

# 老人保健施設に関する報告書

## 昭和62年度 医療システム研究委員会報告

昭和63年1月

日本医師会 医療システム研究委員会

### 1. はじめに

#### 1.1 本委員会での検討の経過

昭和61年12月に老人保健法が一部改正され、老人保健施設が制度化された。しかし、この実施にはまだ多くの未解決の問題が残されているため、昭和62年初めより本委員会はこれらの諸問題について検討を行った。本委員会は既に昭和60年に「中間施設について」報告書を発表しているため、まずこれを出発点とし、その後の状況を勘案しつつ審議を進めた。検討の過程で、学識経験者の方から意見を戴き、参考にした。ここに御協力いただいた方に感謝の意を表するものである。ただし、ここに発表された報告書の内容の責任は本委員会にあることはいうまでもない。

委員会における討議に加え、昭和61年に設置されたモデル施設に対しては、委員が手分けして全ての施設を訪問し、その実状を調査した。これらのモデル施設の方々に対しても衷心より御礼申し上げる。また、各地域医師会のこの問題に対する取り組み方についても、委員を介して出来るかぎり資料を収集し、検討の参考にした。

老人保健施設は、まだ流動的な面があり、今後も継続して検討を加えていく必要があると考えられるが、全ての状況が確定してしまう前の現段階において、意見を発表しておくことは意味のあることと考えて、この報告書を発表するものである。

#### 1.2 本報告書の構成

本報告書では、まず第2章において、老人施設に関するこれまでの経緯を要約した。第3章は、老人保健施設について現在までに明らかになっていること、決定されている事実をまとめて記した。老人保健施設については、多くの意見が発表されているが、ここでは重要な事実のみを記した。第2章と第3章は、老人保健施設についての言わば解説であって、本委員会の意見ではない。

第4章は、本委員会が行ったモデル施設の調査の概要である。ここでも事実のみを客観的に記してあるつもりであるが、調査の期間などに限界があったことも否めない。これらのモデル施設については、他にも資料が発表されているので併せて参考にしていただければ幸いである。

第5章と第6章は、本委員会の老人保健施設に対する意見である。老人保健施設について、既に十分な知識をもっている方は、この第5章から、読んでいただいてもよい。

第7章は、現在各地域医師会で老人保健施設に対して検討されている対応をまとめて記したものである。

### 2. 老人保健施設に関するこれまでの経緯

#### 2.1 昭和60年の本委員会の報告書の概要

老人保健施設（いわゆる中間施設）については、医療システム研究委員会はこれまでも大きな関心を持ち、既に昭和60年7月に「中間施設について」という報告書を発表した。（当時の委員長 佐野正

人)この当時は、老人保健審議会などで老人保健制度の見直しが討議されており、この中で中間施設の必要性が議論されていたが、その具体的な内容はまだ明らかではなかった。このような状況の中で、報告書「中間施設について」は、1) 中間施設は地域包括医療システムの中で考えるべきで、そのためにはプライマリ・ケアを担当する医療担当者がその対策の要となるべきであること、2) 中間施設は機能面や対象者を中心として定義づけられるべきこと、3) 医療に関する費用は社会保険に関する出来高払いによるものとし、介護費用、入所費用は所得に応じた一部自己負担とすること、4) 入所基準をルール化し、入退所には医療担当者の意見をきくこと、5) 中間施設は医療法の中で規定すること、6) 一般病床から中間施設への転用は各医療機関の自由選択に任すべきこと、など提言した。

## 2.2 その後の経過

(老人保健法一部改正案の成立まで)

この中間施設の討議は、主として厚生省健康政策局の中に設けられた「中間施設に関する懇談会」の中で進められた。この報告を踏まえて、厚生省は昭和61年度にモデル施設による試行と検討を行うことになり、施設整備費および運営費が予算化された。

これに併行して、法令の上での中間施設の位置づけについても検討が進められ、厚生大臣は昭和61年1月に老人保健審議会と社会保険制度審議会に老人保健法の改正案を諮問し、2月にその答申を得た。この答申の中で、中間施設は初めて「老人保健施設」として老人保健法の中で位置づけられることとなった。

この改正案に対し、日本医師会は「中間施設は医療施設の一環である」という基本的な考えから、「老健施設に関する見解」を発表し、その中で、1) 審議会の構成を改めるべきこと、2) 老健施設は老人保健法でなく医療法の中の規定とすること、3) 管理者は医師とすること、4) 療養費については中央社会保険医療協議会で図るべきことを主張した。

