ専門職の皆さんに代わりに行っていただきたい。ぜひ、ケアマネジャーをサポートしていただきたい。

ケアマネジャーのなかには医療のことがよくわからず、誰に何をつないでよいかもわからない人もいる。

そのため、今回の法改正議論のなかで、ケアマネジャーの職を巡っては不要論がとび出し、特に「施設のケアマネジャーは要らない」とまで言われた。現在、何とか持ちこたえているが、この先はどうなるかわからない。今回の報酬改定にあたり、地域包括ケア推進の一環として重要視されている「住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」の流れのなかで、少なからずケアマネジャーの行く末を懸念している。

訪問介護・訪問リハビリの際に、サービス提供責任者とリハビリ専門職が利用者宅へ同行し、共同で介護計画を作成することへの評価が新規に認められた。本来ならば、ケアマネジャーがアセスメントを行い、必要なケアプランの原案を作成する。しかし、実際にはケアプランにもとづく個別の介護計画の作成がうまくこなせていないため、多職種協働での計画作成が求められているのではないか。

私はこのリハビリ専門職と訪問介護の連携強化に対して怖さを感じている。定期巡回・随時対応サービスの創設についても同様である。これは訪問介護と看護職が密に連携しながら24時間随時サービスを提供するものである。24時間軸で利用者をみることができるので、アセスメントとケアプラン作成は自然と事業所の訪問介護や看護職に委ねられ、ケアマネジャーは不要だと言われかねないからである。

これらはリハビリを効果的に入れるために必要なプログラムであると理解している。今回の改定はケアマネジャーにとって厳しい面もあるが、ケアマネジャーの資質が試されていると考え頑張ってほしい。

ケアマネジャーに期待する大きな意味でのマネジメント

ただし、私は希望を持っている。ケアマネジャーを何とか国家資格にしたい。大学をつくり、ケアマネジメント論をきちんと勉強して実務を行い、医師等と対等に話ができる職種にしなければいけないと考えている。資質向上のためには、もちろん教育・研修体制が必要になる。しかし、ここでは効果的なリハビリを実施するためにケアマネジャーはどのような工夫をしていくべきかをお話ししたい。

地域で65歳以上の人たち100人を無作為に抽出して要介護認定の審査をした場合、要支援以上の割合は平均約18人である。つまり、65歳以上の高齢者のうち、平均で約８割は元気な方である。しかし、年齢別に見ると、90歳以上は68％が要介護認定を受けていて、ほとんどの人がサービスを利用している。現在、75歳の要介護認定率は13.7％であるが、2025年には団塊の世代の人たちが75歳になり、75歳以上の高齢者の全人口に占める割合は18.2％になると予測される。このままいくと、

介護保険制度が維持できなくなる可能性もあり得ない話ではない。

ケアマネジャーは地域を一体的にみて、介護予防マネジメントを効果的に実施するとともに、利用者の状態に合った医療・介護サービスの機能を活用し、国民がいつまでも元気でいられるようなお手伝いをしてほしい。それこそが包括的マネジメントである。

しかし、包括的マネジメントはケアマネジャーの力だけでは機能しない。市町村や、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所と連携を取って地域包括ケアシステムを構築し、推進してほしい。病気になったら、急性期病院で治療を受け、回復期リハビリ病棟、もしくはかかりつけ医へ移りリハビリを行う。入退院・在宅復帰後は在宅医療連携拠点・地域包括支援センター・ケアマネジャーがマネジメントを主宰する。こうした地域包括ケアシステムのなかで、ケアマネジャーには全体的な、大きな意味でのマネジメントを期待したい。

住む場所と利用者の状態像 地域を一体的にみたマッチング

平成22年度に「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」が実施され、施設側が最も適切と考えるサービス利用者の今後の療養生活場所を調査した結果が報告された。老健施設利用者の約40%は、「実際は特養が適切」となった。

これをケアマネジメント側から見ると、住む場所と利用者の状態像のマッチングができていない状態であると言える。本来、老健施設がふさわしい利用者の状態像とは、リハビリにより、在宅復帰ができる方ではないだろうか。そのような利用者がどんどん入ってきて、自宅に帰っていく。それが本来の老健施設の姿だろう。

しかし、実際は簡単ではなく、家族の問題もあり、「１日でも早く親を施設に入れてくれ」という声も少なくないのである。老健施設はニーズに応えて柔軟に受け入れをする。その結果、利用者・家族にとっては、特養も老健施設も療養病床もただ入れさえすればよくなってしまうのである。これでは自立支援を促すことはできない。住む場所と状態像とのミスマッチについては、今回新設された入所前後訪問指導加算をうまく取り入れ、解消の方向へ持っていってほしい。在宅復帰させようとしても、家族が「もう一緒に住みたくない」といった場合、この利用者たちはどこへ住めばよいのか。ここでも必要になってくるのがマネジメントである。

介護保険施設には、老健施設だけではなく、特養や療養病床もある。ケアマネジャーは利用者の状態に合わせ、適応する施設を選択し、そこで機能を発揮してもらえばよい。

単身世帯と老老世帯の利用者は単純に自宅に帰ってもらうのではなく、必要であればサービス付き高齢者住宅（以下、サ高住）への入居を勧める。サ高住とは、高齢者の居住の安定を確保することを目的として、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する住まいである。この施設には、ケアの専門家が常駐しているだけではなく、介護・医療・生活支援サービスが提供、併設されている場合がある。そこで利用者の状態に合わせ、訪問リハビリや通所リハビリを利用していただく。こうすることで施設に入れない要介護の高齢者たちが減少する。まさにこれがマネジメントである。

自宅か施設かではない。住む場所と状態像のマッチングを考え、利用者の入所前後を見通した全体的なマネジメントを行ってほしい。それには、施設のケアマネジャーが在宅のケアマネジャーと予後予測・見込みを含めた情報の共有をしなければならない。その上で、入所判定会議にかけ、何か月か入所してもらい、自宅（サ高住含む）へ戻ってもらう。戻った後も、何かあればすぐにまた入所できるような調整が必要である。

要介護状態になることを できる限り予防するために

平成18年度の介護報酬改定以前のケアマネジメントは目標設定が不適切であり、訪問介護は利用者のお手伝いばかりをやっていた。その後、「自立支援型のケアマネジメントに変えていかなければ」と、介護保険のケアプランの考え方の軸をはっきりさせるため、「新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方」をまとめた。これは、まさに地域包括ケアシステムのなかでのケアマネジメントの考え方である。

特に、「要介護状態になることをできる限り予防する」というのは、介護予防ケアマネジメントの目標である。本人ができることは本人にしてもらわなければいけない。まずこれが基本となる。しかし、実際は訪問介護サービスが買い物や配食など、利用者ができることまでお手伝いをしてしまっている。求められるべきは利用者への適切なサービス提供である。

そのために必要な介護予防ケアマネジメントのポイントについて、順にマネジメントのプロセスを踏んで説明したい。まず、最初にアセスメントを通じて、利用者の自発的行動を促進させ、目標とする生活をイメージできるようにアプローチする。そのためには利用者・家族の視点に立ち、リハビリについて説明することが求められる。例えば、「15cmぐらいの階段を３段、４段上がることができるようになれば、駅のプラットフォームの階段も上がれるようになり、孫のところまで行ける」など、そういったサービス利用後の生活を利用者・家族が容易に想像できるかが大事である。

また、ここでは生活機能の低下の原因、背景の分析もポイントになる。ケアマネジャーは病気の安定性などの医学的知識に乏しい面があると指摘されている。しかし、その情報は予後予測を立てる上で重要になってくるので、医療専門職の方には連携をお願いしたい。

次に、目標の設定である。気をつけなければならないことは、利用者・家族のめざす生活と一致する目標を設定することである。さらに一定期間で達成可能であるか、価値観などを考慮して、ケアプランを作成しなければならない。介護予防ケアマネジメントの目標であるセルフケアを第一に、インフォーマルサービス、公的サービスなど順々に盛り込んでいく。そして、作成したプランの原案をサービス提供事業者と共有し、チームで取り組んでもらいたい。

サービス担当者会議は合意形成の場である。多職種がさまざまな立場から意見交換を行い、担当チーム内で知識・認識の共有をしていただきたい。担当チーム内での合意はもちろん、利用者との合意を得た後、ケアプランの実施となる。

モニタリングでは、利用者の生活状況の変化に対して、適切なサービス提供が行われているかのチェックを心がけてほしい。モニタリングを通じて、目標を達成できた点・できていない点について達成の評価を行う。必要に応じて再度アセスメントを行い、できていない点についてどうすべきかをチームで取り組む。このような循環型プロセスを必要ならば繰り返し行う。これがケアマネジメントであり、ケアマネジャーがそこでリーダーシップを発揮することを期待している。

利用者の価値観に目を向けたリハビリテーションマネジメントを

利用者に主体的なサービスの利用を促し、リハビリを積極的に行いたくなる気持ちに持っていく。また、アセスメントを通じて、利用者とスタッフ間でも目標の共有を図る。

これらのプロセスにあたっては、利用者の価値観やライフスタイル――生活機能モデルの個人因子に目を向けることでリハビリの効果が上がることもある。

在宅ケアを受けている85歳の女性Aさんの事例を紹介する。当初、ケアマネジャーは訪問介護を入れるケアプランを作成した。しかし、Aさんは訪問するヘルパー全員に「来るな。いらない」という声を上げた。Aさんは認知症であり、症状はかなり進行していた。

ケアマネジャーは原因を探るため、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（センター方式）」を利用し、Aさんの価値観について検討した。そこで、Aさんは昔から倹約家であることがわかった。ヘルパーを拒否した理由は、なんとヘルパーが水道の蛇口から出す水の量であった。われわれが普通に使っている水の量が、Aさんにとっては非常に不経済であり、耳障りな音であった。しかし、そのことがわかるとスタッフ全員で情報を共有して、水道栓をしぼって水を使うようになり、それ以来Aさんに「来るな。いらない」とは言われなくなった。

このようにその人の個人因子・環境因子に目を向けていなければ効果的なリハビリにはつながっていかない。明確な目標を持ってケアプランづくりをやってもらいたい。現在でも各施設でリハビリテーションマネジメントをしっかり取り組んでいるとは思うが、もう一度振り返り、改めてマネジメントについて考えていただきたい。

元気な高齢者でもやる気が出ない

老健施設が対象にしている利用者の多くは要介護４～５の方だろう。今回の改定により、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の新設等の流れから、より軽度の方が短期的に入所することも考えられる。そういった方へのアプローチに関して提言をしたい。

高齢者のなかには100歳になっても自分の足で歩き、口から３食とる元気な方がいる。一方で、そうではない方も大勢いる。元気そうにみえるが、生活機能が少し弱くなり、要介護状態になるおそれのある高齢者を二次予防事業対象者という。高齢者の自立した生活を妨げる要因は何であるか、それを見つけて取り除くために二次予防対象者の心の世界を見ていく必要がある。

介護予防で使っている基本チェックリストを用いて、二次予防対象候補者（要支援ではないが生活機能レベルが落ちている方）を対象にうつ状態を調査した。その結果、元気でも、やる気が出ない方が全体の半数もいた。

抑うつ感情が高まると自発的な行動が少なくなり、廃用症候群が進んでしまう。それで運動機能が低下すると、自信と意欲もさらになくなってしまい、まさに悪循環である。利用者の心のなかを探りながら、何が原因でそうなっているのかを探し出して自立の方向に導いていく。

利用者のなかに答をみつけるコーチングの実践を

利用者の自発的な行動を促進するにはコーチングが効果的である。コーチングとは、コミュニケーションを重ねながら、目標達成に必要なスキルや知識を利用者に備えさせ、目標に向けた行動を促していく手法である。事例を通じて、コーチングの例を紹介したい。

これは看護職がアプローチした例である。大腿骨頸部骨折で入院しているBさんは、歩行練習のため毎日通っているリハビリに難色を示し始めた。このようなとき、「どうしたんですか、リハビリが嫌になったんですか」とBさんに聞きたくなる。しかし、このときの担当看護職は、「何でもできるとしたら、今一番したいことは何ですか」と少し視点を変えて話しかけた。Bさんは少し考えてから、「庭の手入れが好きなので、一日中庭いじりをしたいな」と答えた。

こうして話を聞いていくと、Bさんの生きる楽しみは、自分の庭で花をたくさん咲かせ、それを待つ近所の友人に配ることであるとわかった。何より大事なのは、Bさん本人の言葉でゴールを話してもらうことである。コーチングには、「すべての答と能力は、患者・利用者のなかにある」という考えがある。コーチングは、答と能力を導き出し、気づきを与える。それが最初のステップである。

その後、看護職は、「Bさんが、庭の手入れができるようになるために、邪魔になっていることは何ですか」、「邪魔になっているものを取り除くために、私たちスタッフに今できることはありますか」と質問をした。そうすると、Bさんは「リハビリすることだね」と答えた。

コミュニケーションを通じてゴールを明確にし、お互いにゴールを共有してほしい。そして、それはあくまでも患者・利用者の自己決定によること、正しい情報をしっかり与えて、どうするかを決めてもらうことである。

リハビリはケアマネジメントの上にこそ成り立つ。利用者とのかかわりだけでなく、地域づくりに関しても、多職種協働でのケアマネジメントを徹底してほしい。ケアマネジャーと密に連携して、チームでアプローチし、今後も一緒に自立支援型のケアマネジメントを進めていきたい。これからも利用者の幸せづくり、実現したい生活を支えるために、よりよいケアマネジメントをしていただきたい。

シンポジウム

地域包括ケアシステムにおける老健のリハビリテーションを考える

――医療から介護・地域への連携について――

新井健五 介護老人保健施設ミドルホーム富岡　副施設長（作業療法士）

在宅復帰支援とリハビリが生き残りのカギ

当施設の名称「ミドルホーム」は「中間施設」という意味である。つまり、まさに老健施設のあり方そのものを名前にしたもので、開設以来23年間、それを愚直なまでに堅持してきた施設である。今日は、そこで22年間矜持をもってやってきた老健人の私から、今だからこそ、この老健施設のあり方の原点「中間施設」、「在宅復帰支援」の見地から、地域包括ケア時代における老健施設のリハビリについて、多職種協働のリハビリという視点で意見を投げかけたい。

ところで皆さんの施設は、「中間施設」、「在宅復帰支援施設」としての機能を発揮できているだろうか。社会保障と税の一体改革の議論でも、老健施設の在宅復帰機能の強化が取り沙汰された。老健施設は、運営基準で「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」とされている。老健施設は地域包括ケアシステムのなかでどうすればよいのかは、ここに要約されていると思う。私がまず皆さんに提案したいのは、「老健施設は在宅復帰支援施設である」ということの再認識化である。まさにこれが老健施設の矜持であって、中間施設として生まれた老健施設がそこを捨てたらその存在意義が消失してしまう。

それからもう1つ、「老健施設はリハビリテーション施設」である。これは機能訓練ができる施設を指すのではない。リハビリテーション施設とは、生活期のリハビリを多職種によって構成されるチームアプローチによって進める施設のことである。だから皆さんには、在宅復帰支援施設となるために、リハビリ施設としてどのような機能を果たしていけばよいのかという視点を持ってほしい。これが、老健施設が生き残っていくためのカギだと思う。

「地域包括ケア研究会報告書」でも同様の見方が示された。皆さんもご存じのように、この報告書は2025年の超高齢社会における地域包括ケアのあり方を定めたものである。

そのなかで2025年の地域包括ケアシステムの姿として、施設の有効活用に触れている。要約すると「在宅復帰に向けて生活期のリハビリテーションを集中的に受ける必要がある者のために、リハビリテーションスタッフが重点配置された施設が、病院と住まいの中間施設と位置づけられている。それ以外の従来型の介護保険施設は『ケアが組み合わされた集合住宅』となる」という。

これは大きな問題を投げかけることになった。なにしろ、在宅復帰に向けてリハビリを行う中間施設以外は生き残れないと公式に表明されたようなものだからだ。

これなら老健施設だったら生き残れるのだからよいではないかと思うかもしれないが、そんな安閑安泰としたことではない。それは、生き残れるのはあくまで在宅復帰支援の機能を発揮して中間施設としての役割を果たせている老健施設だけであるからだ。つまり、在宅復帰の役割が果たせていないようなら老健施設でも生き残れないと言っているのである。繰り返しになるが、好むと好まざるとにかかわらず、今後の地域包括ケアシステムの現実のなかで生き残っていけるのは、在宅復帰支援施設としての役割を果たすためにリハビリ施設としての機能を発揮している老健施設と言えるのだ。

ケアとリハビリと生活を決して分けないこと

ではどうすればよいのか。そのポイントは「生活期リハビリの充実」にある。

地域包括ケア研究会報告書では、地域包括ケアを支えるサービスのあり方について次のように示している。リハビリはリハビリ専門職が直接サービスを提供するだけではなく、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導するなどして、自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図るというものである。

これは訪問サービスに限らず施設サービスにも通じる。つまり、生活期リハビリはリハビリ専門職だけで行うものではなく、介護職など他職種をいかに巻き込むのか、有効活用するのかが重要である。リハビリ専門職の人数自体が少ない時代にOTになった私も、この22年間、ずっとそれを課題にして現場の実践を進めてきた。

そして同報告書は、まずは「適切なケア」とはどのようなものかといった「ケアの標準化」に向けた合意形成を、専門職が中心になって進めることが大切だとしている。

「適切なケア」に関する合意形成はたしかに「生活期リハビリの充実」のカギだが、報告書が言うような専門職が中心になって進めるということについては、私は意見が異なる。ケアのバイブルである『ケアの本質』のなかでミルトン・メイヤロフは、ケアとは「相手の成長を助けること」「自己実現を助けること」と書いている。これはリハビリの本質にも通ずることであり、私は「ケアと生活とリハビリを決して分けないこと」が老健施設における実効的な生活期リハビリの肝であると考える。だから「適切なケア」の合意形成も専門職だけで進めず、多職種で行わなければいけない。改めて強調したいのは、「適切なケア」とはすなわち生活に密着したリハビリなのだということだ。

例えば、100名の利用者に対して密度の高い生活期リハビリを数名のリハビリ専門職だけで提供するのはむずかしい。ケアと生活とリハビリは常にセットで捉え、3つを融合させたなかで、いかにして効果的なリハビリを実現するかを考えなければうまくいかないだろう。そのカギとなるのが、多職種協働で行う生活リハビリ（リハビリテーションケア）だ。

これこそが地域包括ケアの重点項目である医療と介護の連携を現場レベルで実践することなのだ。

施設において利用者の24時間365日の不断の生活を支援しているのはケアスタッフである。とにかく、キーパーソンとなるその人たちに、「ケアとリハビリと生活はセットだ」という意識を持ってもらうことが重要だ。私は、口癖のように「現場のケアスタッフの皆さんこそが、本当のリハビリの先生なんです」と言う。われわれリハビリ専門職は裏方に徹するぐらいの気持ちがないと、うまくいかないだろう。

私は、「すべての介護サービスはリハビリの考え方を前提にして考慮し提供されるべきである」と考える「リハビリ前提主義」を提唱し、さまざまな場面で繰り返し訴えている。皆さんもこの機会に、ぜひ、リハビリ前提主義の考え方を各施設に持ち帰って広めていただければと願う。

在宅復帰支援は状況変化に応じた柔軟な調整で

次に、過去13年間の先行研究をもとに、老健施設の在宅支援機能の関連因子と取り組みを文献研究した興味深い論文（吉本他：千葉看会誌vol.17,№1,p61-68.2011）があるので紹介したい。

全国平均以上に在宅支援機能を発揮している老健施設の特徴には、リハビリ専門職と看護・介護職との協働によりADLの改善に取り組んでいることや、基準以上のリハビリ専門職の配置で移動能力や認知症の改善に取り組んでいること、家族と信頼関係を構築していたり、施設外他職種との連携をしていたりすることがあるという。

また、利用者・家族の状況変化に応じたケアの見直しやモニタリングを、標準的な在宅復帰支援に含めることが効果的・効率的であると指摘している。さらに、入所期間が相対的に短いことも在宅復帰をスムーズにする要因であるという。ある程度の入所期間や目標を設定して利用してもらう施設ほど家庭復帰率が高い。要するに、いつ帰れるかわからないのではなく、入所期間をある程度区切って受け入れるとよいとの結果である。

私の施設では入所申し込み面接時に、相談員と家族とが「この後どうするんですか」ということをしっかりと話す。やはり一生面倒をみてほしいと言ってくる人も多いが、まずはそうした方を説得するのではなく、老健施設の役割なども含めてしっかりと説明し、互いの考え方を共有化してから受け入れるようにしている。すると施設でリハビリをしていくうちに家族の心も変わってきて、家に帰れるようになるケースが少なくない。

だから、最初から何が何でも絶対に在宅へ帰さなくてはいけないとは、私はまったく思わない。家族や周辺環境などの状況変化に応じて柔軟に調整していけばよいと思うのである。

家族の意向や施設の計画的誘導が在宅復帰の可能性を高める

ここで興味深いデータをご紹介する。全老健が平成14年に行った「介護保険制度実施後の入所期間の長期化に関する調査研究」によると、家庭復帰の可能性が高い理由では「家族の意向」が最も多く、「施設の計画的誘導」も顕著だった。そして、要介護度や障害老人の日常生活自立度は、入所長期化の直接的要因にはなっていないことがわかったのである。つまり、一般的に思われがちな、単に介護度が高いから家に帰れない、帰せないという理屈は実は成り立たないということだ。

また、全国の老健施設355施設の在宅復帰率を分析した結果、「“リハ職の強化”が、在宅復帰には必ずしも結びついていない」ことも明らかになった（池崎澄江他：病院管理Vol.43,№1,2006）。

これに関しては、リハビリ専門職によるリハビリ効果が生活に結びつけられていない、また、真に生活機能改善のためのリハビリが行われていないのではないか、リハビリ専門職は機能訓練に熱心で個別リハビリなどの加算を取ることに一生懸命なだけなのかもしれないし、心身機能やADLの回復だけで家に帰れるわけではないことを忘れてしまっているのではないかと私は考察する。

要するに、リハビリ専門職のマンパワーを手厚くしても、それがリハビリ自体の強化に結びついていないのではないか。これはとても示唆が大きいデータである。

その人らしい生活のなかの楽しみを活用したリハビリを

私の施設では、多職種が、利用者が家に帰ったときに何が必要なのかを考えて関わってくれる。例えば、歩行ではトイレと自室の数メートルだけでもしっかりと歩けるように取り組む。在宅生活には100メートル歩けることより、家での実際の生活に即した距離を安全に自信を持って歩けることのほうが必要不可欠だからだ。そして、それをリードしてくれているのがOTたちだ。

また、生活リハビリの一環で「楽しみを活用する」という取り組みをしている。本人がしたいことの実現に着目してそのエネルギーを活用するもので、ケアマネジャーは、その視点から利用者個々の目標やプランを立てることにこだわってくれている。まさに、自己実現の支援だ。生活リハビリとは、ADL場面だけで行うものでも、単純にADLの向上を目標とするものでもない。

例えば、焼き肉を食べに行きたいという利用者がいれば、その思いを実現するために必要なことを考える。そして「店まで歩いて行きテーブルに座る」といったことに役立つケアやリハビリを行う。その目標に向かって多職種が共通認識で取り組む。さらに大事なのは家族も巻き込むこと。「ここまでできるようになったら焼き肉を食べに連れていってあげてください」と提案するのである。こういう視点が持てるのは、多職種のなかでもリハビリ専門職だけであると思う。

当施設では、ミニカンファレンスを頻回に行っている。先のような目標はケアマネジャーだけで立てるのではなく、利用者にかかわる一同が集まり全員で活発な議論をしながら計画していく。すると発言をした各自は、各々の担当をしっかりと実践する。これは実行性の確保につながる大事なポイントである。

実習生の素直な感想に生活期リハビリのあり方を学ぶ

最後に、われわれに示唆を与えてくれると思う実習生の言葉を紹介したい。

私の施設では、リハビリの実習生は一定期間介護現場に放り込まれる。おむつ交換から排泄・入浴・食事などの介助、シーツ交換や掃除など職員と同じ業務をさせるのである。当初は「疲れた」、「二度としたくない」といった泣き言にも似た感想がたくさん聞かれるが、2日目以降には「介護職員さんたちってすごいなあと思った」、「リハビリ専門職って、生活、生活って言っている割には実際の生の生活や介護とか、その大変さや重要性を何も知らないっていうことがわかった」、「介護職員さんは現場のリハビリの先生ということがよくわかった」といった声が聞かれるようになる。生活のなかでリハビリをやっていかないと意味がないし、介護の現場ではリハビリ専門職は無力だということや、介護職員はリハビリ専門職よりもずっとトランスファーなどがうまいといったことも、現場の実践を通じて学生は実感していく。そして生活と介護とリハビリが分けられないということを実体験して帰っていくのである。

老健施設における生活期のリハビリのあり方を実習生の素直な声に学ぶ思いだ。皆さんもこの声を参考に、ぜひ生活と介護とリハビリをセットにした実践を進めていただきたい。

シンポジウム

地域包括ケアシステムにおける老健のリハビリテーションを考える

――医療から介護・地域への連携について――

野尻晋一　介護老人保健施設清雅苑　副施設長（理学療法士）

地域包括ケアは「ケアを人に合わせる仕組み」

私に与えられたテーマは、在宅復帰した後をどう支えればよいのかといったことである。

まず患者・利用者の流れを整理する。例えば、脳卒中モデルの場合、現状は急性期病院退院後、回復期リハビリ病棟や療養病床、老健施設や自宅などさまざまな経路をたどる。これは「人がケアに合わせる仕組み」で、患者・利用者が各自の状態に合わせて居場所を変えながら、施設を単位としてパッケージ化されたサービスを受けるものだ。

ところが地域包括ケアシステムでは、「ケアを人に合わせる仕組み」になる。患者・利用者の状態が変化した場合には、24時間365日の体制で支援する地域のサービスチームのほうが動いていく仕組みである。地域包括ケアでは、特定の機能、すなわち在宅復帰・在宅生活を支援できない介護保険施設は「特別な住居」になる。老健施設は通過型・往復型のリハビリ機能のほか、短期集中リハビリ、認知症短期集中リハビリなどの活用で在宅をしっかり支援していくことになる。

その際は、場面ごとに当事者同士が顔を突き合わせて議論し、ネットワークを構築していくことがカギとなる。紙やデータだけのやり取りでは、連携は決してうまくいかない。例えば当施設では、ヘルパーの責任者の訪問時間帯に合わせてわれわれリハビリ専門職が家庭に出向き、生活改善についてともに検討することも多い。

生活期リハビリは3つの視点で

私は生活期リハビリを語る際には、①ICFの視点、②時間・空間・人の視点、③生活構造の視点――の3つの視点を重視している。

まず①のICFの視点だが、皆さんご存じのように、ICFでは健康が6つの構成要素（健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子）の相互作用によって成り立つとしている。これらが何らかの原因で壊れたら修復をしていくことになる。脳卒中モデルであれば、最初に急性期チームが入って回復期チームに受け渡し、最後に生活期チームにバトンを渡すといった具合に、各チームが少しずつ異なる役割でかかわる。このチームリレーをうまくつないで、課題を解決し健康を取り戻していかなければならない。

各チーム内でのかかわりも同様で、多職種でかかわることが大事だ。例えばカンファレンスで「便秘でトイレに時間がかかる」ことが課題になれば、医師は「抗コリン薬の影響かな」と言い、看護師は「水分摂取量が少ないのではないか」、理学療法士からは「腹筋の機能が弱いし、排便姿勢がよくない」などの意見が出されるだろう。OTであれば、衣服の操作に時間がかかっているとか、便座の形状・高さが実はよくないといった意見が出るだろうし、栄養士からは野菜の食べ残しの多さが指摘される。また、介護職は利用者の個人史を非常によく知っており、緊張すると特にだめだとか、施設内でも1階の奥のトイレがお気に入りなどの情報を教えてくれもする。さらに在宅も含めれば、支援相談員がトイレの改修に役立つ制度を提案してくれるだろう。

このように1つの課題に対して多職種がかかわることで、ICFが示す6つの構成要素のなかから多角的な意見が出てくる。ぜひ、それをよりよい解決策につなげてほしい。

時間・空間・人の視点でのかかわりが在宅では重要

次は、3つの視点の②時間・空間・人の視点である。

例えば、通所介護と通所リハビリ、そして2か所のヘルパーの介護を受けながら、家族と在宅で生活していて、1日8回トイレに行く方がいるとする。トイレ動作の統一などは、皆さんもよくテーマにされると思うが、この方の例で考えてみると、日によって介助者が目まぐるしく変わり、通所サービスも2か所を使っているためトイレ環境がまったく異なる。家族も、日中や夜間、休日などの違いで複数人のかかわりがある。

この事例では「かかわる人数×場所×時間帯」によって、幅広いバリエーションのトイレ介助が想定される。こうした場合、在宅での主介護者に「こうやってトランスファーしましょう」と一度や二度伝えるだけで適切な介助を行ってもらうのは、なかなかむずかしいと思う。こうしたケースなど特に在宅においては、やはりかかわりを持つ各々にしっかりと連絡を徹底する作業が欠かせない。

それから時間が経過していくと、生活空間や人間関係が広がっていく場合もある。日中と夜間などの時間帯の変化でその方を取り巻く環境は異なってくるし、すると人のつながりも生活空間も変わっていく。当たり前のことではあるが、こうしたことをきちんと想定して支援のプログラムを組まないとうまくいかないといったことも起こる。

障害を持つ方の生活構造を理解したかかわりを

続いて3つ目の視点、生活構造の視点である。私たちがかかわる生活期では、生活の再建をめざし生活機能の評価を行う。しかし皆さんもご存じのとおり、人の生活は千差万別である。私は初めて在宅に出ていったころ、人の生活とはこんなにも幅広く異なるものなのかと改めて実感した。生活機能の評価といって、ただトイレ動作だけを切り取って見ても、それは決して生活全体を見たことにはならない点がむずかしい。

10年以上も前だが、一般の人はどのような暮らしぶりなのかを考えていたとき、総務省の生活基本調査に出会った。それは人の生活を、①一次活動（睡眠やセルフケアなど生理的に必要な活動）、②二次活動（仕事や役割活動など社会生活を営む上での義務的な性格の強い活動）、③三次活動（余暇や移動など各自が自由に使える時間）の3つに分類している。

このうち一次活動について、睡眠時間を除いたセルフケアの時間は、10歳代～80歳代までのほぼ一生を通じて3時間ほどで変化がない。これは食事・入浴・排泄・整容行為等の時間である。では

何が変わるのかというと二次活動の役割活動で、就職と同時に割合が高まり、定年退職すると大きく下がる。それに対して自由時間は、仕事をし始めたらぐっと減って定年後に大きく増加する。この役割活動や自由な時間こそ「その人らしさ」の時間である。

では、障害を持った方はどうだろうと、脳卒中やパーキンソン病、廃用症候群の患者で在宅にいる方についていろいろ調べてみた。脳卒中の方は、セルフケアにかける時間は一般の方と大きく変わらないが、特徴的なのは、役割活動がほぼ消失し自由時間が大部分を占め、このほとんどがごろ寝やテレビを見る時間になっていることだ。そして最も多いのが、何をしていたかわからないという回答で、寝ていたのか起きていたかもわからない状態である。

パーキンソン病の方はリハビリのステージごとに並べると、正常に近いステージⅠの方は総務省の基本調査と同じような生活構造である。そしてステージⅡ以降になると次第に役割活動が消失している。これは廃用症候群の方も同様である。

まとめると、一般の方は睡眠時間が33%、セルフケアに13%ぐらいかけ、残りの54%を役割や楽しみの活動に使っている構造である。しかし、在宅の障害高齢者は、一般の方と睡眠とセルフケアの時間は大きく変わらないものの、役割が消失し、非常に消極的な自由時間を過ごすという生活構造になりやすい。

生活期の在宅支援における通所リハビリの役割

先ほど触れたように、問診では「何をしていたのかわからない」という回答が少なくない。そこで要介護3で車いす実用レベルの方の退所前と在宅復帰後の様子について、活動センサーで調べた。

施設では1日に128回立ちあがっていた方が、在宅に帰ったら食事のたびに起き上がるくらいで、その他の時間はほぼ寝て過ごし、1日の立ち上がり回数は19回に激減した。せっかく老健施設でリハビリを頑張っても、家に帰ると生活のなかでの動きがこれほど違ってしまうという端的な例である。これを見ても、通所リハビリなどで人のいるところに出ていくことの大切さがよくわかる。

当施設の通所リハビリでは、送迎の際の動線チェックなど在宅の訪問評価は以前から取り組んできた。また、利用開始当初の方は“後期回復期”ともいえる段階にあるため、生活機能の低下防止とさらなる向上に向けたリハビリを提供する。その後は、利用者の主体的な活動につなげていくプログラムを組んでいる。施設が用意したクラブ活動ではなく、利用者個々に何がしたいのかを聴いて、介護職員と合同の企画ミーティングで具体化を検討し実現する。

すると利用者は、麻雀牌を片手で積める道具を自分でつくって麻雀クラブを立ち上げたり、自ら情報発信したいといって新聞部を立ち上げるなど自主的に活動し始めた。

われわれに依存的な利用者もいるため、「清雅苑大学」を開校し、身体の仕組みなどの啓発講座も行っている。

また、通所リハビリの送迎はリハビリ専門職や介護職が行っており、送迎の際にいろいろな評価を行う。例えば悪天候時などの移動能力も見られる。こうした機会を有効に活用してほしい。

生活期の在宅支援における訪問リハビリの役割

通所リハビリとともに、在宅を支える上では訪問リハビリも重要である。ここでは私が20年前からかかわり、当施設で看取った事例を紹介する。

70歳代で左視床出血により右片麻痺となり、併設病院でのリハビリ後に家庭復帰されるも、小さい脳卒中発作を3回起こし入退院を繰り返した男性である。3度目の入院時に病院はもう嫌だと退院された。通所リハビリに誘ったが、人が集まるところを拒否されたため、当初は訪問リハビリ週2回と訪問看護週1回でサービスを開始。その後、住宅改修などを行いながら、「閉じこもり・寝たきりにならないよう通所リハビリの利用を」と誘導を続け、週3回通ってもらうようになった。

そのうちに家族の介助で在宅生活が成立し、訪問リハビリの終了が検討される段階になった。しかし訪問するたびに、新聞のお悔やみ欄を見て「また友人が亡くなった。僕はいつまで生きられますか」と悲観的な言葉を繰り返す。寝たきりではないが日中はいすにずっと座ったまま、外来受診と通所リハビリに外出するので閉じこもりでもないが、元気に暮らしている状態ではなかった。

実は、3回目の発作のときにMRIで脳の萎縮の進行がみられ、主治医から認知症が大変になってくると話があった。そこで、ともにかかわってきたOTと何か活動を入れようと、「手のリハビリの一環です」といって絵日記を勧めた。70年間絵筆を握ったことがないと最初は拒まれたが、市民絵画教室や画材購入、風景画の題材探しなどで外出機会も増え、次第に生活圏が広がった。そして腕前の上達とともに関心事が、死期・発作・病気・死亡欄などから、「次は何を描こうか」、「今度は賞がとれるだろうか」などと前向きに変わった。

この方は絵画によって生活が活発になり、結局、在宅で13年間過ごされ、ついには作品展で受賞・表彰されてテレビでも取り上げられるほどになった。そして人とのつながりが広がった。絵画を通じて新たな人間関係を築いたほか、「テレビで見た」という昔の友人との関係も取り戻したのである。しかし多くの方は病気をすると付き合いが狭くなり、ごく身近な家族とわれわれ専門職を除いた人間関係が損なわれがちである。私はこれを「関係の廃用」と呼んでいる。リハビリで身体や心の回復に努めることに加えて、実は人間関係の構築もしっかりサポートしていかないと在宅はなかなか継続できない。在宅支援における重要なポイントとして、よく覚えてほしい。

この方は結局、当施設で看取り、スタッフ全員で見送った。葬儀の祭壇には晩年に賞を取った絵画が2つ並び、私たちの支援は意味があったのだと、20年来の思いがこみ上げた。

このように当施設の訪問リハビリは、在宅生活のスタートを支える「生活立ち上げ期」、それを現実の在宅生活に合わせて調整していく「生活調整期」、その後の安定した生活を継続支援する「生活継続期」、そして生活圏を拡大し、楽しみやQOLの向上を図り、地域の活動へと結びつけていく「生活の質向上期」のプロセスで行っている。こうした流れで、皆さんも利用者を地域の活動への参加へとつなげるかかわりを進めてほしい。

シンポジウム

地域包括ケアシステムにおける老健のリハビリテーションを考える

――医療から介護・地域への連携について――

浅野有子 介護老人保健施設涼風苑　リハビリテーション室長
（主任介護支援専門員・作業療法士）

「施設のみんなでリハビリをしよう」

認知症リハビリなどについて一緒に考えよう。

涼風苑は平成９年に精神科病院の併設で開設し、入所定員100名・通所定員30名の施設で、リハビリ専門職は常勤OT４名・非常勤PT１名の体制である。平均要介護度は3.4、在宅復帰率は努力をして在宅に帰る方の多い月でも20%ほどとなっている。

私が入職したのは開設３年目、リハビリ専門職は私一人で、当時はまだ閉鎖的な精神科看護の影響もあった。100の老健施設があったら、100の事情と100の地域があるが、どんな状況でもリハビリ専門職が元気に専門性をしっかり発揮し、生きがい・やりがいを持って前進できるようでありたいと考え、もがきながら進んできた。

２年目に「施設のみんなでリハビリをしよう」と呼びかけてリハビリの勉強会を行い、相談員と一緒にお茶会のグループを、介護職とは「立ち座り背伸びグループ」を開始してみたりした。ポータブルトイレ等の福祉機器を導入し、自立支援につながる食器に変更したりもした。そして２年後に常勤OTが１名増えたのを機に、利用者をしっかりと評価できるよう書式を整え、個別機能訓練に加えて週2回の集団リハビリを立ち上げた。

その後開設６年目には、全利用者に週２回の個別機能訓練を行うためのシステムづくりをした。この頃から私は「リハビリをするなら涼風苑と言われたい。日本一をめざす」と介護職員に言い始めた。これは本気で質の向上を図ろうという意気込みから発した言葉である。

利用者の人生を包括的に見渡すと地域包括ケアでの役割が見える

開設から14年になるが、自立支援・在宅復帰については今も皆さんと同じように悩んでいる。やはり老健施設においては、生活モデルだけではなく医療と生活を統合したモデルで生活適応期リハビリにしっかり取り組みたいし、多職種協働で個別機能訓練と短期集中リハビリをニーズに応じて提供し、自立支援に努めたい。

私は決して在宅復帰率だけがリハビリの質の指標とは思わないが、一方でそれは、言い訳せずにめざさなければならない当然の目標だというジレンマもある。ケアマネを兼務する立場からは、排泄が自立し電話の受け答えができ、日中は一人で留守番できる朗らかな人などは自宅で暮らせると思う。ところが在宅復帰がむずかしいのは、一生懸命個別機能訓練をして生活機能の向上を図っても、生活場面での安全性・確実性・実用性に直結しづらい面もあること。だから私たちはもっと、利用者・家族の関係性や各々の役割など、家族のありようについて考えることを重視している。

特にこれからは、これまでとは異なる世代の利用者が増える。戦後生まれ、そして1951年以降生まれの情報に敏感な方々へと利用者の世代が移っていくなかで、今以上にきちんとした説明責任を果たさないと、うまく向き合えない時代がすぐそこまで来ている。しっかり対応したい。

それからもう１つ、包括的・継続的なケアマネジメントの考え方に触れたい。地域で暮らす高齢者は、例えば心臓病の入院治療後に脳卒中で倒れて搬送され、老健施設でリハビリを行って在宅に帰ったら今度は肺炎になるなどして、病院・施設・在宅を行ったり来たりする。そのたびに心身状態や生活環境は変化するが、それでも住み慣れた地域で生活し続けられるように、適切な支援やサービスを組み合わせていく継続的なケアマネジメントが地域包括ケアにおいて求められている。

そのなかで、施設はどのような役割を果たすのか。やはり利用者の機能課題・生活課題の向上に向けた十分な個別機能訓練を提供できると地域から信頼される老健施設が、利用者を在宅に帰していく役割を担うのではないだろうか。利用者の人生を包括的に見渡したときに、地域包括ケアにおける老健施設の役割が改めて見えてくると思う。

「いつか日本一」をめざす涼風苑の実践

前述したように涼風苑のリハビリも苦悩している。介護報酬改定への対応、書式の準備、利用者ニーズに応えるリハビリのバリエーションの整備、リハビリの質や技術の向上、痛みはちゃんと取ることができているのか、麻痺はどこまで治せるのか、セラピストの技術は重要だ。その上で、チームリハビリの体制づくり、連携を促進する情報発信、地域貢献や在宅支援のあり方はどうなのか。多忙ななかにさまざまな課題がある。

こうしたなかで「涼風苑いつか日本一プロジェクト」を掲げ、マニュアルや書式を整備している。例えば、利用者を機能レベルで6分類し、チームとしてどのようにかかわるかの役割分担をマニュアル化した。具体的な分類は、歩行自立群・車椅子自立群・車椅子要介助群・認知症主体群・準寝たきり群・寝たきり群で、当苑では認知症主体群が25%～30%ほどを占める。この方々に対しては認知症のリハビリに主眼を置き、介護職とリハビリ専門職が協働して対応している。

アセスメントと情報提供にはICFモデルを活用したアセスメントシートを使っている。実際にこのシートを通じた気づきが少なくなく、よりよいアプローチの発見、発想の転換にもつながっている。このなかで「できる活動、できそうな活動」の記述欄があるが、特に「できそうな活動」を思い描いて書き込むことが、経験の浅いリハビリ専門職にはむずかしいようである。なかなか十分に埋められない様子が見られ、専門職としてこうした部分の表現力をしっかり学んでいく大切さを実感している。

ケアマネジメントも工夫しており、日本作業療法士協会がつくった「生活行為向上マネジメント」を現場モデルに落とし込んだ書式を用意した。詳しくは後述するが、これに沿って基礎練習（関節可動性・筋支持性など）・基本練習（立ちあがり等の基本動作訓練、歩行練習など）・応用練習（散歩・料理・トイレ行為・入浴練習など）・社会適応練習（自宅での調理・掃除、公共交通機関を利用した外出練習など）を行うなかで、担当スタッフが利用者の生活にしっかり向き合えるように。

また、認知症短期集中リハビリの効果を、根拠を示して明らかにしようと、3か月間の変化を一覧できる書式もつくった。やはり認知症にしっかり対応できる老健施設は、地域包括ケアのなかで生き残っていけると思う。認知症リハビリについては必死に模索しているところだ。

そして在宅支援において欠かせない訪問リハビリの立ち上げが大きな課題である。介護報酬改定が厳しい内容で行われたため簡単ではないが、リハビリ専門職を1名増員して何とか開始したい。

また、地域包括ケアで選ばれる施設をめざす一環で、短期入所と通所リハビリの利用者の主治医から意見をいただくための書式を用意している。これをうまく活用すれば、今次改定で新設された地域連携診療計画情報提供加算の算定にもつながる。入所者についても同様に、紹介元の医師に近況を報告し地域とのつながりを緊密にしていくことができるのではないかと期待している。

これらの書類は多すぎると業務が煩雑になりがちだが、簡素化しすぎるのもどうかと思う。やはりしっかりと評価・記録し情報を共有して連携を高めてリハビリを実践することは、われわれ専門職にとって大事な土台であると考える。

個別リハビリを基本に治療・練習・指導・援助で対応

チームリハビリについては、介護職員との協働でリハビリやケアのサークル活動、食の改善、リスク検討等のチーム活動などを行っている。また、リハビリ専門職をめざす学生・研修生を年間40〜50人受け入れている。彼らは現場の貴重な戦力・資源であり、実習生をエンパワーメントし全力を発揮してもらえる環境を工夫している。

リハビリ部門は個別リハビリを基本としており、機能訓練、生活場面でのリハビリ、作業療法の三本立てとなる。その上で年度計画を立て、3か月ごとに課題解決を図り、個別リハビリ予定表を毎月つくり直し、治療・練習・指導・援助を柱としたかかわりを行っている。

認知症高齢者に対する支援を例にとると、「治療」：脳機能の賦活、脳異常活動の抑制、「練習」：生活技能訓練、感覚統合、認知運動、ADL練習を手段に暮らしを変える、「指導」：介護職員や家族への支援、利用者に対するよりよい解決方法の助言、「援助」：対人交流や心理的安定を図るかかわり、本人・家族のエンパワーメント――などである。

こうしたかかわりを通じてわれわれには、利用者とマンツーマンで向き合うチャンス、家族と連携できるチャンス、リハビリ専門職の専門性を示すチャンスがある。こうしたチャンスを生かす取り組みを、ぜひ皆さんと共有したい。

「生活行為向上マネジメント」とは

では、前述した「生活行為向上マネジメント」の考え方にもとづくプログラムについて説明しよう。これは日本作業療法士協会の提案する段階づけによるプログラムの実施で、生活行為の改善を図るアプローチの考え方である。

第一段階の基礎練習では、心身機能の改善を図り、関節をほぐして支持性を強化する。この段階ではモビリティを保証するだけの支持性を確保できればよい。第二段階の基本練習では、作業に必要な動作を繰り返し練習する。認知課題や立位でのボールのやり取り等効果的な活動を繰り返して上手くなる。

第三段階は応用練習で、作業そのものの実践である。生活場面での移乗練習、食事場面で上手に食べる練習などである。そして最後の第四段階は社会適応練習。例えば、外食や買い物、散歩や花見などに出かけたり、自宅での調理や掃除を行ったりする。

例えば、認知症リハビリでも、基礎練習で脳の機能を賦活し整えて調和させることがあり得ると思う。麻痺の方の基本練習も、手首の背屈を誘発し肩までが自然に動くリーチボードを使った練習や、立ち座りや高足踏み、パターゴルフなども効果がある。

応用練習では在宅を訪問する。医師または医師の指示を受けたPT・OT・STが居宅を訪問し、診察・運動機能検査等を実施して通所リハビリ計画の作成等を行った場合は、1月に1回550単位を算定できる。訪問リハビリを立ち上げていない当苑では、これをうまく活用していく考えだ。

地域の信頼を得るコミュニティケアを大切に

認知症のリハビリとは、脳や身体の疾患により見当識・記憶・判断力等の認知機能が低下し自分らしく暮らせなくなっている方に、「新たな、そのひとらしい、安心できる、健康な暮らしを本人やご家族と一緒に再構築していく過程」である。これには多職種が認識と目標を共有して取り組むことが効果的である。認知症の方の生活機能障害の多くは認知症単独によるものではなく、身体機能・活動制約・安全配慮能力が関係するし、在宅復帰をめざす上では、家族の捉え方・考え方等が重要な要因になる。

当苑では、利用者の苑生活を家族に伝えようと、行事などの写真にコメントを添えた利用者ごとのアルバムを用意している。「個人アルバム」といって、入所中はいつでも見られるよう棚に置き、退所時にはプレゼントする。利用者が亡くなった際にも、ここで笑顔で過ごした様子を親戚の方々にも見ていただきたいと思っている。

そして利用者が望む本人らしい暮らしの実現に向け、チームでアプローチすることが大切である。特に在宅復帰を進める上では、私たちは社会資源を熟知しておかなくてはならない。日々、多忙な業務を抱えた支援者である皆さんにとっては、情報と人のつながりが一番の社会資源であり財産である。この研修会も互いに知り合い、つながりを広めるチャンスであり、皆さんの元気の素になったら嬉しい。やはりリハビリ専門職が元気で活動できることが大事だ。

また私は、地域の信頼をしっかり得るコミュニティケアを大切に考え、リハビリの哲学を実際の生活の場で広く実践することを重視している。今日は「多職種協働から多様性の共生へ」をテーマに話したが、老健施設はまさに、住む方・泊まる方・訪ねてくる方がいて、実習に来る学生や勤務するスタッフがいるコミュニティである。各々、価値観や専門性の違いもあるそうした人たちが、一つの老健施設を核にして一緒に生活していることを大事にしていただきたい。皆さんには、職場あっての自分であると受けとめて、仲間とよりよくコラボレートしていってほしい。

講義およびグループワーク
「連　携」

進　行：**土井勝幸**　全老健理事・リハビリテーション部会部会長
テーマ別メーンコーディネーター
在宅復帰支援：**新井健五**　介護老人保健施設ミドルホーム富岡　副施設長（作業療法士）
在宅支援：**野尻晋一**　介護老人保健施設清雅苑　副施設長（理学療法士）
認知症リハビリテーション：**浅野有子**　介護老人保健施設涼風苑　リハビリテーション室長（主任介護支援専門員・作業療法士）
コメンテーター：**井上　崇**　全老健施設研修推進部会部会員

本研修会の２日目には「連携」をメーンテーマに、土井勝幸氏の進行で、①在宅復帰支援（新井健五氏）、②在宅支援（野尻晋一氏）、③認知症リハビリテーション（浅野有子氏）の３つの個別テーマの講義とグループワークが催された。

グループ分けされた参加者による熱い討議もさることながら、各講義とそれに対するコメンテーター・井上崇氏のコメントに、現場の実践につながるヒントが見られた。その内容について要点を絞って紹介する。　**（編集部）**

在宅復帰支援

在宅復帰のカギを握るのは家族

新井：在宅復帰支援ができている施設では家族との信頼関係を築いているのが特徴だ。いくら本人が在宅復帰を熱望しても、いくらリハビリ専門職が熱心にリハビリを行いADL向上につなげても、それだけでは不十分である。逆に、ADLが向上せずとも、家族の意向次第で在宅復帰は可能になる。われわれ医療関係職種は病気を治したり機能を向上させたりさえすれば家に帰れると思い込み、家族を在宅復帰支援のチームから外して考えがちだが、それでは在宅復帰は実現しない。

在宅復帰のカギは、まさに家族が握っている。

したがってわれわれには、家族に再び「ともに暮らしたい」、「ともに暮らしてもいいかな」と思ってもらえるような支援が求められる。その前に「仕方ないけど」という言葉がつく場合もあるが、その「仕方ない」部分は社会資源で援助できる。

新井健五氏

例えば、「自宅に帰って、夕食だけでも家族で一緒に食べてもらいたい」という目的で、日中は家族が不在のため通所リハビリや通所介護を使い、夜中にはヘルパーに来てもらい、週末はショートステイに入りながらも何とか在宅復帰をさせたとする。この場合、社会資源の活用で家族の負担を最小限にとどめながら、利用者の希望を実現できており、十分に在宅復帰の意味がある。孫や子どもと一緒に食事をしながら談笑して過ごす時間を、たとえ1時間程度でも確保している点が大事だ。

不安の具体化が家族を安心させる

新井：家族支援は「安心して受け入れよう」と思ってもらうための支援である。では、不安を安心に変える上でわれわれに何ができるのか、どう働きかければよいのか。

例えば、今回新設された入所前後の訪問指導の活用がある。利用者・家族の在宅復帰後の生活を具体的にイメージし、それを基に入所後のケアやリハビリ、家族への働きかけに生かすのである。大事なのはこれらをケアチーム全体で共有化して取り組むことだ。リハビリ専門職はケアチームの一員として、そのチームワークが在宅復帰の促進因子になるように役割を果たしていってほしい。

不安は具体的にすると安心に近づく。家族は、在宅復帰そのものや、復帰後の在宅生活のイメージ·サポート体制などが漠然としているから不安なのであって、安心してもらうためには、とにかくそれらを具体化して示すことである。なかでも利用者・家族にとっての在宅復帰の意味や生活課題、生活機能リスクを具体化して示せるのはリハビリ専門職以外にいない。そして、リハビリ専門職とチーム内の多職種の認識や思いを合致させることが重要である。チームワークの前提は目標・目的の共有化であり、それが成されて初めて協働という意味でのチームワークはスタートできる。

老健施設の持つ在宅復帰支援機能を発揮させるために、①リハビリ専門職自身ができることは何か、②ケアチームの一員として多職種に何をどう働きかけ連携・協働するか、③家族にどう働きかけるか。この３つの視点で常に具体的に考えてほしい。

＊

井上：在宅復帰は利用者や家族にとって意味があるものでなければならない。例えば、今の話では自宅に帰って孫と談笑することが紹介された。ほかにも、自分で手入れした自慢の庭を毎日眺めるとか、家族と利用者に残された時間を大切にして過ごしてもらうというような、何らかの意味づけが必要である。

また、家族が在宅復帰の主導権を握っていると指摘された。実際に私もそう感じるが、在宅復帰の決定を単に家族に委ねきってしまうのは考えものだ。そこに何らかの働きかけ・仕掛けを行っていくことが、リハビリ専門職の重要な役割である。

例えば、家族からは利用者が帰ってきた後の生活のイメージがつかないとよく言われるが、それを具体化していってほしい。先日、全老健の調査で在宅復帰率50％以上の施設を視察したところ、住宅改修の事例写真などをきちんと整理し、これから在宅復帰する家族に見せながら説明していた。市販のパンフレットを示すよりも、ずっと説得力がある取り組みで、ぜひ私の施設でも取り入れたいと思った。

また、今回、入所前後訪問指導加算が新設されたが、入所の際に自宅を訪問し、生活のどの場面でどういう課題が発生して入所したのかを、家族や利用者と共有していくことが非常に大切だと思う。それによって、在宅復帰を具体化していく作業が円滑に進むのではないだろうか。

また、皆さんのテーブルでの話し合いを見て回るなかで、チームワークの構築について、医師との連携をもっと重視してほしいと感じた。多職種協働には医師も含まれる点を考えていただきたい。

今日の講義や議論の内容を実践したとしても、それですぐに在宅復帰が進むというほど甘いものでないことは、現場の一人として十分承知している。だが、在宅復帰支援に向けた突破口として、こうした工夫を進めていく必要はある。

在宅支援

「生活プランなき住宅改修はない」

野尻：本日のグループワークでは、利用者が自宅に帰って生活を送るにあたっての基本的な課題の

野尻晋一氏

整理と必要な支援の検討を行ってもらい、各テーブルで手すりの位置や段差の解消など環境改善に関することを中心に多くの意見が聞かれた。たしかにリハビリの専門性からすると、環境面の検討に目が向きがちなのはよくわかるし、スキルとして大事なことではある。

しかしその際にも、最も重要な視点として忘れてはならないのが「生活プランなき住宅改修はない」こと。まずは生活プランを押さえることが最も大切である。自宅訪問の際も、利用者はここで実際にどのように暮らし、この玄関はどんな使われ方をしているのかといった見方をしていただきたい。シンポジウムのなかで話したように、「時間・空間・人」の視点からその方の生活を見つめてほしい。何よりも、家族の話と多職種の意見を聞き実際の生活場面を見て、その方の１日の生活の流れ、季節ごとの生活の流れなどの全体像を捉えた上で、多角的な検討を行う必要がある。

そして在宅支援の一番の軸は「睡眠・食事・排泄」の３点で、これは利用者の状況に加えて同居する介護者の状況も含めた評価・検討が求められる。夫を介護する妻が、眠れずに食事がまともにとれず、トイレにも行けないような環境では在宅生活が成り立たないからだ。当施設ではスタッフが訪問する際、まずはこの３点に抜けがないかを押さえる。それで生活が成り立ってきたら、次のステージとしてもう少し活動性の高い生活を送っていただこうといった支援の段階に移っていく。段階に応じて、優先順位をどこに置きかかわっていくかが大切なポイントである。

情報の把握・伝達・共有が大事

野尻：例えば、パーキンソン病の方の場合には、大事な視点として押さえなければならないのは、病気が進行性であり、１日のなかでも状態の変化があること。一番悪いときの状況だけを想定したり、退所前訪問の際に見た状況だけで判断してしまうと、いろいろなミスが起こりかねない。皆さんには、ぜひイマジネーションを働かせてほしい。目の前の利用者と一緒に皆さん自身が暮らすことを考えて、春夏秋冬や一週間のスケジュールを思い浮かべながら在宅生活をイメージしていくと、利用者・家族への提案の仕方も違ってくると思う。

また、パーキンソン病の場合は薬がQOLに影響する。私が担当した在宅の事例では、某大学病院に入院していたパーキンソン病の方が鉄格子の部屋で縛られていたため、見兼ねた家族が連れ帰り、新しい主治医が処方を変えたところ一人暮らしできるようになった。このように医師の方針が利用者に大きく影響するケースは少なくない。私は、医師に対して必ず利用者の細かな状況変化を伝え、薬の調整も行ってもらう。われわれリハビリ専門職は医療面や生活面などのさまざまな情報を把握し、チームに伝達・共有することが非常に大切だ。