老人保健審議会の考え方は、老人保健法等一部改正案として昭和61年2月国会に提出された。この法案は一旦廃案となったが(6月)、9月11日からの臨時国会に原案のまま再提出された。

一方、同年2月、自由民主党社会部会に設置されていた「老人保健施設小委員会」は日本医師会などから見解を聴取し、厚生省はこれに回答を提出した。この中で委員構成の変更を求められていた老人保健審議会については、審議会内に「老人保健施設部会」を設置することになった。また衆議院社会労働委員会において、厚生省は老健施設療養費に関する定額方式(療養費部分 20万円、自己負担 5万円)の方針を打ち出した。

国会における審議は、衆議院の社会労働委員会における審議の後、一部修正及び付帯決議を行って衆議院で11月22日に可決された。その後、衆議院での審議を経て、昭和61年12月19日老人保健法改正案は成立し、22日公布、昭和62年1月1日から施行となった。

この審議の過程で、日本医師会も上に述べた主張を強調したが、この修正において施設療養費の額及び医療に係わる運営基準を中医協の審議事項とすることが規定され、また付帯決議として、老健施設を次の医療法の改正時に医療法の中で位置付けること、その適正配置について検討することが強調された。

日本医師会は法案成立と同時に全国医師会長会議を開き、老健法改正内容を説明し、患者一部負担に不満は残るものの一応評価できるとした。但し、改正老健法は多くの検討規定が付帯決議に盛り込まれたことで、残された問題が少なくないことを指摘している。

## 2.3 その後の経過

(老人保健法一部改正案の成立後)

厚生省は昭和62年2月に老人保健施設モデル事業の対象となる7施設を別表のように決定した。これらモデル施設での実績を踏まえて、施設、人員、運営基準の策定について、昭和62年5月老人保健審議会の中に設けられた老人保健施設部会で審議が続けられた。その結果、同審議会は、昭和62年11月「老人保健施設の施設・人員・設備・運営に関する諸基準」を答申した。なおモデル施設の運営に関しては、昭和63年1月に報告書が発表されている。

また、昭和62年1月に発足した「国民医療総合対策本部」は6月に中間報告を発表したが、その中で老人医療の今後のあり方に注目し、医療費の増大を

警戒しつつ、社会的入院に対して老健施設におけるケアの推進をはじめ、老人の様態に応じたケアの必要性を指摘している。日本医師会は医療の質を確保することにに対し認識を欠くものとして、中間報告そのものを厳しく批判する見解を公表している。

昭和62年12月、昭和62年度の施設整備費補助対象施設として、新たに72カ所の老人保健施設が指定された。（その後追加指定があり、76カ所になった。）

### 3. 現時点において老人保健施設に関し明らかになっていること

ここで、現在までに老人保健施設に関して明らかになっている重要な事実をまとめておくことにする。

#### 3.1 老人保健施設の法律上の位置付け

老人保健施設は、老人保健法第6条、第4項において、次のように定められている。

『この法律において「老人保健施設」とは、疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人（その治療の必要の程度につき厚生省令で定めるものに限る。）に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第46条の6第1項の都道府県知事の許可を受けたものをいう。』

但し、昭和61年12月18日の参議院社会労働委員会の付帯決議に次の条項がある。

『7. 老人保健施設については、高齢化社会におけるその需要に緊急に対応する観点から、老人保健法上の施設として位置づけられたものであるが、政府は今後老人保健施設を含めたいわゆる中間施設の在り方について、医療法上における適正な位置づけ、及び、その適正配置に関する方策について速やかに検討を加え、必要な法制整備を図ること。』

#### 3.2 基本的考え方

昭和63年1月4日、「老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準」が省令として交付され、1月20日から施行されることになった。これは老人保健審議会の昭和62年11月の答申をそのま

ま条文としたものである。それによれば、

『老人保健施設は、今後の要介護老人対策の要となる施設として創設され、営利を目的としない運営が行われるべきものである。この施設運営の在り方としては、要介護老人の多くが住み慣れた家庭での生活を送ることを望んでいることに鑑み、その自立を支援し、家庭への復帰を目指すものでなければならない、また、生活の場としての環境の下で家庭や地域社会との結びつきを維持しながら、デイ・ケアや短期入所ケアなども含めた療養生活を送れるようにすることが必要である。』

#### 3.3 入所対象者

全国老人保健主管課長会議（昭和61年12月22日）の資料の中に次の文章がある。

『病状安定期にあり、入院治療する必要はないが、リハビリテーション、看護・介護を中心とした医療ケアを必要とする寝たきり老人等』

#### 3.4 設 備

昭和63年1月の厚生省令第一号に次のような規定がある。

『療養室、診察室、職能訓練室、談話室、食堂、浴室、レクリエーション・ルーム、サービス・ステーション、調理室、洗濯室、汚物処理室、洗面所、便所が必要。療養室は1室あたり4人以下、1人床面積 8平米、廊下の幅1.8米以上、中廊下は 2.7米以上。（但し病室を転換した場合は1人当たり床面積 6平米、その他 廊下の幅などについても緩和規定がある。）』

#### 3.5 人員の基準

上記の省令に次の規定がある。

『入所者100人につき医師は1人以上、ただし病院併設の場合は兼務も可。看護・介護職員は、看護婦 8人以上、看護職員 20人以上、相談員 1人以上。』

#### 3.6 費用負担

現在、中医協において審議中であり、確定していないが、これまで厚生省が示唆しているところによれば、老人保健拠出金1人月額 20万円、個人負担5万円程度と考えられる。

老人保健モデル施設の概要

所在地	(社福)晴山会 「晴山苑」 千葉市花島町 35人 昭和62年8月(予定) 特養併設型・新築	長野県厚生連「佐久 総合病院老健施設」 南佐久郡臼田町 30人(通所併有) 昭和62年7月16日 病院併設型・新築	(社福)青山里会 「小山田老健施設」 四日市市山田町 30人(通所併有) 昭和62年6月1日 特養併設型・改修	(医)河崎会 「希望ヶ丘」 貝塚市水間 30人 昭和62年6月1日 病院併設型・改修 (病棟転換型)	日赤兵庫県 十字病院老健施設」 兵庫県多可郡中町 22人 昭和62年4月1日 病院併設型・改修 (病棟転換型)	(医)社団青寿会 「武久病院老健施設」 下関市武久町 32人 昭和62年5月1日 病院併設型・新築	(医)共和会 「伸寿苑」 小倉北区篠崎 50人 昭和62年4月15日 病院併設型・新築
併施設	特養「晴山苑」(105) デイサービスセンター	佐久総合病院(991)	特養2施設(140;100) 経費A・B型(50;50) デイサービスセンター 身障者療護施設(50) 小山田記念温泉病院 (300)	水間病院(537)	中町赤十字病院(100)	武久病院(388) 特養「寿海荘」(130) 経費A「福海苑」 (100)	南小倉病院(200) 老人デイケアセンター 「託寿館」
協力医療機関	平山病院	同上	同上	同上 河崎病院	同上	同上 済生会下関総合病院	同上
利用料		月額共通 45,000円	月額共通 41,700円	月額共通 35,000円	月額共通 35,000円	月額共通 38,000円	月額共通 42,000円
延面積 (専有部門)	1142.3㎡	886.6㎡	984.2㎡	643.8㎡	614.4㎡	706.6㎡	1238.1㎡
主な施設 (療養室)	4人室(5)33.0 2 (5)18.2 1 (5)14.9	4人室(6)33.6・40.4 2 (3)17.4	4人室(6)33.9・35.3 2 (1)22.8 1 (4)10.9・12.4	4人室(2)33.0 3 (4)20.2 2 (4)15.1 1 (2)11.5・15.6	6人室(2)47.9 4 (2)30.3 2 (1)13.8	4人室(8)33.0	4人室(12)32.3・34.9 1 (2)10.1・30.2

#### 4. モデル施設の調査

既に述べたように、昭和61年度に厚生省は全国で7カ所の施設を老人保健施設のモデル施設として指定し、これらの施設の運営の実績に基づいて今後の老人保健施設のあり方を考えていくとした。この意味で、これらのモデル施設の実態については、本委員会としても関心を抱き、調査を行うこととした。

この調査は、昭和62年6月から8月にかけて委員1~3名が分担して各施設を訪問し、開設者の協力を得て行った。その調査施設は別表に示す通りである。

モデル施設の設置主体は、公的病院が2カ所、医療法人3カ所、社会福祉法人2カ所であり、社会福祉法人が設置したものは特別養護老人ホーム併設型である。

これらのモデル施設に共通していることは、開設者が老人医療に対し意見をもち、新しい医療施設の在り方について熱心に模索していることであり、委員一同は感銘を受けた。また、いずれの施設も与えられた基準の中でよいケアを行おうとすると、費用や人員の点に限界があり、共通の悩みを訴えていた。この解決策として、施設の規模をある程度大きくしていき、規模のメリットを追求することに求めようとしているように思われた。