パーキンソン病では、進行するとレム睡眠行動障害で本人の意思とは関係なく、夜中に家族を殴ってしまうこともある。家族は恐怖を感じるが、主治医や在宅チームにはなかなか言いだしづらく、認知するまでに時間がかかったりもする。特に、私たちリハビリ専門職は日勤帯で勤務しているため、夜間の状況には意外と疎い。こうした点も含めて、生活全体をまず押さえてから、具体的なリハビリプランを考えていくことが大事である。

＊

井上：今日はケアマネジャー・ソーシャルワーカーとしてのコメントを求められており、その立場からお話しする。

ご参加の皆さんの多くはリハビリ専門職なので、事例を見る場合は身体や環境面を切り口にするだろう。しかし、私は過去に「事例を見るときは、まずその方が人生のなかで、そして疾病の経過のなかで、今どういう立ち位置にいるのかを見なさい」と指導された。

例えば、５年前に発症され療養を続けておられる方は、いわゆる在宅導入期ではない。障害や病気を持ちながらも、本人も家族もすでにある程度は生活のスタイルを確立されている。ただし、転倒するなど何らかのエピソードを経た結果、今そこに介入していかなければならない時期にきたといった「立ち位置」をまず理解するのが、ケアマネジャーやソーシャルワーカーの切り口である。

また、家族のなかでの本人の位置づけや、介護者の姿勢・価値観を見ることも非常に大切である。居宅サービス計画書(1)には「利用者及び家族の生活に対する意向」の欄があり、ここはできるだけアレンジせず、聞きとった内容をそのまま記載するのがケアマネジメントの鉄則である。

今日の事例では、「自分自身の体力も心配だが、無理の無い範囲で出来る限り支援を行いたい。本人の思いを汲み取り、希望通りの生活を送らせてあげたい」との家族のコメントが示された。利用者のことを思いやり、体力的な課題があってもできることはある程度しっかりやるという姿勢を明確に持っている家族だと、私は受け取った。こうした事例を検討する場合、介護全般を根底から見直さなければいけないのか、それとも一部修正や新たな環境・サービスを加えた検討が必要なのか、あるいは当面は現状維持でもよいのかなど、事例をどう読むかが大切である。

そして在宅支援において、私がリハビリ専門職の皆さんに期待することの１つに、リスク管理がある。病気や障害の特徴を捉え、これからどういうリスクが起こるのかを適切に判断し対応していただきたい。そのほかにも、生活をよりよく修正したり発展的にもっていったりすることや、介護者への介護方法の指導や住環境に合ったサービスの組み立てなどの役割もある。

シンポジウムでも触れられたが、2025年の地域包括ケアにおいては、リハビリ専門職は単にリハビリを行えばよいというのではなく、評価やアドバイスが大きな役割になってくる。やはり生活期ではPT・OT・STの役割が大変重要であり、そうした視点を持ってかかわっていただきたい。

最後に、基本動作やADLは生活の核であり優先順位も高いが、それだけで生活が成り立たないのは周知のとおりである。私たちの暮らしは、友人と酒を飲みに出かけたり映画を観に行ったり、音楽を聞いたりするなかで流れていく。要介護度が重くなるとそうした機会は必然的に少なくなるが、それでもゼロではない。そこに着目して、この方の生活を可能な限り拡大したり意味のあるものにしたりするにはどうすればよいかと、事例を見ていくことが大切である。

認知症リハビリテーション

生活機能の向上を通じその人らしさを支え続ける

浅野：老健施設は認知症に対する治療的役割も担うべきで、生活機能を向上させて暮らしを支援する必要がある。生活機能というのは「〜する」とつくことすべてが該当する。例えば、「お話をする」、「読書をする」、「尿意があるのでトイレで排泄をする」、「老健施設内を朗らかに徘回する」などの全部が生活機能である。

その支援においては、リハビリ専門職の役割が非常に重要である。認知症の進行を抑え、その人

らしさを支え続けることは、私たちリハビリ専門職に課せられている。認知症の初期には個人史を反映した形でかかわり、中等度になったら、なじみの場やなじみの関係を意図した集団的な環境整備を行い、危険や混乱に対する配慮をし、よりいっそう気づきを増やしていき福祉用具も活用してなんとか支えていかなければならない。

重度になると、私たちリハビリ専門職が懸命にかかわったとしても少しずつ押しこまれて来るが、それでもディフェンスラインは下げないようにする。そのときは、やはり多職種連携でのかかわりが重要だ。認知症高齢者の機能・能力・暮らし・思いを、リハビリ専門職やケアマネジャーなどの全員が専門性を発揮して代弁し、認知症を制する。地域包括ケアで生き残れるのは、こうしたかかわりができる施設だろう。

私たちには成果についての説明責任がある

浅野：認知症高齢者のリハビリでは、前述したように「〜する」とつく生活機能・生活行為そのものの具体的向上をめざす。この「具体的」が大事で、利用者の個別性に応じたリハビリ計画やリハビリマネジメントで臨まなければならない。

そのとき私たちは、ニーズや解決すべき生活課題を明らかにし、個人史や環境因子の影響を考慮して、本人が安心して楽しく取り組めることから展開していけばよい。そのためにも脳の機能や生活機能に関する専門的知見を持ち、アセスメントに基づく個別のリハビリ計画を立てて、集団でかかわる際にも個々に適切な支援を行う。こうしたことが大事である。BPSDに関しても、さまざまな原因の仮説をしっかり知った上で、そこに働きかけるようにしたい。

当苑では、利用者が語った内容をナラティブシートにまとめている。そこには「どのような子ども時代を過ごしたか」、「学校時代の思い出は？」、「仕事は何をしていたか」、「どんないきさつで結婚

浅野有子氏

し、利用者はどんなお父さん・お母さんだったか」、「趣味・楽しみは何か」、「できるようになりたいことは？」、「今手元にほしいものは？」、「何をして過ごしたいのか」などを書き、それを居室に掲示している。さまざまな場や集団を活用して、存在を支援しようと考えたものだ。

ところで、認知症短期集中リハビリは本当に効果があるのかと、家族に聞かれたことはないだろうか。利用開始時と3か月後を比較して実際にどのように改善するのか、各現場において、私たちはその変化を実証するための工夫をしていかなければならない。とにかく十分に説明した上で契約を結び、アセスメントに基づくリハビリを提供する。そのすべてをしっかりと記録に残し、3か月後に成果を説明する責任が私たちにはある。

この関連で今、私は米国の作業療法士・アレンの説に注目している。「認知症の方の認知能力を改善させるには限界があるため、認知能力を評価した上で代償されるべき思考パターンを明確化し、行為レベルで最大限の遂行能力を達成する手がかり、支援をする」として、課題環境を変容することで認知症高齢者の達成度を上げるといった考え方（環境ディバイス）である。

これはまさに老健施設における、根拠に基づいたリハビリに応用できるのではないかと考えており、さまざまな手段による試行錯誤を続けている。よりよい認知症リハビリの実践に向けては、皆さんとも交流を進めノウハウを積み重ねていきたい。

＊

井上：今のお話にあったように、老健施設のリハビリはやはり治療的要素として行うべきだろう。評価をして計画を立て、ある程度の期間実施した上で効果を検証していくといったサイクルで進めるべきだと考える。

ただ、今日のグループワークを通じて、認知症リハビリは、効果の検証と実施プログラムの内容について検討すべき課題が少なくないと感じた。これは老健施設全体の共通課題である。具体的には、皆さんも実感していると思うが、「3か月の壁」がどうしてもある。リハビリ実施計画書をつくり家族に説明をして実践していくが、3か月後にその効果がどう現れたのかを実証することが大変に難しく、そこに現場の皆さんの大きな苦労が見られる。

家族の立場から見た効果とは、1つには利用者自身の生活の何がどう変わったのか、すなわち生活の変容があったのか・なかったのかといったことである。また、介護の負担感がどれほど軽減されるのかといった点にも期待が大きいと思う。

しかし、認知症短期集中リハビリにそこまでの期待が持てるものなのかどうかは、今後の検証を待たなければならないだろう。それに向けては、現場における効果の実証のほか、リハビリ専門職がつくったプランとケアマネジャーのつくったケアプランが、現場でどのように整合性を持って運用されているのかもポイントになってくる。だからこそ、皆さんから実践を通じたさまざまなデータや意見を出していただき、それをもとに考察・検証を進めていくことが大切である。

井上崇氏

＊

土井：私も作業療法士として一言補足したい。私は認知症短期集中リハビリについて「カレーライスをつくることです」と、よく表現する。カレーライスをつくる作業は、まずレシピを検討し手順を考えて材料・道具を揃える。その準備ができたら、次は実際に材料の皮をむいて切り分け、煮たり炒めたり味つけをしたりという作業を行う。そして最後に皿に盛りつけて食べ、「おいしかった」となる。こうした一連の流れがある。つまり、「このプロセスのなかのどこができて、どこができないのかを一緒に知りましょう」と家族に説明し、支援の仕方を探っていくことが認知症短期集中リハビリの実践ポイントである。

カレーライスはあくまで一例にすぎず、例えば、母親や祖母であれば、どんなことをしてもらいたいと思うのか。もう一度肉じゃがをつくってほしいのか、それとも園芸をしてほしいのか。祖父なら、もう一度釣りに行く姿を見てみたいなどということにも当てはまる。そこは適宜置き換えて各々の工程を細分化していき、できるところを見つけて、「そこを支援しませんか」と話せばよい。大事なことは、その人にとって意味のある活動を一緒に見つけ、それを3か月後に達成しませんかと具体的に提示することである。

すると家族からは「じゃあ、3か月で終わりなんですか」と聞かれるかもしれない。それに対しては、「だから、家族も含めたチームで一緒に見つけ、実践していくんです。医師、介護職や看護職、リハビリ専門職、支援相談員、ケアマネジャーなど、すべての職種でチームを組みます。リハビリが最初に介入しますが、多職種がかかわるため、

その後をきちんと生活の場につないでいくことができるんです。通所リハビリでは家族につないでいくことができます。これを一緒に、一つひとつやっていって、最初の３か月間でまず糸口を見つけていきましょう」と説明する。私はこれこそが認知症短期集中リハビリだと思う。

すなわち、その人にとって意味のある活動・作業を見つけていくことが認知症短期集中リハビリなのだと言いたい。そのプロセスのなかには、当然、作業をするために必要な筋力や耐久性などのさまざまな課題が出てくるため、通常の短期集中リハビリや運動等も同時並行して行うのである。とにかく、その人にとって意味のある活動をもとに、それぞれのアプローチに意味づけをしていくことが重要である。

では、この後は会場との質疑応答・ディスカッションを行いたい。

質疑応答と総括

引き出し方の工夫次第でその人らしさが現れる

会場A：当施設では、認知症リハビリをなかなか実践できていない。例えば、認知症の検査などをどうすればよいのかを伺いたい。

浅野：当苑ではHDS-RとMMSEを必須としているほか、30の生活項目を挙げてコメントをつけ、評価を行っている。例えば、食行動、排泄・失禁、歩行・移動機能はどうか、名前が書けるか、簡単な手工芸はできるか――といった項目であり、リハビリ専門職が、この人はこれをこのぐらいできるようにしたいと評価する。

実は当苑でも、認知症短期集中リハビリの加算算定は思うように進んでいない。一人の利用者に、認知症短期集中リハビリと短期集中リハビリを同時に提供する体制を整備しきれていないからだ。そのため現状はスタッフのトレーニングも兼ねて、利用者を見る目、すなわち評価の仕方を学んでいる段階である。当苑で使っていて皆さんにもお勧めしたいのは、「ひもときシート」（認知症ケア高度化推進事業「ひもときねっと」ホームページ〈http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/index.html〉参照）で、これでBPSDなどを捉えると職員の学習効果が極めて高い。ぜひ、参考にしてほしい。

会場B：認知症の方については、認知症短期集中リハビリ以外の日常的な介護の場面におけるかかわり方でも、今後の介護量が変わってくるのではないかと感じているが、実践が難しい。

例えば、片麻痺によって身体機能が低下している方であれば、動くほうの手を使って食べていただくなど自立支援の介助を介護職にお願いするが、認知機能が低下した方にはどう対応すればよいのだろうか。介護職への伝達法を教えてほしい。

浅野：介護職にも個性があり、力量や認識の差もあって、伝え方を間違うと軋轢（あつれき）が生じるため気をつけたい。私は、現場の実践から「Aさんのこのやり方はすごくよい」というものを見つけて、実例を挙げて示すようにしている。

また、認知症高齢者には、畳の上でごろ寝してテレビを見たり雑誌を眺めたりしながら、何かの拍子にみんなで笑う雰囲気をつくるということを行っている。つまり寛いだ雰囲気のなかで何らかの話題を提供できるように心がけているもので、例えば、季節の話題を持ち出して「何かおいしいものを食べたいですね」とか、誰かが結婚するときには「新婚旅行には行きましたか」といった話題を投げかけると、表情が変わっていろいろと話してくれたりする。こうした場面を介護職と共有し「この人はこんなに笑うんだ」、「こんな反応をするんだ」と実感してもらい、よりよいケアにつなげていってほしいと考えている。

土井勝幸氏

人にはいろいろな面があって、私たちが引き出し方を少し工夫すると、その人らしさが現れてきたりする。こちらが強制的に扱うと相手は依存的に対応してくるといったことは、皆さんも経験しているのではないだろうか。

意味のある在宅復帰を支援する応援団として

土井：では、最後にグループワーク全体に関する総括コメントを井上さんからいただきたい。

井上：全体を通じて、「老健施設のリハビリ専門職の役割」についてクローズアップされ、老健施設をはじめとした生活期リハビリにおける皆さんの専門性・必要性が取り沙汰された。そしてリハビリ専門職は個別の機能訓練やトレーニングももちろんだが、今後は評価と助言に関して大きな役割を担っていく必要があると示された。

例えば家族に対して、病気や障害を説明しどのような介護を行えばよいのかを伝えること、さらには、介護自体をどう捉えてどのような姿勢で臨めばよいのかといったアドバイスをすることも、リハビリ専門職の大切な役割だろう。

また、職員に対する役割もある。例えば、リハビリの技術や評価の視点について、医師をはじめ看護・介護などの各職種に伝えることである。リハビリ専門職の立場から利用者・家族の支援に通じることはすべて皆さんの役割であり、それは老健施設の基本施設サービス費に包括評価されていると思う。

今後の地域包括ケアに向けては、リハビリ専門職にはこれらの大きな役割が期待されており、利用者・家族、そして職員に対しても反映していく必要があるという自覚を持っていただきたい。

それからもう１点、在宅復帰についてはたしかに老健施設の基本的な役割ではあるが、組織の成り立ちや地域特性などによる多様性・多機能性もあってよいのではないだろうか。在宅復帰を進めているところだけが、必ずしもよい老健施設だとは思わない。重介護の方を支えることや、ターミナルへの対応も、今や老健施設の大切な役割である。ただ、そうした役割を担う施設も、意味のある在宅復帰を支援する応援団として、できるだけの支援をするという姿勢で取り組みたいものである。皆さんには老健施設の役割を総合的に理解して、各々の現場で実践を進めてほしい。

土井：本研修会では老健施設のリハビリの普遍的なあるべき姿を再確認する目的で、シンポジウムやグループワークを組み立てた。皆さんには、さまざまなことにチャレンジできる老健施設の可能性を改めて感じていただけたかと思う。

繰り返しになるが、在宅復帰に向けては、通所リハビリや訪問リハビリなどによるフォローの仕組みも含めて、その方にとって意味のある地域での生活の継続をいかに支援していくのかといった視点が欠かせないことを、最後にもう一度心に留めていただきたい。

SPECIAL INTERVIEW 特別インタビュー

老健施設は地域包括ケアの中核的施設に

兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻教授
小山秀夫氏

こやま・ひでお●昭和26年東京生まれ。昭和55年上智大学大学院博士後期課程終了（社会学・社会福祉学専攻）。同年厚生省病院管理研究所（現在は国立保健医療科学院に名称変更）、平成4年同研究所医療経済研究部部長。退職後、静岡県立大学経営情報学部教授を経て、平成22年から現職。全老健の「老人保健施設の総合的な将来の在り方検討懇話会」委員。

人口構造の変化のインパクトが大きい

――小山さんは老健施設誕生の前夜から、長く老健施設にかかわってこられています。その意味では、昭和62年の老健施設創設から25年経った流れのなかで、2025年の地域包括ケアシステムに向け老健施設が中核的な拠点になることをめざして動き出すという中間報告の意味についてお話しいただければと思います。

小山：老健施設が増えたなかで、不変の部分・変化してきた部分・これから変化していく部分の3つがあります。過去・現在・未来の問題を一つひとつクリアせず、同時に議論すると混乱してしまうでしょう。

老健施設創設から四半世紀以上経って、経済状況をはじめとしたさまざまなことが変わってきましたが、この25年間で人口構造がまったく形を変えたことのインパクトが大きい。

2011年現在で全国に約1.800の市町村がありますが、市を除いた92の町村で65歳以上の人口比率が40％以上です。「人口の40％以上が65歳以上になったら大変だ」といわれていますが、これは25年前にはなかったことだと思います。

平成7年1月17日に阪神・淡路大震災がありました。その当時の神戸市の65歳以上人口比率は約16％でした。平成23年3月11日の東日本大震災で被害に遭った地域の65歳以上の比率は約30％でした。高齢者が増え、65歳以上が30～40％になっている社会での施設体系と、15～16％だったときの施設体系とは違うと思います。

小山秀夫氏

老健施設の制度設計をしたときには、従来にはないまったく異なる新しいタイプの施設をつくっていこうということでした。しかし、こうした変化を受け、2025年に向けて老健施設自身の変化が求められます。2025年の話は「まだ先だ」と思いがちですが、今のうちに準備しておかないといけません。

最低基準が最適基準にはならない

小山：老健施設は特養と病院（療養病床や慢性期病院）とどう違うのかという議論をもう25年間続けています。例えば、東京から大阪まで行く方法は、バス・車・新幹線・飛行機などいろいろあります。同時にさまざまな形態の施設があっても構わないと思います。

老健施設は数も増え、いろいろな施設ができました。特養に近い機能の老健施設もあれば、本来機能を守っている老健施設もあり、数は少ないかもしれませんが医療を中心にしているところもあります。

特養にも医師が常駐しているところや看護職員やリハビリ専門職をたくさん入れているところもあります。それと老健施設はどう違うのかを議論したところでどうにもならないと思っています。

少しの違いを強調して、制度をつくっていくというやり方もあるとは思うのですが、あまり細かく分類せずにざっくりと大枠で決めていくという考え方もあります。

アメリカでは、療養病床を含めて老健施設や特養もグループホームも全部“ナーシングホーム”です。ナーシングホームは大きな概念でかなり幅広く、この概念のもとでロング・ターム・ケアを行っています。アメリカから見れば、日本はロング・ターム・ケアのなかを細切れに仕切った“幕の内弁当”のように見られています。

細切れにしすぎるとどういうことになるかというと、「特養への入所が適切だが、特養がいっぱいなので老健施設にいる」、「老健施設がいっぱいだから療養病床にいる」といった話になってきます。

老健施設はリハビリ専門職や支援相談員を必置にした最初の施設です。逆に細かい仕切りを作ったおかげで、質が悪い施設ができなかったというメリットはあると思います。デメリットは「最低基準がなかなか最適基準にならない」ということです。オプティマムレベル（最適基準）なのか、ミニマムレベル（最低基準）なのかという議論が絶えずあり、老健施設の療養費でミニマムを保証して、それにオプティマムを乗せる方法を行ってきました。最低基準は質を落とさないため、最適基準は質の向上のためで、介護報酬で誘導していこうという流れできました。

まずエイジングインプレイスの議論から始める

小山：地域包括ケアのなかで5つのサービスがありますが、住宅サービスの上に生活支援や介護・医療を乗せていこうという方向です。そうなると、特養も老健施設も療養病床も形は違いますが、居場所を提供しているのは確かです。居場所があって、寝る場所があって、それプラスで医療・介護・生活支援のサービスなどが乗る。一番わかりやすい居場所の議論から始めましょうと「居場所議論」というものがあります。エイジングインプレイス（地域居住）という議論です。

特養は養護老人ホームから発生したから、高齢者の居場所の上にサービスがついているということがはっきりしている。これに対して、病院は医療サービスを効率的に提供するという立ち位置であるため、住んでもらっては困るところです。老健施設はどちらかというと、特養よりも医療寄りの施設で、住居として質が高いものを供給したいと思いつつ、医療サービスの流れに傾きがちです。

特養は個室ユニットケアに流れていますが、老健施設は医療の流れから個室ユニットケアという流れにはあまり乗らなかった。住む場所が大部屋というのはなかなか難しい。昔、地方にはたくさん商人宿があって、10畳の部屋に見知らぬ５人が２畳ずつで寝るという時代がありましたが、それがビジネスホテルになり、現在は全然知らない人同士が同じ部屋で泊まる機会はあまりありません。最近、病院でも５割程度個室化しているところも増えています。全床個室とは言わないまでも８～９割個室という病院もあります。

エイジングインプレイスの考え方をすると、お年寄りをいろいろなところに移すと生活環境が変わるから、なるべく住み慣れた場所にずっといたほうがよい。しかし実際には、施設が細切れになっているため、あちこちに移らなければいけなくなります。

本当にどういうものがよいのかという本格的な議論は行われていません。枝葉末節の違いについては非常に神経を使うものの、骨太である原理・原則についてははっきりとした方向性が打ち出されずに、何となくの流れで進んできたと思います。

４人部屋では競争力を失うのではないか

小山：25年目の老健施設が４人部屋を建てたとしても、正直言って競争力はないでしょう。例えば、サービス付き高齢者向け住宅・特定施設・グループホーム・小規模多機能・サテライトの老健施設・特養などの施設は全部個室です。それに対して老健施設が４人部屋を出しても競争力があるかは疑問です。

必ず言われることは、「個室分を払えるだけの年金額を持っていない」ということです。介護保険をつくったときに、都市サラリーマンで35年から40年勤めて、中産階級の人たちがもらう年金で運用できる介護をめざしたという大前提がありました。それが崩れてしまったことが問題ですが、その人たちにとっては「４人部屋に入るために年金を払っていたわけではない」ということでしょう。一番問題なのは団塊の世代で、約20年後にこの世代の方が介護保険を利用するわけだから20年後までに間に合えばよいのかもしれません。

居場所を個室にするのかしないのか、ターミナルに老健施設から病院に運ぶのか運ばないのか、そして家庭復帰をどうしていくか、リハビリについてどう考えていくか――といった問題もあります。このときにモザイクのように規則に従って分けていく、他との違いを示していく、最低基準なのか最適基準なのか問題があります。

今回は中間報告なので、少しだけ方向性について各問題に答えを出しています。「認知症に対応しましょう」、「ターミナルもやっていきましょう」、「リハビリもやっていきましょう」などです。医療行為についても適切な対応を求めなければいけないので、一応「内づけの医療」と出来高払いで請求できる「外づけの医療」の議論をしょうとあります。

――中間報告のなかに「総合在宅支援センター」という新しい言葉があります。これは地域包括支援プラス自ら出向くといったサービスをもったものですか。

小山：老健施設には施設入所、通所リハビリ、短期入所があり、施設の入所前や退所前に利用者の家に訪問して地域と切れないようにしてきました。

老健施設の持っている従来機能に在宅機能をつけて、訪問看護や訪問介護だけではなく、主に訪問リハビリをプラスして提供していくというのが総合在宅支援センターです。相談、リハビリ、入所、通所、在宅機能で総合在宅の支援のところに地域サポートを行うという機能をここに込めたのです。

老健施設にPT・OTがいて、2000年の介護保険発足時、介護報酬で訪問リハビリが認められるようにしたのです。つまり訪問リハビリという項目は最初からあったのです。平成２年に老人訪問看護ステーションができて、平成４年に普通の訪問看護ステーションができ、訪問看護ステーションのなかにPT・OTが入って、訪問を始めたステーションがありました。訪問看護ステーションではなく、いずれは訪問リハビリステーションができたほうがよいという議論になりました。

訪問看護ステーションは「看護なのにリハビリばかりやっている」、「訪問看護ステーションなのだから、看護職がリハビリ専門職よりも少ないのはおかしい」という話になってしまいました。

地域にリハビリがなく、施設内あるいは通所でしかリハビリが提供されないのであれば、「地域リハビリ」とは言えないと思います。

中間報告の２章にこうあります。「『地域包括ケア研究会報告書』が示す介護保険施設の中心コンセプトを老人保健施設の本質機能と捉えれば、特別養護老人ホームはケアが組み合わされた住宅、療養病床は病床という役割分担が明確になる」。つまりいろいろな資源をキープしていて、地域包括ケアを中心的に行える施設は老健施設と言っています。そして「介護保険施設に期待される本質機能を果たせば、老人保健施設が地域包括ケアの中核的施設に位置づけられる将来像が見えてくると言えるだろう」と書いてあるのです。「地域包括ケアの中心は老健施設です。頑張ってください」というメッセージがここにあります。

開業医との連携を老健施設側が理解すること

――2025年まで期間は意外に短いですが、そこに至るまでのプロセスで何が障害になりそうですか。

小山：それは地域の在宅支援診療所との関係をどう持つかということです。日本の地域医療は質もよいし、診療所は頑張っています。地域医療の中核は老健施設ではなく、診療所だと思っています。

例えば、政府の「社会保障・税の一体改革」では、病院の外来の半分以上は診療所が担当してほしい、在宅にいる人も診療所で診てほしいと言っています。そうなると、老健施設が資源をキープして中心的な役割を果たしたいと思っても、在宅をきちんと診ている診療所の医師との連携がとれなければうまくはいきません。そうすると老健施設は、地域で往診している診療所からどのくらい信頼されるかがポイントになります。

従って、地域の医師がどう思っているかを老健施設側がまず理解することが必要です。例えば、グループホームは地域の開業医なども含めた運営協議会をつくっています。自分の患者もいるわけですからいろいろな話がされるわけです。老健施設も１年に何度かケース会議やケア会議を開くなどして地域とうまく連携していただきたい。これが地域包括ケアを軌道に乗せるポイントになるでしょう。

現場からのオピニオン
～介護現場はいま～

地域包括ケアシステムの中核的施設をめざすためには何が必要か

――介護職員等によるたんの吸引等の研修事業に対する老健施設の役割――

全老健山形県支部長、介護老人保健施設あこがれ理事長
大島扶美

たんの吸引等研修事業筆記試験は受験者201名全員合格の快挙

75歳以上の高齢者数が最多となることが予測されている2025年に向けて、いよいよ平成24年４月１日から、地域包括ケアシステムが動き始めた。周知のとおり、介護サービス基盤強化のために介護保険法等の一部が改正され、平成23年６月22日に公布。平成24年４月１日より、一定の研修を受けた介護職員等が一定の条件下で、たんの吸引等を実施することが可能となったのである。

山形県は、医師も看護師も絶対数が圧倒的に不足している医療従事者不足県である。平成23年10月６日付の都道府県知事宛の厚生労働省老健局長通知「平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業」に、山形県老健協会は即座に着手した。会員39施設のなかから中央研修に送り出す看護師を選出し、受講した指導看護師が伝達講習を行って、各現場の指導者となる看護師を養成した。伝達講習会は２回行い、２回目には私を含む３名の医師も加わった。数少ない看護師たちが実に献身的によく学び、立派な講師として力量を発揮してくれた。

そして山形県内を大きく４つのブロックに分け、講師３名を有する複数の老健施設が、近隣の老健施設に対して、合計50時間の講義を、共通に定めた項目ごとに実施日時を少しずつずらして研修する体制を整えた。これによって受講を希望する介護職員は、各々の勤務状況に合せてすべてのカリキュラムを受講できた。受講した介護職員は実に熱心に、真剣に学習し、平成23年12月25日の筆記試験では受験者201名全員が合格の快挙を成し遂げた。

その後の演習も、シミュレーター（たんの吸引訓練モデル、経管栄養訓練モデル、救急蘇生人形）、吸引装置、人体解剖模型等を用いて行い、研修評価票に基づいて終了した。また実地研修は、研修担当老健施設の利用者・家族の了解を得た上で、不測の事態に備え、全受講介護職員を対象に全老健介護老人保健施設総合補償制度および他の損害賠償保険に加入し、実施した。

この結果、山形県老健協会の介護職員201名に「修了証明書」および「受講証明書」が発行され、「認定特定行為業務従事者認定証」が逐次、交付されている。

老健施設が地域の教育機関となれば重介護者の在宅復帰への道が開く

このたびの研修事業は山形県の指示により、入所担当の介護職員のみを対象として実施した。今後は他の部門の介護職員にも同様の教育が必要であると考えている。

重度認知症や多発性脳梗塞等の重度脳障害を有する高齢者、諸機能が衰えた老衰高齢者等は、いつの日か必ずと言ってよいほど、摂食・嚥下障害を生じてきてしまう。嚥下訓練・食形態改善・口腔ケア等を行っても回復には限界があり、必ずたんの吸引等が必要となる。

日本がお手本としてきた福祉先進国の北欧の国々では、このような状態になった場合、その人らしさが失われたものと判断され、胃ろう等の経管栄養は行わず「よい死」(good death）をめざすことを国民的合意で決めている。日本では、まだこの考えの是非については議論が始まったばかりであるが、その人らしさを大切にするか、１分１秒でも命を永らえさせることを大切にするか、その決定権があるのは基本的に本人だけであろう。

だが、判断力を失っている摂食・嚥下障害高齢者は、ほとんどの場合、家族が命を永らえさせる道を選んでいる。その結果、老健施設に重介護を要する高齢者が増え、イルリガートル用スタンドが林立しているのである。

この人々をも在宅または居宅に復帰させ得る道はあるだろうか？

一つある。その鍵は老健施設が握っている。その手段は老健施設が、訪問介護・グループホーム・サービス付き高齢者向け住宅等の介護職員に、たんの吸引等を教育することである。老健施設が教育機関として地域に凛として存在すること。それこそが、老健施設が地域の諸サービス機関と連携を密にする方法であり、地域包括ケアシステムの中核的施設としてゆるぎない地位を築き得る道である。

その教育ができることを私たちは立証した。

現場からのオピニオン
～介護現場はいま～

老健施設の底力
――老健施設が病院・診療所に勝るもの――

全老健長崎県支部長、介護老人保健施設サン施設長
石橋經久

私は卒後26年間従事した外科医を辞め、平成11年11月より社会医療法人財団白十字会介護老人保健施設サンの施設長・医師へ転職した。早いもので12年以上が経過したが、介護現場で学び得たエビデンスは外科医だった私にとって予想以上の素晴らしい宝物となった。その宝物を具体的に紹介する。

①身体・精神的拘束の廃止と介護負担軽減

平成12年４月に始まった介護保険制度での身体拘束廃止運動は、介護現場に介護技術の革新と全人的ケアの重要性を認識させ、今や介護の原点となっている。医療現場では救命・治療の目的で必要以上の拘束がなされているのが現状である。またサンでは、５年前よりケア技術向上委員会を設置し、リフトや各種の福祉用具を積極的に活用することにより、介護スタッフの負担軽減に努めている。

②入所者の介護度再認定調査の結果

平成19年４月～平成24年３月までの入所者の介護度変化率は改善29％、維持50％、悪化21％である（入所定員100名、平均年齢84歳、平均介護度3.8）。この結果は老健施設の介護とリハビリのレベルの高さを示唆している。

③認知症に対するケアとリハビリは薬物療法に勝る

私の施設では11年前より認知症に対して、狂った体内時計をリセットするための施設生活と、学習療法®・音楽療法や脳活性化リハビリを施行し、認知症の改善に著明な効果をあげている。私たちの研究では抗精神病薬を中止して上記の療法を施行すると、前頭前野の脳血流量が改善される結果を出している（光トポグラフィ装置ETG－4000にて測定）。脳神経細胞と神経ネットワークの再活性化により、多くの認知症利用者が本来の自分らしさを取り戻され認知症が改善している。87歳の認知症高齢者で、入所時の要介護４から４年後に要支援１へ改善された事例も経験している。

一般の医師は、ドネペジル塩酸塩や抗精神病薬を投与することで認知症の治療をしていると思い込んでいるが、認知症は高血圧や糖尿病等の治療とは異なり薬物療法では改善しない。全人的ケアと脳活性化リハビリが最高の認知症治療法である。

④高齢者の維持期心臓リハビリテーションへの挑戦

多くの高齢者は心疾患を合併している。心臓リハビリテーション指導士と一緒にパワーリハビリの手法を用い、高齢者の心臓リハビリの効果を研究した。結論としては、心不全で高BNP血症があっても、心エコー検査でEF（左心駆出分画）が35％以上であればリハビリは可能と判断し、循環動態とSpO_2（経皮的動脈血酸素飽和度）をチェックしながら心臓リハビリを実行している。NYHA（心機能分類）がⅢ度→Ⅱ度へといった改善事例も多く経験した。

⑤高齢者のがん末期ケアは老健施設が最適

私たちの施設では毎年16名前後の看取りを行っている。８年前より16名のがん末期利用者にターミナルケアを施行した。全人的ケアとリハビリによる自己疼痛制御機構の活性化は、オピオイドを必要とせずに少量のNSAIDs（ボルタレン坐薬）のみで疼痛緩和を可能とした。

病院や診療所で行う疾病指向型（Pathogenesis）治療と異なり、老健施設では健康指向型（Salutogenesis）の緩和ケアが可能である。結果として、がん末期利用者のADL・QOLは最後まで高く保たれ、本人や家族の満足度は高い。オピオイド投与による寝かせきり状態の終末期緩和ケアは高齢者にとって最悪の緩和ケアと考えている。

以上の内容は、第44回日本癌治療学会（東京）にて発表した。

⑥出前介護教室

平成16年より、地域に根ざした施設として各地区の公民館へ出向き、140回以上の介護教室を開催した。認知症・介護予防や健康寿命などについて講演すると地域の皆様との信頼感が深まり、地域に根ざした老健施設としての役割も果たすことができた。今後、老健施設には地域包括ケアの主役となり積極的に貢献して行く責任がある。

連　載

全国介護老人保健施設大会 演題発表 優秀奨励賞

――第20回全国介護老人保健施設大会 新潟――

介護研究 脱臭大作戦 THE エコロジー
～臭いますから匂いますへ～

介護老人保健施設赤門なのはな館（千葉県）
橋本英昭 介護／**鈴木佐智子** 看護（写真）

1. 要　旨

当施設の認知症専門棟では生活をする場であるにもかかわらず、排泄物臭と考えられる不快な臭いを払拭できずにいました。そうしたなか、他フロアから移動してきた利用者の「くさい」という言葉をきっかけに、脱臭対策を開始しました。

脱臭対策は、エコロジーであることが前提です。今まで不定期に行っていた換気の回数を増やして定期的に行いました（**写真１**）。また、施設内で使用済みのお茶殻を小ネットに入れ天井に吊るし（**写真２**）、コーヒー殻を少量ゴミ箱に入れました（**写真３**）。

改善されたかどうかを評価するため、対策前後で①臭気測定器を用いた比較（**写真４**）、②研究員による臭気の感じ方、③利用者の家族・職員へアンケートを実施しました。

その結果、臭気測定器での比較はほとんどの場所で対策実施後のほうが低値を示しましたが、夜間は測定値が高値となりました。夜間には換気ができないことや、お茶殻・コーヒー殻の匂いがフロア内に漂い、芳香効果があったと推測しました。臭気の感じ方のアンケート結果については、対策実施後「改善があった」、「食べ物の匂いがする」と評価されました（**図**）。

また、この研究により予期せぬ嬉しいこともありました。感冒症状を伴う感染症の体調不良者が減少したという結果も得られたのです。換気回数の増加や茶に含まれるカテキンの薬理効果によるものと考えられます。匂いをすべて取り除くことは不可能です。匂いは見聞きし、感じ、味わったはずの事物を思い出させるのにより効果的なきっかけとなります。生活に欠かせない匂いのある環境づくりをすることで認知症の進行緩和につなげたいと考えます。

写真１　定期的に換気を行う

写真２　使用済み茶殻を天井から吊るす

写真３　少量のコーヒー殻をゴミ箱に

写真４　臭気測定器を用いて改善程度を評価

2. 発表までの準備・工夫・苦労など

脱臭対策費用は、お茶殻を天井に吊るすネット代150円のほか、臭気測定をするための臭気測定器のレンタル料金が約３万円でした。最初レンタル料金の見積もりをもらった際、予想以上に高額であったため無理だろうと思いました。経費節約が叫ばれるなか、諦め半分で上司に相談すると、レンタルの許可が出ました。快諾という想定外の結果に私たちは驚きました。

当施設は、普段より介護研修など職員の教育に力を入れています。理解ある上司、施設の方針に感謝しました。そして脱臭対策の評価は、臭気の感じ方のアンケートに加え、臭気測定器を用いることで臭いの程度を数字で表せたため、信頼できる結果となり、考察をより一層深めることができました。

3. 現場においての実践

発表内容は現在も継続されています。換気に関しては、介護研究時は定期的に行えるようにシートを作成し、実践しました。現在は職員の意識改革にもつながり、シートがなくても定期的な換気を行っています。

職員が脱臭効果がもっとも高いと感じたのは、コーヒー殻だったようです。最初は一番悪臭のある1か所にコーヒー殻を使用していましたが、現在はフロア内の全トイレと範囲が広がりました。お茶殻は介護研究時と同フロア全体に使用し、4か月ごとに交換するなど、業務内容に組み込まれています。

4. 今後の展開

脱臭に成功した内容は、現在も継続しています。ただ、おおまかな実践方法であり、量・期間など詳しい情報が基になっているわけではありません。今後は実績から、効果的な換気方法、コーヒー殻・お茶殻の使用量・交換時期などを検討していく必要があります。

また臭気の根源は尿便臭なので、臭気を脱臭するのではなく、臭気を出さない臭気予防ケアを考えていきたいと思います。近い将来は、生活の匂い・季節ごとの自然な花や木の匂い・そして気持

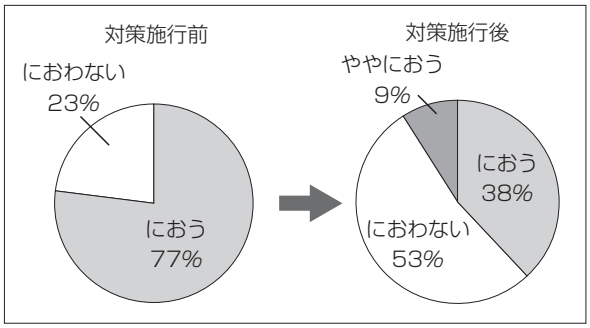


図　利用者の家族・職員へのアンケート結果

ちがリラックスできたり、眠りを誘う精油の香りなどを提供し、環境を整えていきたいと、想いは広がります。

5. 現場の変化

今回は、利用者の過ごす環境改善を目的として取り組みました。不快な臭いがあったことは、初めは職員皆が感じていたと思います。しかし、それが日常になっていました。いつか解決しなければならないことを感じながらも、慣れてしまっていたのです。

演題発表は、今、自分たちの行っている介護がどのような意味を持つのかじっくりと考える機会になりました。日々、日常の介護に追われて一日が終わってしまいがちです。少し立ち止まって、これでよいのかと考えることが、介護の質の向上につながると思いました。

ただ研究となると簡単にできることではありません。全国大会の晴れの場で毎回演題発表ができるようにと、目標を定め、介護の質の向上をめざし、施設をあげて介護研究が継続されるよう取り組んでいます。

6. 受賞した感想

演題発表にあたり、文献検索にかなりの時間を費やしました。インターネットで検索したり、図書館へも足を運び数々の書籍を読み、調べました。今回のテーマが嗅覚に関することであったため、鼻の解剖生理学から、認知症の病態までそれぞれ専門分野の知識の習得・再確認をしました。

私たちは、知っているようで実は曖昧な解釈が多かったことに気づきました。介護の意味づけをすることで、自分の行う介護に自信を持つことができました。1つの介護研究をまとめることは、たやすくありませんが、それだけに達成感は大きいです。是非、皆さんにも挑戦してほしいと思います。

また、このたびは優秀賞をいただき、とても光栄に思います。施設の全スタッフの協力があっての受賞です。ありがとうございました。

「育てる(学ぶ)パワーが介護のみらいへ」
～人材育成システムの再検証と再構築～

黒部市介護老人保健施設カリエール（富山県）
舟田伸司 介護

1. 要　旨

当施設では人材育成システム（①固定チームナーシング、②介護ラダー、③目標管理システム、④プリセプターシップ、⑤off-JT）を利用し効果を得ていたが、職員アンケート満足度の低下をはじめ、有効性の低下が見受けられました。

そこで、当施設における人材育成システムの有効性を明らかにし、システム有効性を検証することでスタッフ間での共通理解、本質観取へつなげることを目的とし、職員アンケート（職務満足度測定尺度48項目※）の分析から人材育成システムとの関係性を、バーナードとサイモンの組織均衡理論を理論的基盤とし、現象学的還元（本質観取）の観点からも考察、評価分析を行いました。その結果、本当に介護の現場を守るということは、「育て続けること」、「学び続けること」であるとわかりました。

人材育成の対象は人間であり、施設やスタッフ双方の環境因子や個人因子等によって人材育成環境や状況もさまざまに変化していきます。しっかりとしたシステムとその共通理解、そして評価・分析ツール（職務満足度測定尺度等）を利用してその都度人材育成システムの分析を行い、内容の修正・再構築ができることでよりシステムが安定し、結果として良質の施設サービス継続にもつな

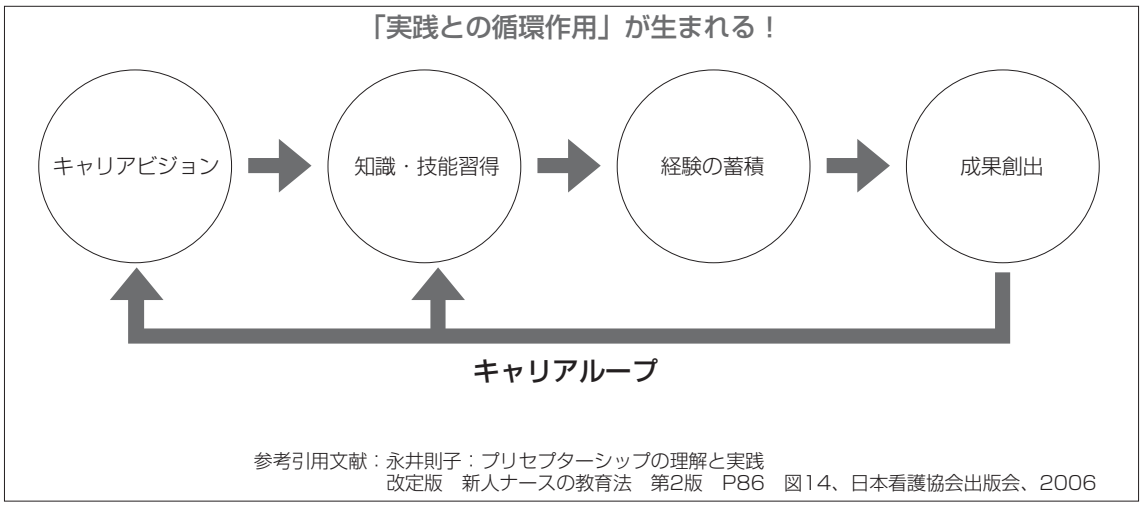


図1　キャリアループ～「自己開発（self development）」～

※職務満足度測定尺度（48項目）
Stampsらが開発し、尾崎により日本語訳され信頼性妥当性が検証されている「病院勤務の看護婦の職務満足度」の質問項目を施設用に修正をして用いた。質問項目は以下の７つの構成要素から成る。①給与、②職業的地位、③医師との関係、④看介護管理、⑤専門職としての自律、⑥看介護業務、⑦看介護間相互の影響

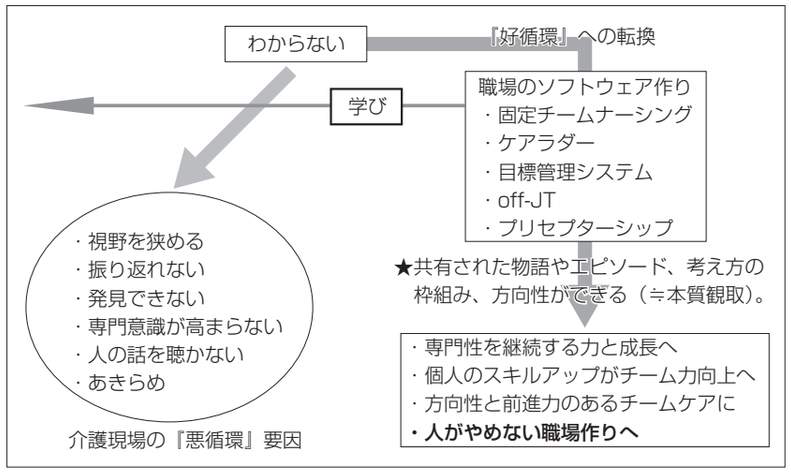


図2　学習による自己解決能力向上～感受性は自分で守る（コンプライアンス）～

がります。そして、何より介護を考察し学び続けることが向上していくためには必須であり、わからないという介護現場の「悪循環」要因を断ち切り、スタッフの自己開発にもつながるということを発見できました。

「良質な人材は良質な現場を作る」。

プリセプターシップによりプリセプターが育つことは、チームリーダー層の養成ともなり、「職場内教育環境の整備」や「離職の防止（辞めない職場作り）」、「サービスの質向上」にもつながります。また、施設サイドとスタッフが、介護ラダーによりキャリアビジョンを共有したうえで行うプリセプターシップにより、目標達成、成果創出が得やすく、結果それが成長の成功体験となります。そして、その成長の成功体験を知る者こそがよいリーダーとなり、職場の「好循環」を作り出していくのです。

現在、当施設では介護ラダーの再構築や評価、プリセプターシップ再開等が行われており、今回の分析結果が、育てる力の人材育成システム再構築にもつながりました（**図1、2**）。

2. 発表までの準備・工夫・苦労など

恥ずかしい話ですが、マニュアルの類を作ったことで満足してしまい、それ以降上手く機能を利用できなくてもそのまま惰性で使用し、作りっぱなしの状況が見られていました。

人材育成においても職員育休のため、代替え臨時職員への交代が重なり、「今は仕方がないね…」と妥協する風潮にありました。

しかし、そんななかでも疑問を抱く職員も少なくはなく、だからといって「これではよくない！」と熱く反論しても感情論になり空回り…。「無理をさせない」と「育てない」とは違うということ、思い込みからの脱却を図るため、次世代を担う後輩を協同演者に巻き込み、アンケートの活用等、職員間で客観的に共有理解できるよう今回の発表に取り組みました。

3. 現場においての実践

プリセプターシップの再始動と内容見直しにつながり、臨時職員へも育てるシステム（介護ラダーやoff-JT含む）を活用することになりました。

それにより、新人職員の「仕事がわからない」、「楽しめない」という「わからないストレス」の改善につながりました。また、中堅職員にプリセプターという「育てる」役割が求められたことにより、考え、伝える体質が職場内に育ちつつあります。

そして、発表以降、正規職員でも畑違いの介護未経験無資格者の採用が複数名あり、すぐに人材育成システムが活用できました。

4. 今後の展開

先に述べた介護未経験無資格者の採用をきっかけに、介護現場への入り口が一本化されていないことに注目。介護福祉士でも養成校卒業生や現場等からの国家試験組があったり、ヘルパーや保育士、そして無資格での経験有無等であったりと、就職した時点では介護技術や知識において到達段階が異なります。よって、今までの介護福祉士資格取得を基準とした介護ラダーでは、目標が目標として成立しない、実現可能な到達目標にならない＝成長過程の目標ラダー（階段）効果が得られないということがわかりました。よって、無資格者のラダーを追加作成することになりました。

5. 現場の変化

プリセプターとして育てる立場に回った中堅職員が、伝えるための学習に自主的にかかわり、介護技術講習指導者や介護福祉士ファーストステップ研修等資格取得や自己研鑽に取り組むようになりました。また、それが他の職員への良質な刺激となり、相乗効果となって介護現場でのエビデンスに基づいたケアの基盤作りにもつながり、「良質な人材は良質な職場を作る」ということを実感できました。

その半面、学びの差がプリセプター等指導者個々の質の差になり、育てる力の差が見え隠れするようになりました。それはプリセプティーの成長の差ともなるため、今後も継続して全体の質の向上と、各個人の特性を生かすことができるような育成システムの検討に努めていきたいと思います。

6. 受賞した感想

今回の演題発表を通じて改めて感じたことは、人材育成の難しさと、人材育成は本当に生きたシステムでないといけないということでした。介護の現場がどんどん進化していくことや、人材の変化、介護保険を含む社会制度の変化等もあり、たとえそのシステムが今上手く機能していたとしても、そのシステムがずっと効果を得られるとは言い切れません。

ましてや、対象が人であるため、応用性があり、多様性のシステムが必要なのだと思います。だからこそ、「これでよいのか？」と分析し続け、考察し続ける体質自体が人材育成には必要なのだと思います。

最後に、今回演題発表に向け、協力してくれたすべての仲間に感謝の気持ちを伝えたいです。ありがとうございました。

ちょっと拝見老健施設

165

“お預かり老健施設”から在宅復帰支援施設へ大きくシフト

老人保健施設ちょうろく
（富山県魚津市）

在宅医療充実の一環で老健施設を開設

「在宅医療が私の基礎です。大学病院勤務で培った救急医療の経験を生かそうと、平成5年、石川県の人口千人の無医村に在宅医療を柱とする24時間365日対応の診療所を開業し、同時期には父の体調悪化に伴い、志を同じくする医局同期の医師の協力を得て、四十年来地域医療を担ってきた故郷・魚津の病院も継承しました。そして平成9年に医療法人ホスピィーを立ち上げ、石川の無医村診療所に新設の老人デイケアを県内で初めて整備するなど、両地域の在宅医療・地域医療のいっそうの充実に努めてきました。こうしたなかで介護保険制度の施行を捉え、施設・在宅両面のサービスを提供できる老健施設を開設したのです」と、浦田哲郎理事長は開設経緯を説明する。

「法人名ホスピィーはホスピタリティとホスピタルからの造語です。われわれはサービス産業で、もてなしの医療・介護を志向するという思いを込めて名づけました」と浦田哲郎理事長

老健施設の開設時には、訪問看護・訪問介護の両ステーションと居宅介護支援事業所、継承した病院（介護療養型医療施設）を併設し、その後、隣接地にグループホームやショートステイ・通所介護などを整備した。平成21年には前述の病院を介護療養型老健施設（入所定員40名・通所定員15名）に転換し、平成18年の制度化時に届け出て他所で運営していた在宅療養支援診療所をこの地に移転・併設させ、訪問診療部門を強化した。

同法人は在宅医療を根幹として、地域で暮らす利用者・患者にとって欠かせないサービスの整備に努めてきた。この間、その展開を後押しする格好で創設された諸制度をタイミングよく捉え、地域の医療・介護を包括的に提供できる体制を築いてきた。

「メンテナンス入所」などで在宅復帰率は6割超に

同施設で特筆されるのは在宅復帰率が高い点だ。平成23年の年間在宅復帰率は64.6％で、一般棟に限ると72.2％に上る。同年の退所者数は139名、平均在所日数は54.7日である。しかし、2年前の平成21年までは在宅復帰率が3割を下回り、平均在所日数は400日超の“お預かり施設”だったという。この短期間に何が変わったのだろうか。

在宅復帰を担う一般棟の廊下は、デイスペースとリハビリスペースを一体化した広い空間になっている。居室を出てすぐ、その場でリハビリができる仕掛けである。すべての棟の天井には、自然光が室内に明るく差し込むトップライトを設けているのも浦田理事長こだわりのポイントだ

正面入口脇の全長80メートルの廊下を活用しノルディック・ウオーキングに励む利用者。ここには専用のストックが何本も置かれ、いつでも自由に使うことができる

日本アロマセラピー学会に所属し、アロマセラピストによる天然精油を用いたアロマセラピーマッサージを提供している。館内噴霧もしており消臭・殺菌・沈静効果で抗生物質の削減にもつながっている

これまで在宅医療に傾注してきたなかで、平成18年頃から、在宅でぎりぎりまで頑張った重介護者の入所が増加した。すると在所期間は長期化し、平成20年には待機者が100名を超え、在宅生活が困難な方を受け入れられなくなった。

これではいけないと、浦田理事長は在宅復帰支援施設への原点回帰を掲げ、仕組みづくりに着手した。その一例が前述した療養型老健施設の併設である。一般棟は在宅復帰を、認知症専門棟は認知症ケアを、療養型老健施設は看取りを担うことを明確にし、各棟にリハビリ専門職と看・介護職を専属配置して利用者ごとの担当を決め、役割と責任をはっきりさせた。

併せて、入所に関する考え方も変えた。

「在宅で限界まで頑張った入所者を元に戻すのは大変難しい。本人はもちろん、介護してきた家族も疲れ切っているからです。だから利用者の状態変化やADL低下、家族の変化などの注意すべきサインをいち早く見極めて入所につなげ、短期集中リハビリ等で在宅生活の継続に必要なメンテナンスを行うことにしたのです」（浦田理事長）。

同施設ではこれを「メンテナンス入所」と呼び、在宅主治医による訪問診療や、訪問看護・訪問介護・訪問リハビリのほか、通所リハビリの送迎時、また居宅ケアマネジャーからの情報の把握等さまざまな機会を通じて、在宅で暮らす利用者の日々の状態を観察・評価することを徹底している。情報はすべて居宅介護支援事業所と在宅療養支援診療所が当日中に集約し、浦田理事長に一元化して報告する。また、在宅療養支援診療所の看護師と居宅ケアマネジャーは毎日カンファレンスを行い、

表　入所から退所までの流れ

入所		IC（インフォームド・コンセント）
		自宅訪問
2週		サービス担当者会議（ケアプラン作成）
4週		中間評価
	8週	中間評価
		居宅ケアマネジャーの相談
	12週	最終IC
		退所前訪問（住宅改修、在宅での動作指導）
		退所時サービス担当者会議（退所時指導）

取材中も、浦田理事長は何人もの利用者とすれ違うたびに会話をし、優しくも鋭い観察眼を向けていた

通所リハビリ（合計80名）と隣接の通所介護（15名）は担当職員が運転する計24台の乗用車による個別送迎がメーン。「自宅のベッドからリハビリが始まる」として通所リハビリは老健施設の主体サービスに位置づけ、環境やADLの評価、課題抽出のためにも室内まで迎えに行く。利用者を直接・最短距離で送り届ける、もてなしの配慮でもある

毎月のサービス利用票も共有して在宅の情報を漏らさない。浦田理事長は200名の在宅患者を抱えるが、これらを事前に把握し的を絞った上で訪問診療に向かうため、現場では患者に向き合うだけで的確な評価・判断が行える。

このように在宅で生活する利用者に医療・介護の多職種が緊密に連携してかかわり、状態変化を見逃さずに対応できる仕組みが在宅復帰を支えている。

在宅復帰に向けた流れの要点は自宅訪問・中間評価・退所前訪問

このような仕組みづくりに併せて、メンテナンス入所から退所までの流れを**表**のように整理し職員に周知徹底した。このうち重要なポイントは、入所直後の「自宅訪問」と1か月ごとの「中間評価」、そして「退所前訪問」である。

「自宅訪問」は、最初のIC（インフォームド・コンセント）で在宅復帰施設であることを説明し利用者・家族の意向・要望を踏まえた上で、入所1週間以内に利用者とともに担当看・介護職が自宅を訪問する。これは「これまで現場のスタッフは施設でできることと、家でできることをしっかりイメージできていなかった」（山本義之事務次長）ことの反省に立つ取り組みだ。自宅で生活動線や排泄の自立などの実際を確認し、「できること・できないこと」の現状を見極めることで、より現実的・具体的な目標設定につなげている。また家族立ち会いのもとで行うため、在宅復帰に向けた意識を当事者全員が共有できる。

この情報をもとに、ベッドの向きや位置、手すりの設置場所などを決めて住宅改修の準備を進めながら、在宅復帰時の生活環境を利用者の居室に再現する。在宅復帰後を想定した空間に入所してもらい、毎日の生活のなかで実際的なリハビリを進めていくのである。一般棟は、個室も4人部屋にもすべてにトイレと洗面台を備えており、自宅に戻るための排泄訓練を各居室で行うことができるのも強みだ。