これらのモデル施設を入所者の面からみると、約半数がこれまで老人病院や特別養護老人ホームに入っていた老人であり、単に收容されている建物の名称が変わったに過ぎないような印象も否めなかった。(その後発表された報告書によれば、302人の入所者中131人が併設の施設から移動したものである。)本当の意味での「中間施設」、すなわち、病院と家庭との中間として機能している場合は稀にしか見られなかった。(上記の報告書によれば、91人の退所者中34人が家庭に帰っているが、この大部分は公的病院併設の施設の退所者であり、他の施設では併設の医療機関に戻ったことが推測される。)これは、モデル施設が、開所してから短期間であることにも起因していようが、それ以上にこれらの施設が、「病院」、または「特別養護老人ホーム」という收容型の施設に併設されたものであることによるように思われた。例えば、これらの施設の多くは、必

ずしも「家庭」の近くにはなく、家庭との橋渡しになるには、そもそも地理的に困難があるように思われた。

#### 5. 本委員会の考え方

以上に述べた検討を経て、本委員会は老人保健施設について以下のように考える。

##### 5.1 老人保健施設とは何か？

今後高齢化社会を迎えるに当たって、多くの要介護老人が出現することは、既に指摘されている通りである。この時、これらの要介護老人に対し、社会がどのように対処していくかについては、基本的に二つの考え方がある。即ち、第一はこれらの要介護老人を社会から隔離し、一般社会から離れた所に收容するという考え方である。これに対し、第二の考え方は、これらの人々を一般社会で受け入れ、できるだけ家族と共に、または家族に近い場所で生活させるという考え方である。

第一の考え方は、現代版の「姥捨て山」の考え方であり、人間社会のあり方として当を得ていないことは、今更いうまでもないであろう。しかし、第二の考え方を進めて、これらの要介護老人の世話をすべて家族にまかせることも、現代の社会では不可能となっている。

その理由は、子供の数が少なくなり、平均寿命が延長した結果、四世代が同居し、1家族が2人以上の要介護老人をもつ可能性が高くなりつつある。また、主婦が外に働きにでたり、世帯主が転勤となり、単身赴任するという場合も稀ではなく、このことも家族に要介護老人の世話をすべて任せることの困難さを助長している。すでに病弱になった70代近い老人が80代の親め面倒をみているという姿も現実になっており、この傾向が進めば、家庭の崩壊につながる恐れもある。

しかし、このような困難があるからといって、第一の「老人を收容する」という考え方に傾くのではなく、上記の条件を認めた上で、できるだけ第二の考え方に近い道を探るのが本来の考え方であろう。

「老人保健施設」とはまさにこのような発想から、多くの期待をもって生まれたと考えられる。事実、すでに述べたように老人保健施設審議会の答申(昭

和62年11月)にも、その理念として、「要介護老人の多くが住み慣れた家庭での生活を送ることを望んでいることに鑑み、その自立を支援し、家庭への復帰を目指すものでなければならず、家庭や地域社会との結びつきを維持しながら、デイケアや短期入所ケアなども含めた療養生活が送れるようにする」という記載がある。

もし、老人保健施設が、上記の考え方をとるとすれば、その当然の帰結は次のようになる筈である。

(1) 家庭の近くに「老人保健施設」が存在しなければならない。

仮に老人がこれらの施設に「収容」されていたとしても、可能であれば、週末は家族と共に過ごしたり、また夜は家庭に戻れるような形態でなければならない。そのためには、家庭の近くにあることが必須条件となる。

(2) 地域社会と密接な関係にならなければならない。

地域の様々な活動は、都会であっても最近はかなり活発に行われるようになってきている。老人クラブや婦人クラブの活動、小学校や中学校の行事、地域の冠婚葬祭などは地域の人々の交流の場として機能している。老人保健施設もこのような地域活動の中に組み入れられて運用されれば、そのイメージは正に「明るい、家庭的な」ものとなる筈である。

(3) かかりつけの医師(以下主治医という)と密接な連絡がとれるようになっていなければならない。

要介護老人には、必ず主治医がいる筈であり、仮に主治医が常時老人を診療する必要がないとしても、通常の時も、常に連絡を保てるようにしておくのが、本来の医療の姿である。老人保健施設の利用も、主治医と相談した上で、これを利用することが本来の姿である。老人に対するケア(医療および介護等を含む)は、たとえ老人が病院にいても、また家庭にいても、一貫性をもって行われるべきであり、まして老人保健施設にある時は、家庭の延長として、家庭に帰った時の状況をも想定しつつそのケアが行われるべきである。