2点目の「中間報告」は、3か月が基本のメンテナンス入所の途中経過を、担当の多職種が1月ごとに家族に説明するものである。最初のICや自宅訪問で共有した入所の目的や退所に向けた目標をフォローするのである。特に2か月目の中間報告の際には、居宅ケアマネを選定し具体的なケアプランを検討し、在宅復帰に向けた総仕上げのリハビリや残された課題解決を図っていく。

その後、住宅改修の進捗も見計らいながら利用者とともに「退所前訪問」で外出・外泊し、家族の実地トレーニングも同時進行していくのである。

折に触れて本人・家族にICを行い、情報と意識を共有した上で同じ目標にともに向かっていく流れが確立しており、在宅復帰がスムーズだ。在宅復帰のキーパーソンである家族の理解・協力をしっかりと得ている点が特筆される。

若者から高齢者までが集えるコミュニティづくりの構想も

在宅復帰率などのデータは法人運営会議のなかで毎月報告している。それらの改善結果は、現場スタッフの日々の取り組み努力の成果であり、目の当たりにすることでやりがいが高まっている。

「主要なスタッフには法人の方針・考えが完全に根づき実践できているため、今後は組織全体の意識やスキルの向上を図り、拡大・継続させていくことが課題です」と山本事務次長は言う。

同法人では冒頭に記した体制整備の後も必要なサービスの拡充に努めてきた。例えば、自宅復帰が難しい利用者の受け皿として、旧病院を改修し住宅型有料老人ホームと通所介護を整備したほか、この4月には市内経田地区に小規模多機能型居宅介護と「介護あんしんアパート」（小規模多機能型事業所に併設する高齢者向け住居で、富山県独自の事業）を開設した。そのほか、予防を重視して医療法第42条による疾病予防運動施設「S-QOL（スコール）」も開設している。これら予防から医療・介護全般にわたる幅広い展開を支える人材の育成が法人の優先課題だという。

浦田理事長は、「そのサテライトには続きがあって、老健施設に隣接するグループホームを1ユニット移して通所介護を付け、若者から高齢者までが通える運動施設も併設する計画で、幅広い年代が集えるコミュニティを形成したいのです。若者には高齢者を見て自身の将来を思い描いてほしいし、高齢者は活動的な若者と触れ合って元気をもらえばよい。そうした賑やかな地域拠点を市内数か所に展開し、老健施設のメンテナンス入所・認知症ケア・看取りで包括的に支えたい。そのためにも人材の育成が急務です」と、新しい街づくりに向けた独自の構想を広げている。

同施設ではこのように在宅復帰支援機能を高め、平成23年度からは「在宅復帰・在宅支援」分野で全老健の実地研修指定施設となり、この4月からは新設された在宅強化型老健施設の施設サービス費の算定を開始した。これは在宅復帰率3割未満・平均在所日数400日超を数年で改善した結果であり、これから挑戦する施設に勇気を与える。

（取材：厚生科学研究所）

利用者が退所する際は、スタッフ一同がセレモニーを行い笑顔で盛大に見送る

私の仕事 私の思い

高齢者の「今」にしっかり向き合う

しょうじゅの里大和（神奈川県）
PT 芦澤裕司（あしざわひろし）

老健施設で働いてはや６年、施設の機能や目的、リハビリの役割は理解しているつもりだ。しかし残念ながら環境や個人のADLの違い、介護力不足、制度による制約などの阻害因子や矛盾点もあり、在宅復帰などの結果に目をつぶり「今を重視した独りよがりのリハビリを実施しているのではないか」という自問自答を繰り返している。

そんな折、在宅困難だが家族の反対を押し切り、相談員の協力を得て利用者の希望のみで施設生活用の装具を新しくつくり直したことがある。結果の見えない利用者だが能力的に今は歩ける。「歩きたい」を重視した対応だったが、その利用者が今も笑顔で歩いている姿を見ていると、高齢者にとっての「今」の重要性を再認識するよい機会となった。

PTが個々に違った考えを持っているように、利用者や家族も同様である。そうしたなか、人と人とのかかわりで何を重視していくかを考えたとき、私は「まず自分が今の対象者としっかり向き合っているか」にいきついた。PTとしての頭だけで考えず、そうすることで対象者から自分へのフィードバックも得られ、信頼関係づくりや自分の成長にもつながる。

今後さらに高齢化が進み、結果の見えない利用者が増加するなか、PTとしてできることを出し惜しみせず、結果より今の高齢者にかかわる人としての自分も持ち続けていきたいと思っている。

私は利用者の思いをかなえる「橋渡し」役！

倉敷老健（岡山県）
支援相談 卜部由香（うらべゆか）

老健施設は本来、在宅ケアの支援や家庭復帰を目的とした施設だが、当施設でも家庭復帰が難しく他施設への入所待ちの方もいるのが現状である。

しかし、利用者は「家に帰りたい」と言う。家族の事情もそれぞれで、それを理解した上で利用者の思いをかなえるにはどうしたらいいか。在宅復帰率を上げようといろいろなデータを抽出し、復帰時期や介入時期などを調べたこともあったが、それだけではないと最近思うようになってきた。

入職１、２年目は利用者と家族、またスタッフ等の「板ばさみ」になっていることがつらくて仕方がなかった。自分は能力にそぐわない仕事に就いてしまったと感じ、苦しい日々が続いた。

しかし、今は「橋渡し」として「どう動けばいいか」と考えるようになった。少しずつだが、無理だと思っていた利用者が家に帰れたという結果が出たからではないかと思う。

家族や利用者、多職種の間に相談員が入り、それぞれの思いを伝え合うことはとても大切だ。情報収集を行い、必要な情報を家族や利用者に提供し、「それなら帰れるかも」と漠然とでも思ってもらうことが利用者の思いをかなえる第一歩だと思う。そんな利用者が増えるといいな…。

幸い、当施設は多職種間の連携が取りやすい環境にあると思う。たくさんの人に支えてもらいながら、橋渡しとして今日も働いている。

私の仕事 私の思い

老健施設には多くの可能性が秘められている

グリーンヒル幸寿園（佐賀県）
OT 小山 敦（こやま あつし）

卒業後から当施設に勤めてはや３年。今では老健施設には多くの可能性が秘められていることに気づき、その挑戦にやりがいを感じています。

作業療法の一環として、毛糸を貼ってその年の干支を作成する手工芸に取り組んでいます。現在３作品目の作成中なのですが、ある日「決めました！あと９年かかるけど…残りの干支が全部できるまでここに来ます！」と満面の笑みで語った方は80歳代後半。深く印象に残る言葉となりました。この言葉の持つ意味こそが、その人にとっての大切な「生きがい」ではないでしょうか。

人生の後半戦を今まさに生きている利用者一人ひとりの生活史には、二つとない物語があります。この物語を紐解いていくなかで、その人にとって大切なことが明らかになります。それを生かしていくことで「最期までその人らしく生きていく」支援ができる点に魅力を感じるのです。そして私が思う老健施設の可能性とは、リハビリ室での訓練だけでなく、利用者に必要とあれば家事活動・手工芸・農作業・陶芸など多種多様な活動を提供できる場があること。そこに作業療法士の役割が多く隠されているのではないでしょうか。

これからも私の母校・医療福祉専門学校緑生館の校訓「生きる喜びを支えたい」の言葉を胸に、老健施設という舞台で作業療法士として挑戦していきます。

組織を創れる看護リーダーでありたい

あかしや（北海道）
看護 佐藤千鶴（さとうちづる）

私のライフワークは、「人を育てること」と「チームづくり」です。利用者のために日常生活援助や看護・介護ができる社会人を育てることが自身の役割だと認識しています。大切なのは自分で考え行動できる人づくりで、「学び」によって人は変わり成長できると教え、周囲とともに成長することが達成感につながると伝えています。変わるのは職場や同僚ではなく、自分自身だと気づくことが重要です。

そこで組織全体で学び知識を深める手段として、リスク管理に取り組むことにしました。まずは自ら変わるため、平成22年に全老健リスクマネジャー（３期生）の認定を受けました。

院内教育のプログラム企画時、意識していることがあります。①知識を入れるだけでなく自分で行動変容できるよう援助する、②講師は自分たちのなかから選ぶ。③明日の仕事に生かせる研修内容にする――の３点です。

「教育が人を変える」、講師などの役割を持つことでその器になろうと努力をする。この繰り返しが自信につながり、人を育てる風土づくりになっています。上司も部下も組織の一員であり、「組織に貢献したい」、「必要な人材になりたい」、「大変だけど楽しい、嬉しい」と思う気持ちを実感できることが重要です。

日々変わる状況にスピーディーに対応でき、組織を創れる看護リーダーの一員でありたいと心から思う毎日です。

仲間とともによりよい介護を追求する

鈴の丘（三重県）
ケアマネ　寺田義彦（てらだよしひこ）

介護職を志し12年、当施設では8年目に突入しました。施設ケアマネとなった当初は戸惑いと失敗の連続でしたが、一緒に働いている仲間たちの支えで頑張っています。

現在、一番難しい業務は「看取りケア」。自立を支援し在宅復帰をめざす老健施設も、医療ニーズの高まりや重度介護者の増加もあり、当施設でも看取りが増えています。平成21年度に「ターミナルケア加算」が老健施設で認められたのには、看取りが全国的な課題になっていたからです。看取りは新たな旅立ちの瞬間に立ち会うことです。温かい雰囲気のなか、苦痛なく安らかにその瞬間を迎えてもらえるようにケアをさせていただく…。加算の有無にかかわらず、これが看取りの基本なのは周知のとおりです。

本当に安らかな終末であったのか、意向に沿えていたのか…。本人に聞くことができないため、お見送りをさせていただいた後も考えることが多いです。でも亡くなられた後に家族から温かいお言葉をいただいたとき、一緒に頑張ったすべてのケアスタッフへの感謝の気持ちと嬉しさで心がいっぱいになります。

看取りケアに限らず、介護に答えはないと思います。だからこそ、本当によい介護とは何かを日々考えていかなければなりません。利用者の笑顔を励みにして、素晴らしい仲間たちと一緒によりよい介護を追求すべく切磋琢磨していきたいです。

私の仕事　私の思い

私の仕事　私の思い

このコーナーでは
皆さんからの原稿を募集しています。

皆さんが日頃考えたり感じたりしている以下のようなテーマを、
“全国の仲間”に自己紹介するイメージで、肩肘張らずに570字を目安にまとめてください。

- **現場の実践を通じて思うこと（嬉しかったり、悲しかったり、感動したりしたこと）**
- **施設の特長（介護現場の素晴らしさや、現場の課題）**
- **テーマとして取り組んでいること（いま頑張っていること、自分の得意なこと）**

☆原稿の採否は広報・情報部会で決定します。
☆原稿は、全老健ホームページのメールアドレスinfo@roken.or.jpへ「機関誌投稿」のタイトルをつけて送ってください。
☆採用決定の際には編集部からご連絡を差しあげますので、投稿の際には施設名、所属、氏名、連絡先を明記してください（連絡先のないものは採用できません）。

谷川俊太郎論

田　原（Tian Yuan）　著
岩波書店（03-5210-4000）
定価　2,520円（税込）

人はその顔や姿に生きざまや思想が出ると常々感じている。詩人に姿形を先に言うのは失礼であるが、田原（ティエンユアン）の写真・映像を見たとき「姿のいい男…顔目が清い」と感じた。田は1965年に中国河南省に生を受け、河南大学在学中には最初の詩集を刊行。91年に大学から派遣され、天理大学日本語学科などで学んだ後、2003年立命館大学大学院博士課程を修了し「谷川俊太郎論」で文学博士号を取得している。

本書はその博士論文を大幅に改稿したものである。憧れと尊敬をこめて田は谷川俊太郎を賛美する。

「谷川は巨大な宇宙である。広大無辺であり、谷川の作品には魂を探索する触覚や命への優しさと慰めの息づかいを感じる。多くの魂と共鳴し、その魂は宇宙と対話し大自然の英知と融合している」

これまでに田は『谷川俊太郎詩選』を中国語に全部で４冊編訳し、中国における日本詩歌の見直しと谷川俊太郎ブームのきっかけをつくった。日本語詩歌の翻訳は言語としての難しさ以上に、想像を超える苦労だったと察せられる。

谷川俊太郎は日本を代表する現代詩人である。私は谷川を初めて写真・映像で見たときの印象が忘れられない。その姿はまるでロックコンサートのように詩を朗読していたのだった。

谷川は人としての生命力にあふれ、詩人としてだけではなく、翻訳・絵本・脚本・作詞・評論と多岐にわたる豊かなイメージを私たちに送ってくれている。私自身の谷川作品の入り口は『あしながおじさん』、『もこもこもこ』、『鉄腕アトム』などであった。私は、さまざまな作品を通じて、谷川と時間を共有できることに幸せを感じている。そして同じことを違った意味で田にも感じている。

評者　稲庭千弥子 全老健常務理事

マーガレット・サッチャー鉄の女の涙

白石まみ　著
泰文堂（052-682-3797）
定価　700円（税込）

本作は同名の映画作品として広く知られている。映画では、マーガレット・サッチャー役を演じたメリル・ストリープが、今年度のアカデミー賞主演女優賞を受賞するなど大きな話題となった。

サッチャーは英国史上初の女性首相として、瀕死の状態であった英国の再建に敢然と立ち向かった人物である。本著では、強靭な政治姿勢から「鉄の女」と称された現役時代の輝かしい業績を描くとともに、年老いて、孤独な生活を送る姿を描いている。

評者が注目したのは、認知症に罹患した今のサッチャーの姿である。彼女は記憶障害・見当識障害のため、しばしば言動が混乱し周囲の者を困惑させる。その一方で、知的で毅然とした人格は保たれている。私たちが普段接している認知症の方と何ら変わりがない。彼女には、幻視症状があり、亡くなった夫のデニスが彼女の前に現れてくる。幻覚の世界でのデニスと彼女のやり取りが実によいのである。女性らしく、優しく繊細で、子どものように無邪気に振る舞う彼女の姿は「鉄の女」のイメージとはかけ離れている。政治家時代にはかなわなかった純粋に愛し合う二人がそこにいる。幻視が現れているときの彼女は、幸福で生き生きとしている。しかし幻視上の彼が消え去った後、彼女は悲しみと孤独に包まれる。

「BPSDだ」、「周辺症状だ」と騒ぎ立て消失させようと躍起になる私たちであるが、彼女の姿から治療とは誰にとっての治療なのかと改めて考えさせられる。この作品がパーソンセンタードケア発祥の地・英国から生まれたことは偶然とは思えない。認知症者にかかわるすべての人たちに一読をお勧めしたい。読書の時間がなければぜひ映画だけでも観ていただきたい。

評者　平川博之 全老健常務理事

芝公園だより

平成24年３月21日から平成24年４月20日までの間における送付文書や研修会等の開催状況などについてお知らせする。

平成24年3月

３月21日

○「介護保険最新情報Vol.270ホームページ掲載の連絡について」（全老健第23-519号）
役員、支部長、代議員および介護保険担当者あてに送付

３月26日

○「介護保険最新情報Vol.271ホームページ掲載の連絡について」（全老健第23-529号）
役員、支部長、代議員および介護保険担当者あてに送付

３月27日

○「『介護老人保健施設 震災マニュアル』及び『安全推進月間』ポスターの送付について」（全老健第23-524号）
会員、支部長あてに送付

○e-roken flash＜イー・ロウケン・フラッシュ＞
登録会員あてに配信

３月28日

○介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会（第１回）（厚生労働省）
標記の検討会に山田和彦会長が委員として出席

３月29日

○「第23回全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄『参加のご案内』ならびに『ポスター』送付のご案内について」（全老健第23-501号）
会員、支部長あてに送付

○社団法人兵庫県介護老人保健施設協会　平成23年度幹部職員等研修会
兵庫県内で開催された社団法人兵庫県介護老人保健施設協会主催の標記研修会で山田和彦会長が講演

○e-roken 全国大会 美ら沖縄 flash＜イー・ロウケン・フラッシュ＞
登録会員あてに配信

３月30日

○「介護保険最新情報Vol.272、273、274ホームページ掲載の連絡について」（全老健第23-532号）
役員、支部長、代議員および介護保険担当者あてに送付

○e-roken＜イー・ロウケン／第185号＞
登録会員、登録申込者あてに配信

○e-roken flash＜イー・ロウケン・フラッシュ＞
登録会員あてに配信

３月31日

○平成23年度第２回岡山県老人保健施設協会　特別講演会および総会
岡山県内にて開催された岡山県老人保健施設協会主催の標記講演会で山田和彦会長が講演

○社団法人北海道老人保健施設協議会　平成23年度第２回研修会
北海道内にて開催された社団法人北海道老人保健施設協議会主催の標記研修会で難波眞介護保険制度・報酬委員会委員が講演

３月末正・準会員加入・申込状況
正会員数3,439名、準会員数3名（支部あてに報告ずみ）

4月

４月２日

○「介護保険最新情報Vol.275ホームページ掲載の連絡について」（全老健第24-2号）
役員、支部長、代議員および介護保険担当者あてに送付

４月３日

○e-roken 全国大会 美ら沖縄 flash＜イー・ロウケン・フラッシュ＞
登録会員あてに配信

４月４日

○「介護保険最新情報Vol.276、277、278、279ホームページ掲載の連絡について」（全老健第24-6号）
役員、支部長、代議員および介護保険担当者あてに送付

４月９日

○平成24年３月末日現在公益社団法人全国老人保健施設協会正・準会員加入・申込状況等の送付（全老健第24-9号）
役員、支部長および賛助会員あてに送付

○「介護保険最新情報Vol.280、281ホームページ掲載の連絡について」（全老健第24-16号）
役員、支部長、代議員および介護保険担当者あてに送付

４月12日

○平成24年度第１回研修委員会
平成23年度研修事業について報告後、平成24年度研修事業のカリキュラム等について検討

○平成24年度第１回正副会長会および常務理事会
ケアマネジャーの資質向上と今後のあり方に関する検討会、介護報酬改定等について報告後、東日本大震災関連に関する対応等、当面の諸問題について検討

４月15日

○医療福祉経営戦略セミナー
東京都内にて開催された学校法人国際医療福祉大学主催の標記セミナーで山田和彦会長が講演

４月16日

○e-roken＜イー・ロウケン／第186号＞
登録会員、登録申込者あてに配信

４月17日

○e-roken flash＜イー・ロウケン・フラッシュ＞
登録会員あてに配信

４月18日

○TPP参加反対総決起大会
東京都内にて開催された国民医療推進協議会主催の標記総決起大会に山田和彦会長が出席

４月19日

○「『介護老人保健施設安全推進セミナー（基礎研修）』開催のご案内」（全老健第24-11号）
会員、支部長あてに送付

○園遊会
天皇皇后両陛下主催の春の園遊会に山田和彦会長が出席

○平成24年度宮城県老人保健施設連絡協議会特別講演会
宮城県内にて開催された宮城県老人保健施設連絡協議会主催の標記講演会で平川博之常務理事が講演

委員会等活動報告

○第１回研修委員会

平成24年４月12日（木）　9：30～11：30

＜審議事項＞

1. 平成23年度研修事業について：事務局より研修会の事後アンケート集計結果、研修会の実績等について報告された。
2. 平成24年度研修事業について：平成24年度各種研修会のカリキュラムの検討、実地研修指定施設に関する承認等をしたほか、平成24年度研修カレンダーのデザインを選定した。
3. 電子書籍について：電子媒体による職員ハンドブック作成に関して、事務局より進捗状況等が報告された。

○第１回正副会長会・常務理事会

平成24年４月12日（木）　13：00～17：00

＜審議事項＞

第１回介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会について報告がなされた。また、東日本大震災関連について被災者健康支援連絡協議会を通じて、電気料金値上げに関する要望を提出した旨が報告された。

４月３日の低気圧による被害を受けた施設に対し、慶弔規程に従いお見舞金を贈ることが了承された。

また、常設委員会報告、平成24年度国庫補助事業について検討がなされた。

「TPP参加反対総決起大会」が開かれる

国民医療推進協議会（会長：横倉義武日本医師会長）が主催する「TPP参加反対総決起大会」が4月18日、日本医師会館（東京都文京区）で開催され、全国から多数の関係者が集まり、来賓として多数の国会議員が出席した。全老健からは山田和彦会長が出席した。

国民医療推進協議会は、平成16年10月、「国民の健康の増進と福祉の向上を図るため、医療・介護・保健および福祉行政の拡充強化をめざし、積極的に諸活動を推進すること」を目的に、日本医師会が各医療関係者団体等に呼びかけ、発足した。現在、全老健をはじめ、保健・医療・福祉関係の計40団体が参加している。

今回の大会は、政府のTPP（環太平洋戦略的経済連携協定）交渉参加に対し、参加すれば医療の営利産業化を招く事態が強く懸念され、受けられる医療に格差が生じる社会となる恐れがあることから、国民皆保険の恒久的堅持を求める国民の声を政府に届け、TPP交渉参加に反対する姿勢を示すために開催されたものである。

大会は、三上裕司日本医師会常任理事の開会宣言のあと、主催者である横倉会長が挨拶を行った。横倉氏は「創設51年目となる国民皆保険制度によって、わが国は世界最高水準の健康寿命を享受するとともに、国際的にも高い評価を受けている。しかし、TPPの参加交渉が医療分野にまで及ぶことで公的医療保険の給付範囲の縮小を招き、所得によって受けられる医療に格差が生じる社会になる恐れがある。当協議会は、TPP交渉の場では日本の公的医療保険制度を除外することを明言していただくよう政府に強く訴えたが、政府から十分な返答を得ていない。米国の要求・米韓のFTA（自由貿易協定）等の事例を見る限り、TPPの参加によって混合診療の全面解禁・営利企業の医療機関経営への参入を招き、医療が営利産業化され、国民皆保険が有名無実になる恐れがある」と述べ、TPP交渉参加について問題提起し、国民皆保険の存続を強く訴えた。

「国民皆保険を守るために頑張ろうコール」が唱和された

次に、野中博東京都医師会会長は「国民皆保険制度が実施される前まで、患者さんの経済的な理由から適切な医療を提供できないことも珍しくなかった。多くの救える患者さんを助けることができなかったつらい状況から抜け出すために、すべての国民が連携して助け合う精神のもとに国民皆保険制度が実施された。わが国の戦後復興は国民の強い連携と絆がつくりあげたものであり、東日本大震災においてもその絆が確認された。この連携と絆を大切にする社会の確立こそが日本のめざすべき社会ではないか」と訴えた。

そして来賓の山田正彦衆議院議員（民主党）をはじめ、衛藤晟一参議院議員（自民党）、石田祝稔衆議院議員（公明党）、阿部知子衆議院議員（社民党）、福田衣里子衆議院議員（民主党）が挨拶をした。

続いて、中川俊男日本医師副会長による本大会の趣旨説明、さらに大久保満男日本歯科医師会会長、児玉孝日本薬剤師会会長による決意表明に続いて、山崎學日本精神科病院協会会長が決議案を読み上げ、満場一致の拍手で承認された。

最後に羽生田俊日本医師会副会長の音頭で「国民皆保険を守るための頑張ろうコール」が行われ、総決起大会は幕を閉じた。

第10回 横浜市介護老人保健施設研究大会 開催のご案内

【主　催】　横浜市介護老人保健施設連絡協議会
【日　時】　平成24年7月7日(土)　10：00～
【会　場】　パシフィコ横浜　アネックスホール
(神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1)
【参加費】　無　料
【内　容】　●講　演：松下信武氏　ゾム株式会社代表取締役
(2010バンクーバーオリンピック日本電産サンキョー スケート部メンタルコーチ)
テーマ「わくわく元気に働くためのメンタルトレーニング」
●研究発表
【問い合わせ先】　「第10回　横浜市介護老人保健施設研究大会実行委員会」
神奈川県横浜市港北区新羽町4076-5
新横浜介護老人保健施設カメリア内
TEL：045-532-1008／FAX：045-532-1009

都道府県の老健協会、ブロックの活動報告をお寄せください

「各地の活動から」では、都道府県の老健協会・ブロックの活動を紹介しています。都道府県の老健協会・ブロック等が主催で行った大会、研究発表会、地域住民との交流イベント、その他都道府県の老健協会・地区を通じた取り組みなど、各地での活動報告をお寄せください。

なお、大会等の開催案内を『老健』に掲載する場合、日程、会場、内容等を事前にお知らせください。その他詳細についてのお問い合わせは、全老健事務局総務部情報管理課まで。

協会の活動

協会正・準会員加入・申込状況　正会員数　3,456名、準会員数 2 名（平成24年 4 月30日現在）

1 都道府県別加入状況

ブロック	都道府県	協会会員		正会員未加入施設	開設施設数	※協会加入率	正会員施設入所定員数
		正会員	準会員				
北海道・東北	北海道	156	1	25	181	86.2	14,524
	青森県	56	0	4	60	93.3	5,028
	岩手県	60	0	2	62	96.8	5,607
	宮城県	70	0	11	81	86.4	7,028
	秋田県	50	0	3	53	94.3	5,037
	山形県	39	0	2	41	95.1	3,799
	福島県	68	0	13	81	84.0	6,669
関東・甲信越	茨城県	93	0	15	108	86.1	8,581
	栃木県	58	0	3	61	95.1	5,158
	群馬県	73	0	6	79	92.4	5,748
	埼玉県	123	0	27	150	82.0	12,617
	千葉県	119	0	23	142	83.8	11,805
	東京都	152	0	16	168	90.5	16,260
	神奈川県	159	0	18	177	89.8	17,282
	新潟県	97	0	3	100	97.0	10,023
東海・北陸	富山県	43	0	3	46	93.5	4,109
	石川県	38	0	5	43	88.4	3,736
	福井県	32	0	3	35	91.4	3,017
関東・甲信越	山梨県	30	0	1	31	96.8	2,790
	長野県	78	0	13	91	85.7	7,025
東海・北陸	岐阜県	65	0	2	67	97.0	6,124
	静岡県	93	1	10	103	90.3	10,112
	愛知県	143	0	25	168	85.1	14,823
	三重県	61	0	4	65	93.8	5,922
近畿	滋賀県	28	0	2	30	93.3	2,334
	京都府	56	0	9	65	86.2	6,028
	大阪府	168	0	29	197	85.3	15,939
	兵庫県	137	0	18	155	88.4	12,700
	奈良県	42	0	0	42	100.0	3,803
	和歌山県	33	0	8	41	80.5	2,964
中国・四国	鳥取県	37	0	5	42	88.1	2,898
	島根県	33	0	2	35	94.3	2,306
	岡山県	75	0	3	78	96.2	6,089
	広島県	103	0	3	106	97.2	8,417
	山口県	58	0	6	64	90.6	4,208
	徳島県	50	0	2	52	96.2	4,040
	香川県	50	0	0	50	100.0	3,698
	愛媛県	63	0	1	64	98.4	5,041
	高知県	31	0	1	32	96.9	2,114
九州	福岡県	148	0	15	163	90.8	13,202
	佐賀県	34	0	4	38	89.5	2,663
	長崎県	53	0	6	59	89.8	4,609
	熊本県	86	0	5	91	94.5	6,263
	大分県	57	0	7	64	89.1	4,438
	宮崎県	44	0	0	44	100.0	3,284
	鹿児島県	72	0	7	79	91.1	5,723
	沖縄県	42	0	3	45	93.3	3,832
合計		3,456	2	373	3,829	90.3	319,417

2 正会員施設・設置主体状況

設置主体	施設数	構成比(%)	入所定員数	平均定員数
医療法人	2,541	73.5	238,121	93.7
社会福祉法人	532	15.4	49,348	92.8
社会保険協会	28	0.8	2,662	95.1
日本赤十字社	6	0.2	582	97.0
厚生連	28	0.8	2,340	83.6
健康保険組合	6	0.2	556	92.7
共済組合	4	0.1	348	87.0
都道府県	2	0.1	96	48.0
その他	309	8.9	25,364	82.1
合計	3,456	100.0	319,417	92.4

3 正会員施設・設置形態状況

設置形態	施設数	構成比(%)	入所定員数	平均定員数
独立	1,683	48.7	162,871	96.8
病院併設	1,084	31.4	96,157	88.7
診療所併設	484	14.0	41,698	86.2
老人福祉施設併設	120	3.5	11,061	92.2
病・福祉併設	28	0.8	2,423	86.5
診・福祉併設	11	0.3	973	88.5
その他併設	46	1.3	4,234	92.0
合計	3,456	100.0	319,417	92.4

4 正会員施設・入所定員規模状況

入所定員規模	施設数	構成比(%)	入所定員数	平均定員数
49人以下	76	2.2	2,657	35.0
50～99	1,544	44.7	114,862	74.4
100～149	1,638	47.4	169,657	103.6
150～199	178	5.2	27,644	155.3
200人以上	20	0.6	4,597	229.9
合計	3,456	100.0	319,417	92.4

※協会加入率 ＝ 正会員施設／(正会員施設＋未加入施設)×100

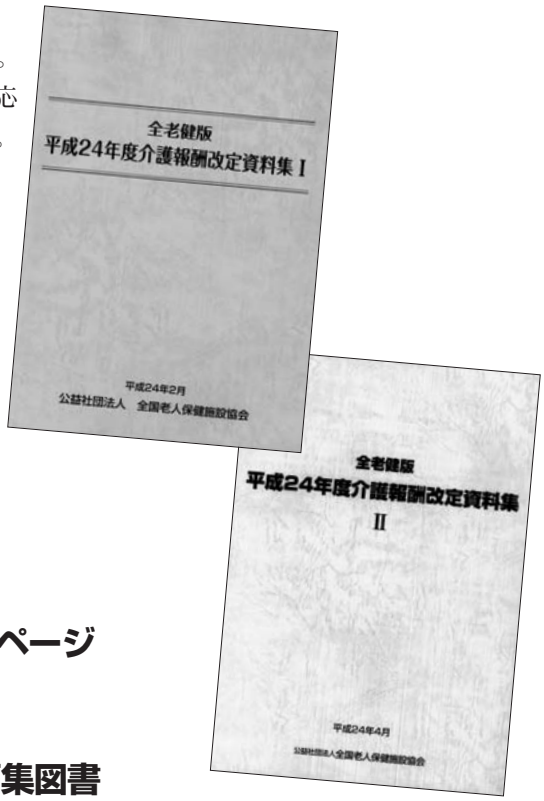
介護報酬改定資料集Ⅰ・Ⅱ販売のお知らせ

『全老健版　平成24年度介護報酬改定資料集Ⅰ』が平成24年２月14日に、『全老健版　平成24年度介護報酬改定資料集Ⅱ』が４月26日にそれぞれ刊行し、全老健会員施設にお送りしたところです。追加をご希望の際には下記要領で申し込みをいただければ有料で販売いたします。

◇お申し込み・お支払い方法

専用の「FAX購入申込書」に必要事項をもれなくご記入の上、全老健事務局宛にFAXにてお申し込みください。

申込書着信後７～10日で、代金引換にてお送りします。公立の施設等、会計処理の都合により代金引換による対応が困難な場合は、申込書通信欄にその旨を明記ください。



◇頒布価格（資料集ⅠとⅡは1部当たり同価格）

	会員施設	非会員
本体価格	1,143円	1,905円
消費税	57円	95円
頒布価格（1部）	1,200円	2,000円
送料＋代引手数料	申込み1件につき、全国一律800円	

本件照会先：公益社団法人全国老人保健施設協会
〒105-0014 東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階
TEL:03-3455-4165　担当：業務部　業務第二課

「FAX購入申込書」は、全老健ホームページ（http://www.roken.or.jp）から入手できます。
トップページ　→　会員広場　→　編集図書

口腔機能維持管理加算ほか ―介護報酬改定Q&A（Vol.3）

厚生労働省は４月25日、事務連絡「平成24年度介護報酬改定に関するQ&A」のVol.3を発出した（データファイルP74）。

同Q&Aは全17問で、老健施設関連は問11～問17の７問。口腔機能維持管理加算の算定に関して、「歯科衛生士が同一日の午前と午後にそれぞれ口腔ケアを行った場合、２回分の実施とするのか」（問11）（答：１回分の実施とする）とのQ&Aのほか、介護職員処遇改善加算関連のQ&Aが６問収載されている。

介護施設の防火対策強化関連の課長通知・事務連絡を発出

東日本大震災で自力避難困難な入所者等、多数の死亡者やけが人が出たことから厚労省は４月20日、同省老健局老人保健課長ほか計四課長連名通知「介護保険施設等における防災対策の強化について」と、関連の事務連絡「大規模災害時における被災施設から他施設への避難、職員派遣、在宅介護者に対する安全確保対策等について」を発出した（データファイルP76）。

同課長通知では、①情報の把握、②指揮組織の確立、③防災管理体制の整備、④職員等の防災意識の高揚、⑤消防用設備及び避難設備等の点検、⑥有効な避難訓練の実施、⑦消防機関等関係諸機関との協力体制の確立、⑧危険物の管理、⑨事業所間の災害支援協定の締結、⑩地域との連携――の10の視点で自施設を再点検・確認するよう促し、明らかになった問題点について速やかに改善措置を講じるよう求めている。

同事務連絡では、同省老健局補助金事業による民間研究団体の研究成果を基に、大規模災害時における①被災施設から他施設への避難、②介護職員等の応援派遣、③在宅要介護者の安全確保策――について対策の骨子を整理している。

介護報酬改定検証・研究委員会で在宅復帰機能など実態調査実施へ

厚労省の社会保障審議会介護給付費分科会に設けられた「介護報酬改定検証・研究委員会」の第１回会合が４月26日に開催され、座長に大島伸一国立長寿医療研究センター総長を選出、今後の調査の進め方について検討が行われた（データファイルP90）。

同委員会は平成27年度介護報酬改定に向け、平成24年度の介護報酬改定の効果検証や「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」で検討が必要とされた事項に関する実態調査等の実施を目的に設置されたもの。年内の開催はこの日のみで、次回は平成25年３月に平成24年度に実施された調査研究について報告・議論が行われる予定。

同委員会で具体的に検討する内容は、(1)介護報酬改定効果検証、(2)介護報酬改定調査研究の２つ。

調査項目（案）によると、(1)「介護報酬改定効果検証」では「平成24年度調査実施」として「介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の検証」（在宅復帰支援機能の高い基本サービス費、在宅復帰支援機能加算を算定している施設の具体的取組みや周辺環境等の実態把握、在宅復帰機能を高める要素について実態調査）ほか計６調査。「平成25年度調査実施」として「リハビリ職と介護職との連携の実施状況」（リハビリ職と介護職との連携を評価した生活機能向上連携加算について、具体的取組みと課題について実態調査）など計２調査をそれぞれ予定している。

一方、(2)「介護報酬改定調査研究」では、「平成24年度調査実施」として「介護事業所、介護施設における医師、看護師が担っている役割の実態調査」（通所介護等の介護事業所や老健施設等の施設における医療職の勤務実態、医療・看護の提供状況について実態調査）、「生活期において実施されているリハビリテーションの実態調査」（生活期リハビリテーションの具体的内容、リハビリテーション・機能訓練のアウトカムの評価方法について検証）など計４調査を予定している。

なお、ケアマネジメント、ケアプランについては、「ケアマネジャーの資質向上と今後の在り方に関する検討会」（田中滋座長）等の場で検討することとしている。

2025年の介護保険料は8,200円程度に―厚労省、推計値を改定

厚労省の社会保障審議会（大森彌会長）の第24回会合が４月25日、厚労省で開催され、①社会保障・税一体改革、②社会保障改革の進捗状況（関連法案の概要等）、③検討課題に対する法案提出後の対応の方向性――などについて審議が行われた。

冒頭、小宮山洋子厚労相は、「２月17日に社会保障・税一体改革大綱が閣議決定されてから初めての社会保障審議会となる。これまで精力的な議論をいただき、大綱の決定と関連法案の国会提出ができた。この実現には国民の理解と協力が必要。毎週政務三役は地方に対話集会に出かけている」と述べ、審議会の協力を求めた。

この日は事務局の資料説明でほとんどの時間が経過したが、このなかで「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年３月）」として、平成24年１月時点の新しい人口推計・経済見通しに基づく年金、医療、介護など社会保障費の将来推計値が示された。

人口に関する前提条件は「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」出生中位（死亡中位推計）に準拠。経済見通しに関する前提条件は内閣府「経済財政の中長期試算（平成24年１月）」慎重シナリオに準拠し、推計の足下値は平成24年度予算案をベースとして推計した。

それによると、「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化を進めた場合の「改革シナリオ」で、介護保険の第１号被保険者の月額保険料は、平成24年度に5,000円、同27年度に5,700円程度、同32年度に6,900円程度、同37年度に8,200円程度――となっている。

居住系サービスが28%増加 ―第5期介護保険事業計画を集計

厚労省は５月１日、平成24年度から平成26年度までの第５期介護保険事業計画のサービス見込量等について、全都道府県からの報告を平成24年４月18日現在で集計した値を取りまとめた。

全国集計の概要によると、第５期介護保険事業計画における平成26（2014）年度サービス量の見込み等（確定値）は、「在宅介護」が348万人／日（平成23年度比11%増）、「介護施設」が99万人／日（同11%増）、居住系サービスが41万人／日（同28%増）と、特定施設や認知症高齢者グループホームなど居住系サービスのサービス量の伸びが目立っている。

第１号被保険者数は、平成24（2012）年度の3,030万人から、同25（2013）年度には3,132万人、同26（2014）年度には3,230万人に増加。要介護（要支援）認定者数は、平成24（2012）年度の543万人から、同25（2013）年度には567万人、同26（2014）年度には590万人に増加。第１号被保険者に対する要介護（要支援）認定者の割合は、平成24（2012）年度の17.9%から、同25（2013）年度には18.1%、同26（2014）年度には18.3%にそれぞれ増加する見通し。

「介護職員の処遇改善等に関する懇談会」初会合開かれる

介護人材の確保・定着を目的に関係団体等による意見交換を行う趣旨で、厚労省の「介護職員の処遇改善等に関する懇談会」の初会合が５月11日に開催された。委員は日本介護福祉士会など16関係団体の代表者と有識者４名の計20名。

この日の議題は、(1)実践キャリア・アップ、(2)認定介護福祉士（仮称）――の２つで、(1)については平成24年秋ごろに「キャリア段位制度」の導入を開始する方針が報告され、(2)については「認定介護福祉士」（仮称）制度創設の方向性が改めて打ち出された。

意見交換で三根浩一郎委員（全老健常務理事）は、「将来圧倒的な介護職員不足はわかっているが対応策はいまだに見えてこない。資格を設けるだけでは問題解決にならない」と発言、これから介護職をめざす人への処遇を見直すだけではなく、現場で意欲的に働いている介護職員に対する研修・評価制度の必要性を主張した。

データファイル①

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（平成24年4月25日）（抜粋）

平成24年4月25日
厚生労働省老健局老人保健課ほか

【訪問看護】
問１～問４　（略）
【居宅療養管理指導】
問５　（略）
【短期入所生活介護】
問６　（略）
【居宅介護支援】
問７、問８　（略）
【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】
問９　（略）
【複合型サービス】
問10　（略）
【介護保険３施設共通】
○　口腔機能維持管理加算

問11　口腔機能維持管理加算は、歯科衛生士による口腔ケアが月４回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔ケアを行った場合は２回分の実施とするのか。

（答）
同一日の午前と午後それぞれ口腔ケアを行った場合は、１回分の実施となる。

【介護職員処遇改善加算】
○　区分支給限度基準額との関係

問12　介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えた場合、介護職員処遇改善加算はどのように算定するのか。

（答）
介護職員処遇改善加算は、サービス別の介護報酬総単位数にサービス別の加算率を乗じて算出する。
その上で、利用者負担を算出する際には、まず介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えているか否かを確認した上で超えている場合には、超過分と当該超過分に係る加算は保険給付の対象外となる。

問13　複数のサービスを利用し、区分支給限度基準額を超えた場合、どのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとするのか。また、それは誰がどのように判断するのか。

（答）
これまでの取扱いと同様に、いずれのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとしても構わない。また、ケアプラン作成時に、ケアマネジャーがどのサービスを区分支給限度基準額超過とするかについて判断する。

○ 賃金改善実施期間

問14　賃金改善実施期間は、加算の算定月数より短くすることは可能か。

（答）
加算の算定月数と同じ月数とすること。

問15　介護職員処遇改善交付金を受けておらず、平成24年４月から新規に介護職員処遇改善加算を算定する事業所について、国保連からの支払いは６月になるので、賃金改善実施期間を６月からとすることは可能か。

（答）
賃金改善実施期間は原則４月から翌年３月までの１年間とすることとしているが、６月からの１年間として取扱うことも可能である。

○ その他

問16　介護職員処遇改善実績報告書の「介護職員処遇改善加算総額」欄には保険請求分に係る加算総額を記載するのか。

（答）
保険請求分に係る加算額（利用者１割負担分を含む）と区分支給限度基準額を超えたサービスに係る加算額を合算した額を記載することとし、その内訳が分かるようにすること。

問17　地域密着型サービスの市町村独自加算については、介護従事者処遇改善加算の算定における介護報酬総単位数に含めてよいか。

（答）
介護報酬総単位数に含める取扱いとなる。

データファイルに掲載している情報はメールマガジン *e-roken*（イー・ロウケン）と全老健ホームページの会員専用サイトからダウンロードできます。

平成24年6月号データファイル
メールマガジン ***e-roken flash　2012.4.26***に掲載
メールマガジン　***e-roken***　***第187号　2012.4.27***、***第188号　2012.5.15***に掲載
資料は全老健HP「会員広場」の「厚生労働省」に掲載

メールマガジン ＜e-roken＞は配信登録いただいた会員施設の皆様にお送りしています。

バックナンバーのご購入について

機関誌『老健』は、バックナンバーもご購入いただくことができます。残部の有無・価格など、詳しくは、全老健事務局機関誌『老健』購読係（TEL03-3455-4165　FAX03-3455-4172）までお問い合わせください。

・バックナンバー１部当たり領布価格
　創刊号～第13号：各号により異なります。
　第15号～第44号：1,800円、平成11年４月号以降：1,000円
・送　料
　第27号以降:送料込み、第25号以前の号：各号により異なります。

データファイル②

介護保険施設等における防災対策の強化について

平成24年4月20日
厚生労働省

老総発0420第１号
老高発0420第１号
老振発0420第１号
老老発0420第１号
平成24年４月20日

都道府県
各　指定都市　介護保険担当主管部（局）長　殿
中 核 市

厚生労働省老健局総　務　課　長
高齢者支援課長
振 興 課 長
老人保健課長

介護保険施設等における防災対策の強化について

平成23年３月11日に発生した東日本大震災は、死者約16000人、行方不明者約3000人に及ぶなど被害が甚大で、被災地域が広範囲に及び極めて大規模なものであるとともに地震、津波、原子力発電施設の事故による複合的なものとなった。介護保険施設等も甚大な被害を受け、全壊・半壊した施設が52カ所、入所者・職員等の死亡者、行方不明者、けがをした者も多数となっている。

介護保険施設や介護サービス事業所等（以下「事業所」という。）は、自力避難困難な方々も多く利用していることから、今後の各種災害に備えた十分な防災対策を講じる必要がある。

ついては、「社会福祉施設における火災防止対策の強化について」（昭和48年４月13日社施第59号）、「社会福祉施設における地震防災応急計画の作成について」（昭和55年１月16日社施第５号）等の各通知をもとに社会福祉施設の防災対策に万全を期するよう指導を行っていただいているところであるが、さらに次の事項について今一度点検、確認等を行うとともに、その結果明らかとなった問題点については、速やかに改善措置を講ずるよう貴管下の事業所を指導願いたい。

記

1. 情報の把握

事業所の職員は、災害発生直後にテレビ、ラジオ等の報道による津波情報、気象情報等に関する情報の収集につとめること。また、事業所の管理者は、消防機関その他の防災機関との連携を密にし、災害に関連する情報が事業所に確実に伝わるよう連携体制を確立すること。さらに事業所内の職員にも速やかに情報を伝達し、避難体制を整えること。

2. 指揮組織の確立

災害時に備え事業所は、地震防災応急対策等を迅速かつ的確に実施するための指揮機能を有する組織を事業所内に設置し、組織の構成、任務分担を定めておくこと。なお、指揮命令を行う要員が不時の欠員になることも想定されることから、代替要員や夜間における対応、電話等通信機能が不能になった場合の対応等についても各事業所であらかじめ定めておくこと。

3. 防災管理体制の整備

事業所の管理者は、事業所の実態に即した防災管理体制の整備を図るとともに、全職員の責任分担を明確にし、非常事態発生の際には迅速かつ円滑に機能するよう確認を行うこと。

4. 職員等の防災意識の高揚

災害発生時の被害を未然に防止するため又は最小限に止めるためには、事業所の管理者、職員、利用者等が日頃から防災意識を強く持つことが肝要である。

事業所の管理者は、職員、利用者等に対し、防災意識の啓発・育成を行い、くれぐれも人為的な被害が発生しないよう努めること。

5. 消防用設備及び避難設備等の点検

不測の事態に対処するためには、消火設備、警報設備、避難設備、非常通報装置等の整備をしておくことは不可欠であるので、これらの設備等が常時機能するよう点検を行い、適切に管理すること。また、非常口、避難器具等の付近に障害物を置かない、施設内の落下防止策、転倒防止策の強化などきめ細かな防災対策に心がけること。さらに、非常用発電機やラジオなど電源供給が寸断された場合にも機能する設備の導入についても検討すること。

介護保険施設や居住系事業所においては、利用者・職員等のための水・食料等の備蓄をしておくこと。

6. 有効な避難訓練の実施

（1）事業所の管理者は、職員及び利用者等に対して避難場所、避難経路など災害時における対応方法を周知するとともに、非常時には迅速かつ安全に避難を行えるよう有効な避難訓練を計画的に実施すること。

（2）なお、夜間の災害では一層の混乱が予測されることから、夜間における訓練も併せて実施すること。

（3）さらに海岸、湖岸、河川の近く等の津波による被害が予想される事業所においては、津波警報が発令された場合の避難場所、避難経路をあらかじめ確認し、職員等に周知する。また、避難を速やかに行うため地域の自治会や近隣の住民との連携体制を構築し、こうした連携先との合同避難訓練を実施すること。

（4）地震等非常事態発生時には、防災無線、テレビ、ラジオ等の報道機関からの津波発生状況の情報把握を行いながら、最適な避難場所への誘導を行うこと。

7. 消防機関等関係諸機関との協力体制の確立

事業所の管理者は、消防機関はもとより、地域の消防組織等との連携を密にし、施設の内部構造及び利用者の状況を十分認識してもらうとともに、避難・消火等が円滑に実施できるよう協力体制の確立に努めること。

8. 危険物の管理

防火管理責任者は、暖房器具類の管理はもとより、プロパンガス、重油等の危険物の保管状況について、常時、十分な点検と確認を行うこと。

9. 事業所間の災害支援協定の締結

東日本大震災では、多くの関係者間において、被災施設から他施設への避難、被災施設への他施設からの介護職員等の派遣などの支援が行われたところであり、中でも事業所同士の支援は、即応性があるとともに被災施設にとっても非常に役に立ったとの声も多かった。

ついては、あらかじめ、都道府県内の施設や近隣都道府県の施設との間で、災害時における被災施設入所者の他施設への避難・被災施設からの受入れ、介護職員等の被災施設への派遣・他施設からの受入れなどの支援について、協定を結んでおくことも検討されたい。

また、事業者団体における支援体制の構築にも努められたい。

10. 地域との連携

災害時には地域社会との連携が重要である。日頃より地域との関係を深め、災害時には地域住民からの支援の受け入れや地域の要援護者の避難の受け入れなど双方向の連携を行うことも検討されたい。

入所者のうち自力避難困難な方については、避難の容易な場所に可能な限り部屋替えを行うこと。

データファイル③

大規模災害時における被災施設から他施設への避難、職員派遣、在宅介護者に対する安全確保対策等について

平成24年4月20日
厚生労働省

事　務　連　絡
平成24年４月20日

都道府県
各　指定都市　介護保険担当主管部（局）御中
中 核 市

厚生労働省老健局総　務　課
高齢者支援課
振　興　課
老人保健課

大規模災害時における被災施設から他施設への避難、職員派遣、在宅介護者に対する安全確保対策等について

平成23年３月11日に発生した東日本大震災は、死者約16000人、行方不明者約3000人に及ぶなど被害が甚大で、被災地域が広範囲に及び極めて大規模なものであるとともに地震、津波、原子力発電施設の事故による複合的なものとなった。介護保険施設等も甚大な被害を受け、全壊・半壊した施設が 52カ所、入所者・職員等の死亡者、行方不明者、けがをした者も多数となっている。

これを受け、厚生労働省老健局では、老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）を民間の研究団体に助成し、大規模災害時における被災施設から他施設への避難、介護職員等の応援派遣、在宅要介護者の安全確保策等について、研究を行った。

このたび、この研究成果がまとまったので、配布する。

また、この研究内容を基に、別紙のとおり、大規模災害時における①被災施設から他施設への避難、②介護職員等の応援派遣、③在宅要介護者の安全確保策のそれぞれについて、対策の骨子を整理した。

各自治体においては、これらを参考に、地域の実情に応じて工夫を加えるとともに、事業者団体とも協議の上、大規模災害時における対策を講じられたい。都道府県においては、管下市町村にも情報提供願いたい。

なお、詳細な報告書については、下記ホームページを参照されたい。

（平成24年４月下旬掲載予定）
http://jp.fujitsu.com/group/fri/report/elderly-health/2011support.html

---

（別紙１）

被災施設から他施設への避難

1. 利用者の安全を確保するための避難施設等の確保

今回の東日本大震災のような大規模災害で施設や設備が大きく被災し、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等の施設での生活が継続できないような場合には、学校の体育館等への緊急避難では、介護に必要な設備等もないため、生活を継続することが困難な状況も見られた。

こうしたことから、介護施設等においては、施設が被災した場合、介護環境を確保できる他の同種又は類似の施設に利用者を避難させる必要がある。

2. 避難施設確保の準備

（１）他施設との協定締結

介護施設等は、避難の必要が生じた場合に迅速かつ安全に利用者の避難が行えるよう、あらかじめ都道府県内や近隣の都道府県の同種又は類似の施設と相互の避難と受入れに関する災害協定を結んでおく。

（２）都道府県への登録

介護施設等は、災害協定を締結した場合には、その内容を都道府県に登録する。

3. 災害発生時の対応

（１）被災施設は、災害協定に従い、受入施設に受入れの要請を行う。受入れが行われた場合には、都道府県に報告する。

（２）都道府県は、施設相互の災害協定で対応できないと判断した場合には、管下の関係団体や旅館、ホテル等に協力を要請するとともに、他都道府県とも広域的な調整を行う。

なお、東日本大震災のように都道府県域を越える大規模災害が発生した場合には、国においても広域的調整を行う。

4. 避難に当たっての留意点

（１）受入先の施設の種別は、被災施設と同一の施設種別であることが望ましいが、地理的な事情（避難に時間がかかるため利用者に多大な負担がかかる等）がある場合には、種別が異なっても近隣の施設への避難も検討する。

（２）利用者を避難させる際には、利用者の健康状態に特に留意し、必要に応じて医療の確保等を行う。

5. 被災施設の利用者を受入れる際の留意点

利用者を受入れる施設においては、既存スペースの活用を図るとともに災害時には、定員を超過しても差し支えない。

（別紙２）

介護職員等の応援派遣

災害が大規模であり、復旧まで長期化が予測される状況では、定員を超えて被災施設の利用者を受入れている状態や職員の多くが被災又は疲労している状態が続き、必要な職員数が確保できない事態となることが予想される。

こうした状況に備え、災害時における都道府県域を越える介護職員等の応援派遣の体制（災害派遣介護チーム）について整備する。

1. 支援職員の派遣・受入体制の事前準備

（１）介護施設等や介護サービス事業所、居宅介護支援事業所等

ア　災害時の派遣要請に速やかに対応できるよう、あらかじめ派遣可能な要員の職種別の人員数を連絡調整担当者とともに、都道府県に登録する。

イ　派遣要請から出動準備が整うまでを想定した訓練を実施する。

（２）都道府県

ア　職員の派遣・受入れが円滑に行えるよう、組織内の指揮命令系統を明確にする。

イ　支援職員の確保、支援活動に必要な物資の確保などにあたり、関係団体の協力が得られるよう、関係団体と災害時の協力協定等を締結する。

ウ　管内の施設等の被災状況、職員の不足など様々な情報を把握するため、管内市区町村及び関係団体の協力を得て、情報伝達の体制を整備する。

2. 大規模災害発生時の対応

（１）被災都道府県の対応

ア　調整窓口の開設

被災都道府県は、介護施設等への災害派遣介護チームの調整窓口を開設し、市区町村、管下

の介護施設等及び関係団体に調整窓口を開設したことを連絡する。

イ　派遣要請

被災都道府県は、被災状況を勘案し、介護施設等や介護サービス事業所、居宅介護支援事業所等に対し介護職員等の派遣が必要だと判断した場合は、隣接の都道府県に対し、災害派遣介護チームの派遣を要請する。

要請にあたっては、派遣先となる施設ごとに、当面１ヶ月間の派遣希望人数、派遣希望職種とともに、派遣に関する留意事項を整理し、隣接都道府県に連絡する。

（２）被災都道府県に隣接する都道府県の対応

ア　調整窓口の開設

隣接する都道府県は、介護施設等への災害派遣介護チームの調整窓口を開設し、市区町村、管下の介護施設等及び関係団体に調整窓口を開設したことを連絡する。

イ　派遣準備

隣接する都道府県は、被災都道府県からの派遣要請を受けて、あらかじめ準備していた派遣可能人員数登録簿を基に、人員数を登録した介護施設等に確認した上で、当面１ヶ月間の派遣可能人数、派遣可能職種を取りまとめ、被災都道府県の調整窓口との間で、派遣元と派遣先の施設・事業所を調整する。

ウ　コーディネーターの派遣

派遣開始から１ヶ月間は、混乱している状況であり、現地での支援体制を構築する必要があることから、現地の市区町村や派遣要請を行った施設と派遣職員との間の調整役となるコーディネーターを一緒に派遣することを検討する。

3．その他

（１）関係団体が調整役となり、都道府県を経由せずに、施設間の派遣調整を行う場合には、都道府県が行う派遣調整との重複を避けるため、情報提供を行うよう、都道府県から関係団体に周知する。

（２）東日本大震災のように隣接する都道府県間の調整では対応できない大規模災害が発生した場合には、国においても広域的調整を行う。

（別紙３）

在宅要介護者等の安全確保策

1．在宅要介護者等の避難体制の整備

（１）事前準備

市区町村は、大規模災害を想定して、あらかじめ在宅の要介護高齢者等への対応の体制整備に努めること。

ア　在宅の要介護高齢者の安否確認、避難誘導等の体制の確保

地域には、要介護状態のため自力避難困難な高齢者も多く、これらの要介護高齢者を速やかに安全な避難所へ避難誘導する必要がある。

市区町村長は、あらかじめ区域（例えば中学校区）を定め、災害発生時に、要介護者の安否確認、避難誘導、市区町村への状況報告を行う事業者を指定する。

この事業者としては、地区を担当する地域包括支援センターや当該要介護者を担当している居宅介護支援事業所、当該要介護者にサービスを提供している事業者が考えられる。

また、指定された事業者（在宅要介護者安否確認事業者）が、その区域で安否確認等を担当することとなる要介護者の居宅地等の情報を有しない場合には、個人情報の取扱方法に則り、当該事業者に情報を提供する。

イ　福祉避難所の指定

高齢者、障害者、妊産婦、乳幼児、病弱者等であって一般の避難所での生活が困難と考えられる者については、福祉避難所の対象者として支援することとなっている。

市区町村は、区域内の介護施設等、通所介護事業所等にあらかじめ福祉避難所としての役割を担うよう、協力要請を行う。

東日本大震災においても福祉避難所を設置し、災害時要支援者の支援を行ったところである。ついては、都道府県、市区町村はあらかじめ福祉避難所として利用可能な施設に関する情報及び福祉避難所の指定要件等を踏まえ、福祉避難所として指定する施設を選定しあらかじめ指定しておくこととする。
（詳しくは、以下の「福祉避難所設置・運営に関するガイドライン」を参照）
http://www.jrc.or.jp/saigai/shiryo/index.html

（２）災害発生時の対応

在宅要介護者安否確認事業者は、担当する区域内の在宅要介護者宅を訪問し、逃げ遅れている者がいないか等の安否確認、適切な避難場所への避難誘導を行う。

2．避難所における要介護高齢者への支援

（１）市区町村は、災害が発生し、避難所が設置される事態に至ったときは、避難所に避難している要介護高齢者の状況を把握し、以下の措置を講じる。

ア　入院等医療を提供する必要がある場合は病院等への搬送

イ　一般の避難所では、生活を継続していくことが困難と思われる場合は、本人・家族等への説明を行い福祉避難所への誘導

ウ　在宅介護サービスが必要な要介護高齢者が避難所で避難生活を続ける場合には、避難所を居宅と見なして介護事業者による継続的な介護サービスを提供

エ　重度の要介護状態で福祉避難所等での対応が困難な場合は、短期入所サービスの利用や介護保険施設への入所の斡旋

オ　今まで受けていた介護サービス事業者による継続的な介護サービスが難しい場合には、他の事業者によるサービスが継続できるよう斡旋する。

カ　避難所生活の長期化や生活環境の変化により生活機能の低下等が防止できるような生活不活発病対策の実施

（２）市区町村は、避難所の要介護高齢者の状況を把握する際、介護支援専門員、地域包括支援センター、在宅介護支援センター等の介護専門職に加え、医療、保健分野等の専門職種と連携して行うことが有効である。

（３）市区町村は、避難所の要介護高齢者の状況を把握するに際し、各種業務団体の協力を仰ぐ場合には、複数の団体が同一の避難所の状況把握を重複して行うようなことのないよう、情報の一元管理と共有ができる環境を整えることが必要である。

私も読みたい！

機関誌『老健』は個人でも購読できます。

機関誌『老健』は、公益社団法人全国老人保健施設協会の正会員・準会員施設等に配布しているものですが、個人での購読をご希望の方にも実費で領布しています。
詳しくは全老健事務局機関誌『老健』購読係まで、お問い合わせください。

TEL 03-3455-4165　FAX 03-3455-4172

領布価格：実費（年間購読料9,000円―税・送料込み）

データファイル④

社会保障・税一体改革で目指す将来像

平成24年3月30日
厚生労働省

社会保障・税一体改革で目指す将来像
～未来への投資（子ども・子育て支援）の強化と貧困・格差対策の強化 ～

厚生労働省
平成24年3月30日

社会保障改革が必要とされる背景

- 非正規雇用の増加など雇用基盤の変化
- 家族形態や地域の変化
- 人口の高齢化、現役世代の減少
- 高齢化に伴う社会保障費用の急速な増大

・高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていない
・貧困問題や格差拡大への対応などが不十分
・社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、負担を将来世代へ先送り

→ 社会経済の変化に対応した社会保障の機能強化が求められる

現役世代も含めた全ての人が、より受益を実感できる社会保障制度の再構築

改革のポイント

- ◆ 共助・連帯を基礎として国民一人一人の自立を支援
- ◆ 機能の充実と徹底した給付の重点化・効率化を、同時に実施
- ◆ 世代間だけでなく世代内での公平を重視
- ◆ 特に、①子ども・若者、②医療・介護サービス、③年金、④貧困・格差対策を優先的に改革
- ◆ 消費税の充当先を「年金・医療・介護・子育て」の４分野に拡大＜社会保障４経費＞
- ◆ 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩
  ⇒消費税率（国・地方）を、2014年４月より８％へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- ◆ 就労促進により社会保障制度を支える基盤を強化

改革の方向性

❶	❷	❸	❹	❺	❻
未来への投資（子ども・子育て支援）の強化	医療・介護サービス保障の強化／社会保険制度のセーフティネット機能の強化	貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）	多様な働き方を支える社会保障制度へ	全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現	社会保障制度の安定財源確保
・子ども・子育て新システムの創設	・地域包括ケアシステムの確立 ・医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化 ・診療報酬・介護報酬の同時改定	・生活困窮者対策と生活保護制度の見直しを総合的に推進 ・総合合算制度の創設	・短時間労働者への社会保険適用拡大 ・新しい年金制度の検討	・有期労働契約法制、パートタイム労働法制、高年齢者雇用法制の検討	・消費税の引上げ（基礎年金国庫負担１／2の安定財源確保など）

1

改革の方向性 ❶ 未来への投資（子ども・子育て支援）の強化
～子ども・子育て新システムの創設～

■ 待機児童の解消や幼保一体化
■ 市町村が責任を持って、地域の子育て支援を充実

⇒ 子どもを生み、育てやすい社会に

主な改革検討項目

○ 待機児童を解消（保育、放課後児童クラブを量的拡充）。**保育に携わる職員の専門性を高め、体制も強化**

	2012年度	2014年度末	2017年度末
3歳未満児の保育利用率	27%(86万人)	→35%(105万人)	→44%(122万人) （H23.4.1時点の3歳未満児の利用率 24%）
放課後児童クラブ	22%(83万人)*	→32%(111万人)	→40%(129万人)

（*2011年5月時点）

- 質を保ちながら、保育の量を増やす（行政から「指定」されたこども園（仮称）等が保育を提供）
- 地域の状況を踏まえて、小規模な保育や保育ママなどの多様な保育を充実
- 放課後児童クラブを充実し、保護者が帰宅するまでの子どもの居場所を増やす

○ 質の高い学校教育・保育を一体的に提供できる仕組みを構築（幼保一体化）

- 幼稚園・保育所の両方の良さをあわせもつ総合施設（仮称）をつくる（施設の一体化）
- 小学校就学前の子どもに対する学校教育や保育の給付を一つに（こども園（仮称）の創設、（給付の一体化））
  → 二重行政の解消、給付の一体化により、利用者・事業者・市町村、ともに使いやすい仕組みに

○ 地域でいきいきと子育てできるよう、支援を充実

	2012年度	2014年度末～
地域子育て支援拠点	7,587カ所*	→10,000カ所
ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	→950市町村

（*2011年度交付決定ベース）

- 親子の相談・交流の場（地域子育て支援拠点（子育てひろば等））や、子どもを一時的に預けることができる場所を増やすなど、地域の子育て支援を充実
- 妊娠中の人が安心・安全に出産できるよう、どこの市町村でも妊婦健診で必要な検査が受けられるようにする

○ 市町村が責任を持って、地域の声を聞きながら、計画的に子育て支援を充実

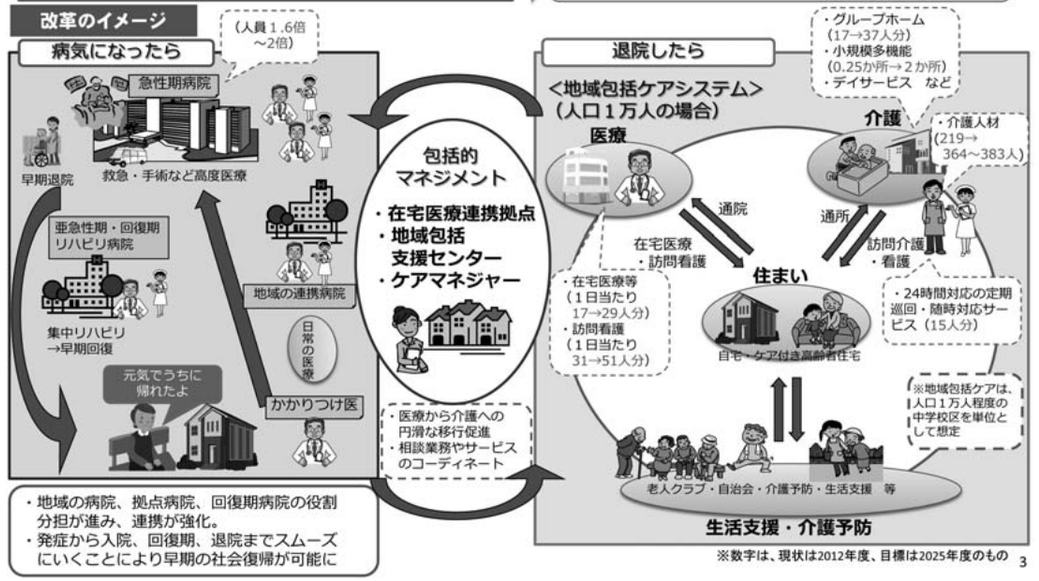
2

改革の方向性 ❷ 医療・介護サービス保障の強化

■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

⇒ どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

3

改革の方向性 ❷　社会保険制度のセーフティネット機能の強化

■ 働き方にかかわらず、保障を提供
■ 長期にわたり、高額な医療を受ける患者の負担を軽減
■ 所得格差を踏まえた財政基盤の強化・保険者機能の強化
■ 世代間・世代内の負担の公平化

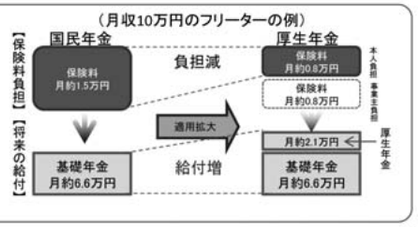
⇒ 共助＝社会保険のセーフティネット機能がより強固に

主な改革検討項目

年金・医療

○ 短時間労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大
・厚生年金に加入することで、将来、基礎年金に加えて、厚生年金の支給も受けられる
・健康保険に加入することで、傷病手当金、出産手当金を受けられる
・保険料の半分を事業主が負担するため、国民年金・国民健康保険に比べて本人の保険料負担は軽減される

適用拡大される短時間労働者の要件（対象者数：約45万人）
①週20時間以上、②月額賃金7.8万円以上（年収94万円以上）、③勤務期間1年以上
④学生は適用除外、⑤従業員　501人以上



年金

○ 低所得の基礎年金受給者等へ給付を加算する
○ 受給資格期間を短縮し、納付した保険料を年金受給につなげやすくする
○ 特例法により物価スライドを行わず、本来の年金額より高い水準の年金額を支給している措置を解消する
○ 産前・産後の休業期間中、厚生年金保険料の負担を免除する

医療

○ 高額療養費制度の見直し
・高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する（外来現物給付化に引き続き、年間での負担上限等を設けることを目指す）

○ 高齢者医療制度の見直し
・高齢者医療制度改革会議の取りまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う

○ 難病患者の医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。

医療・介護

○ 国保・介護保険の財政基盤の安定化等
・市町村国保や介護保険の被保険者の低所得者の保険料負担を軽減する
・国民皆保険の基礎である市町村国保への財政支援の強化と、財政運営の都道府県単位化を進め、財政基盤を安定化する

4

改革の方向性 ❸　貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）

■ 働くことを希望するすべての人が仕事に就けるよう支援
■ 低所得者へきめ細かに配慮（社会保障の給付等によるきめ細やかな対策）

⇒ すべての国民が参加できる社会へ

主な改革検討項目

重層的セーフティネット

雇用対策

【第1のネット：社会保険・労働保険】
●総合合算制度の創設（番号制度等の情報連携基盤の導入が前提）
・医療・介護・保育・障害など制度単位でなく家計全体に着目した限度額の設定で、負担を軽減
● 社会保険の短時間労働者への適用拡大、低所得者対策の強化

【第2のネット：求職者支援制度】
● 求職者支援制度の実施
・雇用保険を受給できない人に対して、職業訓練をしながら給付金を受けられる制度で支援し、早期の就職を実現

【第3のネット：生活保護】
● 生活保護を受けている人の就労支援
・生活保護を受けている人に対して、ハローワークと連携した支援により、早期の就労・自立を実現
※生活保護の不適正な受給の防止対策を強化

保険料の軽減措置

【医療保険】
○ 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充等
（～約2,200億円程度）

【介護保険】
○ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
（～約1,300億円程度）

「生活支援戦略」（仮称）の策定・推進
・生活困窮者対策と生活保護制度の見直しを総合的に推進

① 生活困窮者対策の推進
ⅰ）生活困窮者に対する支援のための国の中期プランを策定
ⅱ）生活困窮者の自立に向けた生活自立支援サービスの体系化等を図る。

② 生活保護制度の見直し
法改正も含めた生活保護制度の見直しについて、地方自治体とともに具体的に検討し、取り組む。

5

改革の方向性 ❹　多様な働き方を支える社会保障制度へ

■ 短時間労働者への社会保険の適用拡大
■ 産休期間中の保険料負担免除
■ 被用者年金の一元化
■ 年金の第３号被保険者制度の見直し
■ 在職老齢年金の見直し

⇒ 出産・子育てを含めた多様な生き方や働き方に公平な社会保障制度へ

主な改革検討項目

○ 短時間労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大
適用拡大される短時間労働者の要件（対象者数：約45万人）
①週20時間以上、②月額賃金7.8万円以上（年収94万円以上）、③勤務期間1年以上、④学生は適用除外、⑤従業員　501人以上

○ 産前・産後休業期間中、厚生年金保険料の負担を免除する
・出産前後の経済的負担が軽減され、子どもを生みながら働きやすい環境を整える

○ 被用者年金の一元化
・厚生年金に、公務員及び私学教職員も加入する

○ 第3号被保険者制度の見直し
・新しい年金制度の方向性（二分二乗）を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について引き続き検討

○ 在職老齢年金の見直し
・60代前半の人に関する調整限度額を、60代後半の人と同じとすることを引き続き検討

○ 新しい年金制度の創設
・「所得比例年金」と「最低保障年金」の組合せからなる新しい年金制度の創設に向け、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、平成25年の国会に法案を提出。

6

改革の方向性 ❺　全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現

■ 若者をはじめとした雇用対策の強化
■ 非正規労働者の雇用の安定・処遇の改善　等

⇒ 誰もが働き、安定した生活を営むことができる環境へ

・ 特に、近年増加している非正規労働者への対応が重要。
※ 2010年の非正規の職員・従業員割合は、比較可能な2002年以降で最高の水準（34.4%）。

主な改革検討項目

○ 非正規労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けて、公正な待遇の確保に必要な施策の方向性を理念として示す総合的ビジョンを策定
○ 有期労働契約の利用ルールを明確化
○ パートタイム労働者の均等・均衡待遇をさらに推進
○ 希望者全員の65歳までの雇用確保策を実施
○ 新卒者やフリーター等の就職支援を強化
○ 求職者支援制度で早期の就職を支援

改革のイメージ

○ 非正規労働者が、十分に能力を発揮し、安心して働くことができる
○ 希望者全員の65歳までの雇用が確保される制度へ
○ 未来を担う若者の安定雇用を確保
○ 求職者支援制度で早期の就職を支援し、安定した雇用につなげる

7

改革の方向性 ⑥　社会保障制度の安定財源確保

■ 消費税の使い途を、現役世代の医療や子育てにも拡大
■ 基礎年金の国庫負担割合２分の１の確保
■ 医療・介護の社会保険料軽減などの低所得者対策
■ 社会保障の費用は、消費税収を主要な財源として確保

⇨ 現役世代への支援を強化し、あらゆる世代が広く公平に社会保障の負担を分かち合う

主な改革検討項目

- ○ 国分の消費税収の使い途を、現在の高齢者3経費（基礎年金、老人医療、介護）から、社会保障4経費（年金、医療、介護、子育て）に拡大
- ○ 基礎年金の国庫負担割合2分の1を確保
- ○ 低所得者の医療・介護保険料軽減など
- ○ 消費税率（国・地方）を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ

改革のイメージ

子ども・子育てに関係する支出を拡大し、すべての世代が、負担に納得感を持てる

社会保障制度を持続可能なものにし、また機能を強化して、安心して暮らせる社会に

負担をあらゆる世代で分かち合い、将来世代に先送りにしない

8

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

■ 消費税率（国・地方）を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
■ 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費（基礎年金、老人医療、介護）となっているが、今後は、社会保障4経費（年金、医療、介護、子育て）に拡大
■ 消費税の使途の明確化（消費税収の社会保障財源化）
■ 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない　(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。

1%程度

社会保障の充実
+2．7兆円程度

- ○子ども・子育て対策　0.7兆円程度
  - 待機児童の解消（保育、放課後児童クラブの量的拡充）など
- ○医療・介護の充実　～1.6兆円弱程度
  - 高度急性期への医療資源の集中投入（入院医療の強化）、在宅医療・介護の充実（病院・施設から地域、在宅へ）など
- ○年金制度の改善　～0.6兆円程度
  - 低所得者への加算、受給資格期間の短縮など
- ・貧困・格差対策の強化（低所得者対策等）　上記のうち ～1.4兆円程度（再掲）
  - 低所得者の保険料の軽減、総合合算制度など

4%程度

社会保障の安定化：今の社会保障制度を守る
+10．8兆円程度

- ○年金国庫負担2分の1（年金交付国債の償還費用含む）　2.9兆円程度
- ○後代への負担のつけ回しの軽減　7.0兆円程度
  - 高齢化等に伴う増（自然増）や安定財源が確保できていない既存の社会保障費
- ○消費税引上げに伴う社会保障支出の増
  - 年金、診療報酬などの物価上昇に伴う増　0.8兆円程度

9

改革の方向性　社会保障の充実と重点化と効率化

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 ＝ 2．7兆円程度（～3.8兆円程度 －～1.2兆円程度）

A　充実　～3.8兆円程度

【子ども・子育て】
○ 子ども・子育て新システムの制度実施　0.7兆円程度
・0～2歳児保育の量的拡充・休制強化等（待機児童の解消）
・質の高い学校教育・保育の実現（幼保一体化の実現）

【医療・介護】
○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化　～1.4兆円程度
～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～
・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等（8,800億円程度）
・在宅介護の充実等（2,800億円程度）
・上記の重点化に伴うマンパワー増強（2,500億円程度）
○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策　～1兆円程度
a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大
・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度））
b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
・1号保険料の低所得者保険料軽減強化（～1,300億円程度）
d その他（総合合算制度～0.4兆円程度）
・制度の持続可能性の観点から高額療養費制度改革全議のとりまとめ等を踏まえる）
・高齢者医療制度の見直し（高齢者にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、70歳以上75歳未満の患者負担を世代間の公平を図る観点から見直し検討）

【年金】
〈新しい年金制度の創設〉「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する　○ 所得比例年金（社会保険方式）　○ 最低保障年金（税財源）　0.6兆円程度
〈現行制度の改善〉
○ 最低保障機能の強化（高所得者の年金給付の見直しと併せて検討）
・低所得者への加算、障害基礎年金等への加算（計6,300億円程度）、
・受給資格期間の短縮（300億円程度）
○ 遺族年金の父子家庭への拡大（100億円程度）
● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大
● 第3号被保険者制度の見直し　● 在職老齢年金の見直し
● 産休期間中の保険料負担免除　● 被用者年金の一元化
（●は公費への影響なし）

B　重点化・効率化　～1.2兆円程度

・平均在院日数の減少等（▲4,400億円程度）
・外来受診の適正化（▲1,300億円程度）
・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）（▲1,800億円程度）　▲～0.7兆円程度

公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円
すでに提出した法案の施行時点では、公費への影響は縮小（▲400億円程度）
・介護納付金の総報酬割導入（完全実施すれば▲1,500億円）
・軽度者に対する福祉用具貸与等重度化予防に効果のある給付への重点化　▲～0.5兆円程度

○ 高所得者の年金給付の見直し
・年収850万円以上から減額開始（1,300万円以上は公費負担分を全額減額）し、▲700億円程度公費縮小
○ 物価スライド特例分の解消
・平成24年度から平成26年度の3年間で解消し、平成24年度は10月から実施
○ マクロ経済スライドの検討
・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小
● 標準報酬上限の引上げの検討（中長期的な課題）
※ 支給開始年齢引上げの検討（中長期的な課題）
・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

10

数値で見た主なサービスの拡充

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した保育所待機児童の解消

	平成24(2012)年度		平成29(2017)年度末
○3歳未満児の保育利用率	86万人(27%) (H23.4.1時点24%)	⇒	122万人(44%)
○延長保育等	89万人	⇒	103万人
○放課後児童クラブ	83万人* *2011年5月時点	⇒	129万人

地域の子育て力の向上

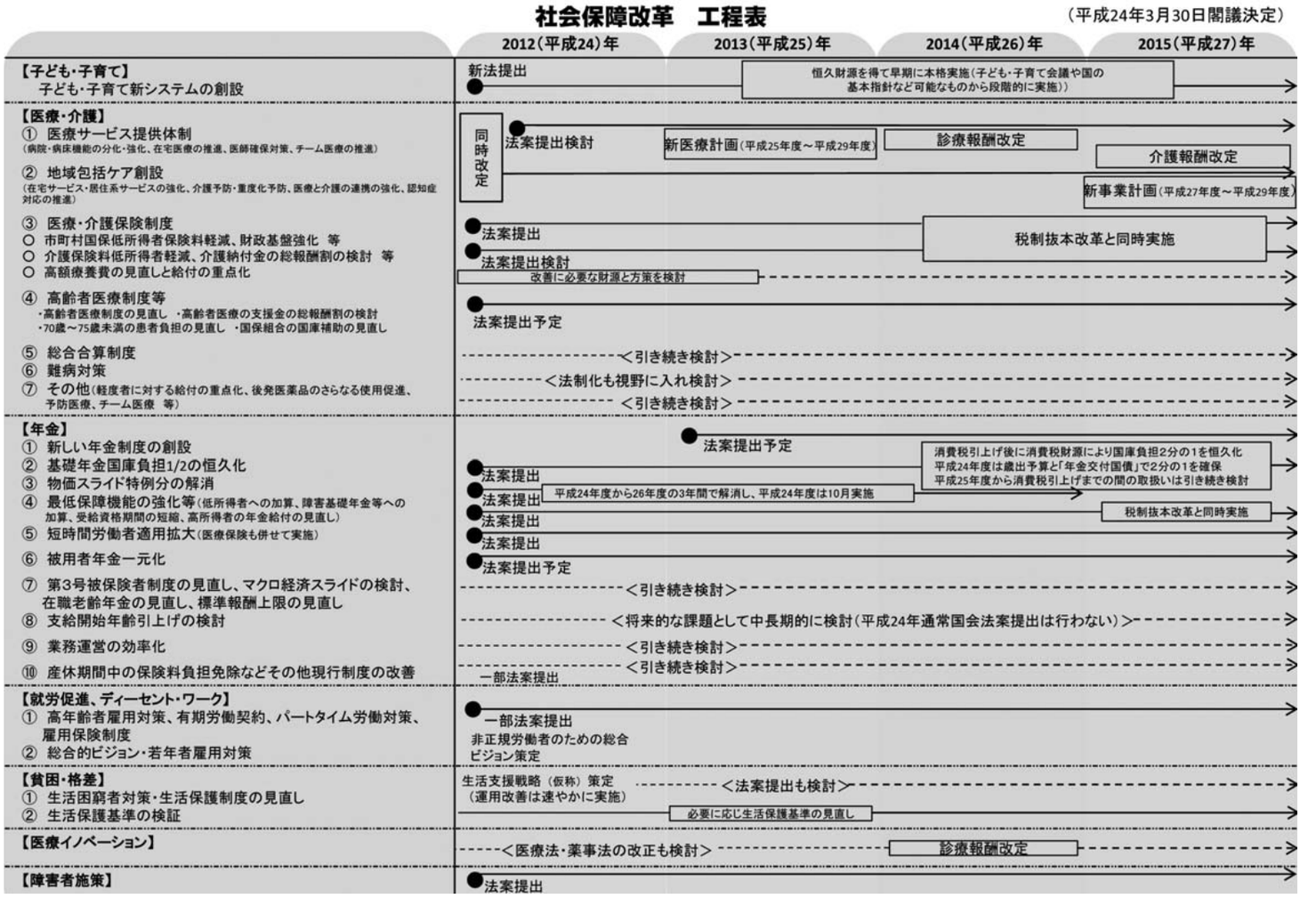
	平成24(2012)年度		平成26(2014)年度末～
○地域子育て支援拠点事業	7,587か所* (市町村単独分含む) *2011年度交付決定ベース	⇒	10,000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村

【医療・介護】

		平成24(2012)年度	平成37(2025)年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	109万床、19～20日程度	【高度急性期】	22万床 15～16日程度
			【一般急性期】	46万床 9日程度
			【亜急性期等】	35万床 60日程度
	医師数	29万人	32～33万人	
	看護職員数	145万	196～206万人	
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分	
【介護】	利用者数	452万人	657万人(1.5倍) ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増	
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	320万人分 5万人分 －	463万人分(1.4倍) 40万人分(7.6倍) 15万人分(－)	
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	33万人分 16万人分 17万人分	62万人分(1.9倍) 24万人分(1.5倍) 37万人分(2.2倍)	
	介護施設 特養 老健(＋介護療養)	98万人分 52万人分(うちユニット13万人(26%)) 47万人分(うちユニット2万人(4%))	133万人分(1.4倍) 73万人分(1.4倍)(うちユニット51万人分(70%)) 60万人分(1.3倍)(うちユニット30万人分(50%))	
	介護職員	149万人	237万人から249万人	
	訪問看護(1日あたり)	31万人分	51万人分	

社会保障改革　工程表

(平成24年3月30日閣議決定)



●データファイル⑤　第１回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会資料

介護報酬改定検証・研究委員会の設置について　ほか（抜粋）

平成24年４月26日
厚生労働省老健局

（資料１）

介護報酬改定検証・研究委員会の設置について

１．目的

平成27年度の介護報酬改定に向けて、平成24年度の介護報酬改定の効果の検証や「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項に関する実態調査等を行うことを目的として、社会保障審議会介護給付費分科会に介護報酬改定検証・研究委員会を設置する。

２．検討内容

○　介護報酬改定効果検証

平成24年度の介護報酬改定における個々の改定が企図した効果を挙げているかについて、実態調査を行った上で、検証及び分析を行う。

具体的な検討事項は、以下のとおり。

・サービス付き高齢者向け住宅、定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの実施状況
・集合住宅における訪問系、通所系サービスの提供状況
・その他、新たに創設した加算の算定状況　等

○　介護報酬改定調査研究

平成24年度の介護報酬改定において、次期介護報酬改定に向けて調査・研究を進めることが必要であるとされた事項について、必要な基礎資料を得るための調査設計及び集計、分析方法等について検討を行う。

具体的な検討事項は、以下のとおり。

・認知症に対して現在実施されているサービスの実態
・介護事業所、介護施設における医師、看護師、ケアマネジャー等が担っている役割
・生活期において実施されているリハビリテーションの実態
・介護予防サービスにおいて、効果が高いサービス提供の現状
・介護サービスの利用実態と区分支給限度基準額との関係　等

３．委員（公益委員（※介護給付費分科会委員）及び学識経験者数名で構成）

※大島　伸一（(独）長寿医療研究センター総長）
※池田　省三（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）
※田中　滋（慶應義塾大学大学院教授）
※村川　浩一（日本社会事業大学教授）
・椿原　彰夫（川崎医療福祉大学教授）
・松田　晋哉（産業医科大学教授）
・松原　由美（明治安田生活福祉研究所主席研究員）

（資料２）

平成24年度介護報酬改定検証・研究委員会における調査の実施について（案）

１．目的

平成24年度の介護報酬改定の効果検証や「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」において、検討が必要とされた事項等に関する研究を行うための資料を得ることを目的とする。

２．「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項

○　認知症にふさわしいサービスの提供を実現するため、調査・研究等を進め、次期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。

○　介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態を改善する取組みを促すための報酬上の評価の在り方について検討する。

○　ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める。

○　集合住宅における訪問系サービスの提供の在り方については、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。

○　サービス付き高齢者向け住宅や、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの実施状況について、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。

○　介護事業所、介護施設における医師・看護職員の配置の在り方については、医療提供の在り方の検討と併せて、適切に実態把握を行い、必要に応じて見直しを行う。

○　生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から在宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションを包括的に提供するとともに、リハビリ専門職と介護職との連携を強化するなど、リハビリテーションの在り方について検討する。さらに、リハビリテーションの効果についての評価手法について研究を進める。

○　予防給付は、介護予防や生活機能の維持・改善に効果があるものに更に重点化する観点から、効果が高いサービス提供の在り方について、引き続き検証・見直しを行う。

３．調査項目（案）

（１）平成24年度改定効果検証

【平成24年度調査実施】

①　サービス付き高齢者向け住宅の実施状況

入居者の属性、居宅サービスや協力医療機関との連携状況、受入可能な要介護度や医療の必要性等についての実態調査。

②　定期巡回・随時対応サービスの実施状況

市町村毎の整備状況、要介護度や認知症自立度などの利用者像と提供サービス内容、オペレーターの資格要件と対応状況等についての実態調査。

③　複合型サービスの実施状況

市町村毎の整備状況、要介護度や認知症自立度などの利用者像と提供サービス内容等についての実態調査。

④　集合住宅における訪問系サービスの提供状況

集合住宅の介護保険サービスの併設状況、調査対象住宅に居住する要介護高齢者数、当該利用者を担当する指定居宅介護事業所数等についての実態調査。

⑤　介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の検証

在宅復帰支援機能の高い基本サービス費、在宅復帰支援機能加算を算定している施設の具体的な取組みや周辺環境等の実態把握と在宅復帰機能を高める要素について実態調査。

⑥　短期入所生活介護等における緊急時のサービスの提供状況

緊急短期入所体制確保加算、緊急短期入所受入加算等の算定状況、緊急時の状況、緊急利用者受入促進のための方策等について検証。

【平成25年度調査実施】

① 20分未満の身体介護の提供状況

サービスの利用実態、利用時間帯別の具体的なサービス内容について実態調査。定期巡回・随時対応サービスの実施状態と併せて検証。

② リハビリ職と介護職との連携の実施状況

リハビリ職と介護職との連携を評価した生活機能向上連携加算について、具体的な取組みと課題について実態調査。

（2）調査研究

【平成24年度調査実施】

① 要支援者の状態像と介護予防サービスの提供に関する実態調査

要支援者の状態像として、ADL、IADL、認知機能、疾病の状況、生活環境について、また、サービスの提供実態として、具体的なサービス内容、提供時間等について実態調査。

② 認知症に対して現在実施されているサービスの実態調査

要介護度に応じたグループホーム等でのサービス提供の実態、利用者の状態とふさわしいケア内容について実態調査。

③ 介護事業所、介護施設における医師、看護師が担っている役割の実態調査

通所介護等の介護事業所や介護老人福祉施設、介護老人保健施設等の施設における医療職の勤務実態、医療・看護の提供状況について実態調査。

④ 生活期において実施されているリハビリテーションの実態調査

生活期リハビリテーションの具体的内容、リハビリテーション・機能訓練のアウトカムの評価方法について検証。

※ ケアマネジメント、ケアプランについては、「ケアマネジャーの資質向上と今後の在り方に関する検討会」等で検討する。

4．検証・研究の進め方

平成24年４月26日

・平成24年度介護報酬改定の結果検証に関する調査項目について議論。

平成25年３月目途

・平成24年度に実施された調査研究についての報告と議論。

・平成25年度の調査内容についての検討。

（参考資料１）平成24年度介護報酬改定について

（略）

（参考資料２）

介護保険に係る既存の調査について

1．介護サービス施設・事業所調査

（調査の概要・目的）

全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とする。

（調査時期）

毎年の10月１日（公表時期は翌々年の春頃）

（調査事項）

開設・経営主体、定員、在所者数、利用者数、従事者数、居室等の状況等、利用者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度等

2．介護給付費実態調査

（調査の概要・目的）

介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

（調査時期）

毎月（年報の公表時期は翌年の夏頃）

（調査事項）

性、年齢、要介護（要支援）状態区分、サービス種類別単位数・回数等、サービス種類別計画単位数等

3．介護事業実態調査等

（調査の概要・目的）

各々の介護サービスについての費用等についての実態を明らかにし、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的とする。

（調査時期）

・介護事業経営概況調査　改定前々年の７月１日（公表時期は年末頃）

・介護事業経営実態調査　改定前年の４月１日（公表時期は秋頃）

※いずれも前回調査（21年･22年）の実績

（調査事項）

サービスの提供の状況等、居室・設備の状況等、職員配置、職員給与、収入・支出の状況等

4．介護従事者処遇状況等調査

（調査の概要・目的）

介護報酬改定や介護職員処遇改善交付金が、介護従事者の処遇改善に反映されているかの検証を行うための基礎資料を得ることを目的とする。

（調査時期）

・平成21年度調査は当該年の10月１日（公表時期は年度末頃）

・平成22年度調査は当該年の７月１日（公表時期は年末頃）

（調査事項）

給与等の引き上げ状況、交付金の申請状況等、給与等の引き上げ以外の処遇改善状況、収支の状況、加算の状況、従業者の性別・年齢・職種・勤続年数・実労働時間・賃金等

5．介護保険事業状況報告

（調査の概要・目的）

介護保険事業の実施状況を把握し、今後の介護保険制度の円滑な運営に資するための基礎資料を得ることを目的とする。

（調査時期）

毎月（年報の公表時期は翌々年の夏頃）

（調査事項）

第1号被保険者数、要介護（要支援）認定者数、介護サービス受給者数、保険給付費、特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費等

6．介護労働実態調査

（調査の概要・目的）

事業所における介護労働の実態及び介護労働者の就業の実態等を把握し、明らかにすることによって、今後、介護労働者の働く環境の改善と、より質の高い介護サービスの提供に資するための基礎資料を得ることを目的とする。

（調査時期）

毎年の10月１日（公表時期は翌年の夏頃）

（調査事項）

法人、従業者数、採用者数・離職者数、従業員の過不足の状況等

平成24年度全老健研修会スケジュール案内

職員基礎研修会・中堅職員研修会

回 数	開催地	開催期間	会 場
第2回	大阪府	平成24年 8月 6日(月)～ 7日(火)	ホテル大阪ベイタワー
第3回	福岡県	平成25年 1月16日(水)～17日(木)	福岡国際会議場

ケアマネジメント実践講座

回 数	開催地	開催期間	会 場
第2回	福岡県	平成24年 7月19日(木)	福岡国際会議場
第3回	大阪府	平成25年 2月 1日(金)	大阪国際会議場「グランキューブ大阪」

認知症ケア研修会認知症短期集中リハビリテーション研修（医師対象）

開催地	開催期間	会 場
大阪府	平成24年10月27日(土)	ホテル大阪ベイタワー

管理者（職）研修会

開催地	開催期間	会 場
福岡県	平成24年 7月19日(木)	福岡国際会議場

医師研修会

開催地	開催期間	会 場
東京都	平成24年 9月 3日(月)～ 4日(火)	TOC有明

看護職員研修会

開催地	開催期間	会 場
東京都	平成24年 9月 3日(月)～ 4日(火)	TOC有明

通所リハビリテーション研修会

開催地	開催期間	会 場
大阪府	平成24年10月26日(金)	ホテル大阪ベイタワー
東京都	平成24年12月20日(木)	東京ファッションタウン(TFT)ビル

リハビリテーション研修会

開催地	開催期間	会 場
福岡県	平成25年 3月 6日(水)～ 7日(木)	ヒルトン福岡シーホーク

安全推進セミナー（ひやりはっと分析と苦情対応）

開催地	開催期間	会 場
東京都	平成24年 9月13日(木)～14日(金)	品川フロントビル

介護老人保健施設リスクマネジャー養成講座

開催地	開催期間	会 場
東京都	【Ⅰ期】平成24年11月	フクラシア浜松町
	【Ⅱ期】平成25年 2月	フクラシア浜松町
西日本	【Ⅰ期】平成24年11月	KKRホテル博多
	【Ⅱ期】平成25年 2月	KKRホテル博多

第23回全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄 ！ 申込受付中

	開催地	開催期間	会 場
！	沖縄県	平成24年10月 3日(水)	沖縄コンベンションセンター ほか

研修①「認知症」
研修②「ケアマネジメント実践講座」
研修③「リハビリテーション」
研修④「摂食・嚥下・栄養」

＊平成24年５月15日現在
＊その他の研修会は、日程が決定次第掲載いたします。
＊開催案内は、各研修会開催の１～２か月前をめどに、詳細決定次第、FAXにてご案内いたします。
＊全老健研修申込サイト http://training.zenroken.net/ からお申し込みください。
＊最新情報は全老健ホームページ http://www.roken.or.jp/ をご覧ください。

平成24年6月～7月開催の実地研修のご案内

Aコース（基礎実技修得コース）：原則、老健施設勤務1年以上の会員施設職員を対象
Bコース（専門実技修得コース）：原則、老健施設勤務2年以上の会員施設職員を対象
参加申込：各施設へ直接ご連絡ください。
※下記一覧は、平成24年5月15日現在の日程です。詳細は各施設にお問い合わせください。

Aコース：基礎実技修得コース
受講料：9,450円（税込、3日間）

都道府県名	施設名	TEL	事務担当者	日程	定員
岩手県	介護老人保健施設敬愛荘	019-697-3288	小笠原	6/12～ 6/14 7/10～ 7/12	5程度 5程度
宮城県	涌谷町老人保健施設	0229-43-5111	高橋	6/20～ 6/22	8
山形県	介護老人保健施設余目徳洲苑	0234-43-2477	岡部	7/ 4～ 7/ 6	6
福島県	介護老人保健施設エミネンス芦ノ牧	0242-92-5111	橋爪	7/25～ 7/27	10
群馬県	群馬老人保健センター陽光苑	027-253-3310	高橋	7/25～ 7/27	10
埼玉県	介護老人保健施設きんもくせい	048-875-2000	坂田	7/ 9～ 7/11	5
千葉県	介護老人保健施設やすらぎ	047-426-5715	羽山	6/20～ 6/22	10
東京都	介護老人保健施設ピースプラザ	042-336-5775	持田	6/19～ 6/21	6
富山県	介護老人保健施設みわ苑	076-429-8538	藤田	6/ 6～ 6/ 8	5
福井県	介護老人保健施設福井ケアセンター	0776-26-5155	小竹	6/27～ 6/29	10
静岡県	介護老人保健施設白梅ケアホーム	053-485-7711	土屋	7/ 3～ 7/ 5	5
愛知県	老人保健施設みず里	052-302-3600	本杉	7/23～ 7/25	10
三重県	小山田老人保健施設	059-328-2847	山本	6/12～ 6/14	10
滋賀県	介護老人保健施設長浜メディケアセンター	0749-65-2011	髙木	6/18～ 6/20	10
京都府	老人保健施設アゼリアガーデン	075-957-1112	野稲	7/18～ 7/20	10
兵庫県	介護老人保健施設向陽りんどう苑	078-981-5252	岸	7/ 9～ 7/11	10
島根県	介護老人保健施設昌寿苑	0854-22-3411	赤松	7/ 9～ 7/11	10
福岡県	介護老人保健施設ニューライフ須恵	092-937-1055	西	7/31～ 8/ 2	10
熊本県	介護老人保健施設清雅苑	096-345-8112	草野	6/ 5～ 6/ 7	受付終了
宮崎県	介護老人保健施設ひむか苑	0985-47-3434	眞鍋	7/ 4～ 7/ 6	10

Bコース：専門実技修得コース
受講料：1日につき3,150円（税込）

都道府県名	施設名	TEL	事務担当者	日程	定員
在宅復帰・在宅支援					
大阪府	介護老人保健施設サンガーデン府中	0725-46-2001	大谷	6/21～ 6/23	5
大阪府	介護老人保健施設悠々亭	072-953-1002	吉村	7/18～ 7/20	5
リハビリテーション					
茨城県	老人保健施設涼風苑	0297-63-0008	市村	6/ 1～ 7/31 の内２日or３日	3
山梨県	介護老人保健施設はまなす	0555-83-3285	伊藤	6/11～ 6/13	1
大阪府	介護老人保健施設サンガーデン府中	0725-46-2001	大谷	6/18～ 6/20	5
大阪府	介護老人保健施設セレーナなとり	06-6474-9732	美濃	7/13（1日）	8
大阪府	介護老人保健施設ベルアルト	072-221-7001	井尻	7/ 9～ 7/10	8
大阪府	介護老人保健施設悠々亭	072-953-1002	吉村	6/19～ 6/21	5
広島県	公立みつぎ総合病院介護老人保健施設「みつぎの苑」	0848-76-0373	新屋	7/23～ 7/26	10
認知症					
埼玉県	介護老人保健施設しょうわ	048-718-2111	左山	7/14～ 7/18	10
神奈川県	横浜市総合保健医療センターしらさぎ苑	045-475-0001	深谷	6/ 6～ 6/ 8	4
摂食・嚥下（口腔ケア）					
千葉県	介護老人保健施設メディケアー君津	0439-50-3111	清水	6/13（1日）	4
京都府	介護老人保健施設萌木の村	0774-52-0011	清水	6/ 7（1日）	6
大阪府	介護老人保健施設サンガーデン府中	0725-46-2001	大谷	7/ 2～ 7/ 4	5
徳島県	介護老人保健施設平成アメニティ	088-669-0151	武智	7/10～ 7/12	10
栄養ケア・マネジメント					
大阪府	介護老人保健施設八尾徳洲苑	072-991-2291	伊藤	7/25～ 7/26	4
鳥取県	介護老人保健施設いなば幸朋苑	0857-23-6611	長野	7/18～ 7/19	6
広島県	老人保健施設さんさん高陽	082-845-1211	上村	6/19～ 6/20	3
リスクマネジメント					
埼玉県	介護老人保健施設なでしこ	0494-25-7200	大野	7/13（1日）	5
大阪府	介護老人保健施設ベルアルト	072-221-7001	井尻	7/23～ 7/24	8
和歌山県	介護老人保健施設紀伊の里	073-461-8888	黒崎	6/28～ 6/29	6
ユニットケア					
熊本県	介護老人保健施設孔子の里	0968-38-5666	齋藤	6/ 6～ 6/ 8	4

※本研修は職員基礎研修会・中堅職員研修会の修了者に限らず、すべての方が両コースとも参加可能です。是非ご参加ください。

全老健編集パンフレットのご紹介

利用者の負担する費用項目をわかりやすくまとめたパンフレット

『介護老人保健施設　利用者負担のご案内』

をご利用ください！

○このパンフレットは、介護保険サービスの１割負担分をはじめ、食費・居住費や日常生活品費、健康管理費など、ご利用者が支払う費用項目とその内容を、ご利用者やご家族向けにわかりやすくまとめたものです。

○日常生活品費や教養娯楽費といった、解釈にブレが生じやすい項目についてもその内容を明記していますので、費用徴収の前提となる「利用者への説明と同意」の助けになります。利用開始時の説明資料としてご活用ください。

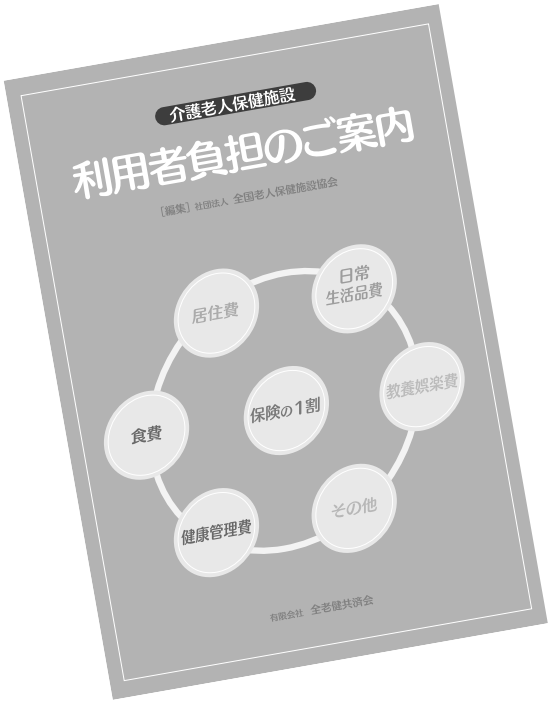
20部を１セットとして販売します。
全老健会員には特別価格を設定していますので、
ぜひご利用ください。
会員特別価格（税込）：1セット（20部）2,400円

＊会員以外の方は、1セット（20部）4,000円での販売となります。

＊販売は、宅配便の「代金引換」で行います。送料・手数料として1件につき800円（税込）を申し受けます。
（2セットご購入の場合、2,400円×2+800円=5,600円となります）

お申し込みフォームは、
全老健共済会ホームページ
（http://www.roken.co.jp）をご覧ください。

お問い合わせは、全老健共済会まで。
電話 03-5419-8100
E-mail　info@roken.co.jp



私たちは、老健施設を応援します

全老健の活動を応援する賛助会員一覧（50音順・敬称略）

㈱あい企画
㈱アサツー ディ・ケイ
㈱アサヒコーポレーション
㈱アマノ
㈱アメニティ
㈱ウェルネット
㈱ウエルハーモニー
エコラボ㈱
NDソフトウェア㈱
MSD㈱
エルメッド エーザイ㈱
大塚製薬㈱
オージー技研㈱
㈱オフィスTM
学校法人敬心学園
日本リハビリテーション専門学校
㈱日本公文教育研究会くもん学習療法センター
㈱クリア
㈱厚生科学研究所
酒井医療㈱
サングラフィック㈱
㈱ジェイ・シー・アール
㈱JTB沖縄
シダックスフードサービス㈱
㈱柴橋商会
㈱じほう
㈱社会保険研究所
㈱社会保険出版社
シーユーピー㈱
新日本ウエックス㈱
新日本法規出版㈱
スターフィールド㈱
全国老人保健施設連盟
㈱全老健共済会
㈱損害保険ジャパン
第一保険㈱
大日商事㈱
大和ハウス工業㈱
中央法規出版㈱
㈱提案
東京海上日動火災保険㈱
㈱東経システム
TOTO㈱
東洋羽毛工業㈱
トップツアー㈱
ナガイレーベン㈱
日清医療食品㈱
日東ベスト㈱
㈱日本ケアコミュニケーションズ
日本光電工業㈱
日本電気㈱
ネスレ日本㈱ ネスレヘルスサイエンスカンパニー
パラマウントベッド㈱
㈱ビーシステム
㈱日立システムズ
㈱富士通北海道システムズ・イースト北海道支社
㈱富士データシステム
フーズプロ㈱
フランスベッド㈱
㈱ほくやく
三井住友海上火災保険㈱
ミナト医科学㈱
㈱南日本情報処理センター
㈱明星社
名鉄観光サービス㈱
㈱ヤマシタコーポレーション
ユニ・チャーム㈱
㈲ライズ
㈱リピート
㈱レゾナ
㈱ワイズマン

（平成24年 5 月15日現在）

メールマガジン
e-roken
イー・ロウケン
2012年
5月15日 現在
第188号まで
配信中
URL http://www.roken.or.jp
＜登録･配信に関するお問い合わせ先＞ 公益社団法人 全国老人保健施設協会事務局
TEL：03-3455-4165 E-mail：info@roken.or.jp

編集後記

今年もまた新年度がスタートしました。先日、某短期大学より介護福祉学科卒業生の「私の介護観」というレポートが施設へ送られてきました。その内容を紹介します。

「学校での学びは人としての尊厳を守り日常生活の自立支援を図る。そして予測や根拠をもった介護の実践や客観的な観察能力などから御利用者がその人らしい生きがいのある自律した生活を実現できるように支えていく。

実習からの学びは入所間もないBPSDのはげしい認知症の方が実習期間のたった1ヶ月半の間に多くの職員や他の利用者とのかかわりの中で人間関係を築き施設での生活に少しずつなじんでいく姿に接しこれこそ私がのぞむやりがいのある仕事だと胸が熱くなった。

私のめざす介護はその方の尊厳を重んじその方が望むその人らしい生きがいのある自律した生活を支え、いつでも安心感を抱いていただけるような介護者でありたい。」

こう書かれていました。

政府の推計によると2025年の介護職員の数は、現在の140万人から100万人程度増やす必要があると言われています。そんななか、たった2年間という短い学生生活を通じて、「介護とは？　福祉とは？」を学び、夢ややりがいを感じ、目を輝かせ、慢性的な人手不足のなか、老健施設を職場として選んでくれた新入職員を、先輩職員はどのように包み込んでくれるのか？　少しでも期待に応えるように、寄り添ってくれるのか？

新年度が来るたびに、新入職員の笑顔が気になる今日この頃です。

（上條節子）

月刊 全国老人保健施設協会機関誌

平成24年6月号（第23巻第3号 通巻203号）
定価1,000円（税・送料込）
（会員の購読料は会費に含まれる）

編集発行人―山田和彦　発行所―公益社団法人全国老人保健施設協会
〒105-0014　東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7F
Tel 03-3455-4165　Fax 03-3455-4172
info@roken.or.jp
http://www.roken.or.jp
制作―株式会社厚生科学研究所　Tel 03-3400-6070
デザイン　有田隆行　印刷　慶昌堂印刷株式会社

SOMPO
JAPAN
損保ジャパン
木を植える「人」を育てる。
損保ジャパンでは、全社員がメンバーとなっているボランティア組織「ちきゅうくらぶ」を中心に、地域の自然保護活動など、全国各地で自主的に多彩な環境・社会貢献活動を展開しています。また、損保ジャパン環境財団は、環境NPOに学生を派遣するインターンシップ制度を実施。派遣学生に支給される奨学金には「ちきゅうくらぶ」からの寄付金が活用されています。ひとつひとつはささやかでも、全国各地の活動が枝を広げ、葉を茂らすようにたくさんの「人」が育っています。私たちはこれからも未来を切り拓く「人」を育て続けていきます。
株式会社 損害保険ジャパン
〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 TEL03-3349-3111
http://www.sompo-japan.co.jp

リスクマネジメントコラム

第101回 【4回シリーズ：第1回】
考えよう！ 身近なヒューマンエラー

全老健では、2007年からリスクマネジャー認定制度が制定されています。その認定資格取得のためのリスクマネジャー養成研修Ⅱ期の講義の中から、「ヒューマンエラー」について４回シリーズで連載いたします。

第１回　みかけが似ているリスク

1.なぜボンベの取り違えはおきたのか

昨年の7月にある病院で、酸素ボンベと二酸化炭素ボンベを取り違えた事故があったという報道がありました。手術後病室に戻る際に、患者さんに酸素を投与するために、酸素ボンベを使用するはずが、誤って二酸化炭素ボンベを使用して、患者さんが一時心肺停止状態になったというものです。ではなぜ、ボンベの取り違えはおきたのでしょうか?

二酸化炭素ボンベは、医療現場では手術室などの限られた部署で使用されています。ところが、医療現場でも限られた部署のみで使用されるため、二酸化炭素ボンベの存在を知らないスタッフがいます。皆さんの施設にも、急変時などに使用する酸素ボンベが常備されていて、酸素ボンベはみたことがあると思いますが、二酸化炭素ボンベがあることや、その形状がどのようなものかを知っていますか?

じつは、酸素ボンベと二酸化炭素のボンベのみかけは非常によく似ています。

右の「図1」を見てください。ボンベの色は、医療ガスの規格で「酸素は黒」「二酸化炭素は緑」と決まっていますが、ボンベの形はまったく同じです。

急いでいたり、慌てているなどの状況下で、二酸化炭素ボンベの存在を知らない、ボンベには規格があり色分けされているといった知識がないことが重なり、このような取り違えが誘発されてしまいました。

図１

2.施設内には「みかけが似ているもの」があるか?

日常生活の中でも、みかけが似ていて間違えやすいものが多くあります。

例えば、シャンプーとリンスの容器は、ぱっと見ただけでは、どちらがシャンプーなのか、リンスなのかわかりにくいものです。

介護施設ではどうでしょうか?　ある施設では、漂白剤をペットボトルに入れて、入所者Ａさんの私室トイレに置いていたところ、認知症のＡさんが水と間違って、飲もうとしているところを発見したという事例がありました。漂白剤も水も透明で、みかけが似ていて、さらにペットボトルという飲料水を連想させる容器を使用していたため、間違いが誘発されてしまいました。

また、別の施設では、同じくらいの大きさの２種類の白い錠剤を取り違えてしまったという事例がありました。この事例も、形状と色といった、みかけが似ていたために、取り違えが誘発されました。

このように、日常生活でも、施設内でも、「みかけが似ているもの」があります。「人は間違える」というヒューマンエラーの視点から、自施設には「みかけが似ているもの」がないか、間違えにくい環境づくりを目指して見直してみましょう!

（次号第2回に続く）

東京海上グループは保険での事故対応だけでなく、事故防止の面でも
全老健会員施設の皆様のお役に立つことを目指していきます。

東京海上日動は、1999年度からNGO*をパートナーに、地球温暖化の抑制に役立つマングローブの植林をはじめました。それから10年、「海の森」は5,000haを超える面積にひろがりました。マングローブ「海の森」づくりは、東京海上日動が地球の未来にかけた保険。100年間植林を継続することを目指し、取り組んでまいります。

JOC GOLD INSURANCE PARTNER

*「マングローブ植林行動計画」「財団法人オイスカ」（1999年度～）
「国際マングローブ生態系協会」（2009年度～）

東京海上日動火災保険株式会社
東京都千代田区丸の内1-2-1　〒100-8050
0120-868-100　午前9時～午後8時（平日、土日祝とも）　http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/

POINT 1

通常月請求と月遅・再請求を一括管理

月遅れ請求や返戻・保留の対象者をあらかじめ登録しておくことより、請求モレを防止できます。
また、認定情報が「申請中」のご利用者様は、月遅れ請求対象者として自動的にリストアップします。

POINT 2

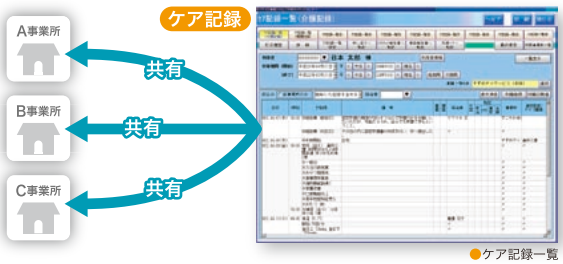
部屋の空き情報を一目で確認

各部屋の空き情報が一目で確認できます。
ケアマネジャー様から短期入所者の空き情報の問い合わせが来た際、簡単に空き情報を確認できます。

POINT 3

ケア記録を法人内で共有

デイサービスやショートステイ、訪問介護など、法人内の各事業所のケア記録全てが共有できます。 ※オプション機能



●ケア記録一覧

※法人内の各事業所で記録しているケア記録を共有し、時系列で確認することができます。
これまで見えてこなかったような変化の気づきにも繋がります。

Smart Progress
Powered by wiseman

介護老人保健施設管理システムSP

おかげさまで 25,000※以上の事業所様にご利用頂いているワイズマンの介護ソフト。
基本機能をさらに磨き、画面・操作性の統一で使い勝手をグンとアップした
「介護老人保健施設管理システムSP」がついにリリースしました。 ※2012年3月現在 当社調べ

平成24年4月
介護保険制度
改正に対応

wiseman
本　社：岩手県盛岡市盛岡駅西通二丁目11-1

●詳しくはHPもしくはフリーダイヤルにてお問い合わせください
0120-442-993
[営業時間] 9時～18時(土日祝除く)
http://www.wiseman.co.jp

おかげさまで導入実績 全国No.1
※2012年3月現在。当社調べ

as human, for human
PARAMOUNT BED

介護現場の声から生まれた
高機能電動ベッド。

CALLISTO
エールシリーズ

3つのPOINT

安全・安心 POINT 1

離床CATCH※
起きあがり・離床をより正確に検知、素早くお知らせします。

ベッドサイドレールとのすき間
ベッドサイドレールなどのすき間にはさまれるリスクが、より低くなるように配慮。

表示機能がついた手元スイッチ
液晶表示で確実な操作と確認。最低床高になっていることを手元スイッチのランプでお知らせします。

※一部搭載していない機種もございます。

自立促進 POINT 2

更に進化したカインドモーション※
スムーズで安定した起きあがりを支援します。

メモリー機能
その人に合わせたポジションで、一旦停止させることができます。

伝い歩きボード※
つかみやすいボードグリップで、伝い歩きをサポート。

足先の角度切換機能
入居者の足のむくみ軽減に活用できます。

負担軽減 POINT 3

高さ調節機能
最高床高63cmで介護する方の腰の負担を軽減します。

ベッド動作速度切り替え機能
場面によってベッド動作の速度を2段階から選べます。

目的に合わせ用意された豊富な組み合わせ
一人ひとりに適したケアを実現するために、ベッドはもちろんのことオプション製品も豊富にラインナップしています。

パラマウントベッド株式会社　本社 〒136-8670 東京都江東区東砂2丁目14番5号 ☎(03) 3648-1111 (大代)

東京営業部 ☎(03) 3648-1171 (代)
札幌支店 ☎(011) 271-1181 (代)
仙台支店 ☎(022) 217-7311 (代)
さいたま支店 ☎(048) 852-0707 (代)
横浜支店 ☎(042) 795-8800 (代)
名古屋支店 ☎(052) 963-0600 (代)
大阪支店 ☎(06) 6443-8791 (代)
広島支店 ☎(082) 293-1311 (代)
福岡支店 ☎(092) 461-1131 (代)

製品の最新情報はホームページでご覧ください。http://www.paramount.co.jp