このことは別な言葉で言えば、老人保健施設が在宅医療の変型または延長として考えられるべきであるということである。老人保健施設が老人病

院を安価な形に変型したものであってはならない。

以上述べてきた基本的考え方からすると現在作られようとしている老人保健施設に対しては大きな危惧の念を禁じざるを得ない。その最大の問題点は今の老人保健施設が収容所型のものとなってしまっていることである。審議会は「明るい、家庭的な老人保健施設」をうたっているが、実態は、それとは全く逆のものとなっている。今の方向は一言で表現すれば、大病院併設、収容型、遠隔地隔離の老人保健施設の方向であり、これは正に「姥捨て山」思想の具現の方向である。老人保健審議会施設部会の報告では、色々な基準を設け、廊下の幅や部屋の広さを規定している。これらの基準が不必要とは思わないが、これらの基準によって「家庭的で明るい」雰囲気施設になると考えるのはあまりにも単純な考え方といわざるを得ない。家庭的な雰囲気は、家庭と密接な連絡が保てることによって初めて達成されるものであることを銘記するべきである。

また、この報告書は運営基準に関連して、市町村や協力病院との連携の重要性をうたっているが、老人のケアにとっても何にも増して重要なことは、主治医との連絡の筈である。しかし、この中には、それに対する記述は全くない。このことは次のような例を考えてみれば明白であろう。

老人保健施設に入所している老人は、慢性の疾患をもっていることは十分に考えられる。例えば、高血圧、糖尿病、冠疾患、肝臓疾患などである。これらは、安定期といえども定期的な注意深い診療に基づく投薬などが必要である。(昭和61年度のモデル施設の運営報告書によれば、302人の入所者中153人が循環系の疾患を持っているし、それ以外の老人も継続的な医療を必要としていることが推測される。)これらの診療が、通常地域の主治医によって行われていても、今の制度によれば、この老人が一時老人保健施設に入所すると、この期間はこの主治医の手を離れてしまうことになる。老人保健施設の医師は今の基準では、100人に1人とされているが、この医師が数日に1回これらの処方箋をすべて書くのであろうか? また、仮に通所してくる患者については、この処方箋は誰が書くのであろうか? これらの治療は老人保健施設に入所中も、従来の主治医が行うのが最も患者のためになることは、誰の

目にも明らかである。地域のプライマリ・ケア担当医師との連携なしには、老人保健施設はありえない筈である。

## 5.2 医療システムの中での老人保健施設の位置づけ

日本医師会はこれまでも老人保健施設を医療法の中で位置づけすべきことを主張してきた。老人に対する医療や介護は一つのシステムとして考えるべきであり、これに関与する各機関も相互に関連した役割を持っている。老人保健施設もその中の一つとして、病院や診療所、家庭との関連において存在しているのである。しかし、現在では、例えば老人病院にしても上記のような意味でその役割を定められているのではなく、単に経済的な観点から定義されている感がある。また、地域医療計画の策定を推奨しながらも、こうした各医療機関や在宅医療の役割分担や費用負担の原則も不明確なまま残されている。

老人保健施設が医療システムの中での役割を不明確にしたままで、単に施設の規定や基準を作ることのみに終わるならば、これらのあやまちを再び繰り返すことになるであろう。

## 5.3 モデル施設

厚生省は昭和61年度に老人保健施設のモデルとして7つの施設を選定し、この経験に基づいて今後の老人保健施設を考えていこうとしている。しかし、選定されたモデル施設は「モデル」とは全くいい難いものである。これらの施設の老人保健・医療に対する努力は高く評価するに値するが、このモデルの上に老人保健施設を考えることは、あまりにも危険が大きすぎる。

このモデルがどのようにして選定されたかは不明であるが、老人保健施設の理念を考慮することなく、比較的モデルになり易い所を選定して、これらの施設が作られたように思われる。「モデル」とは、そもそもあるべき理念に最もふさわしい所でなければ意味はない。ところが、これらの施設の中には上にあげた理念を実現するためのモデル施設は皆無といっても過言ではない。これらのモデル施設のイメージの下に他の施設が建設されていくことは絶対に避けなければならない。

## 6. 今後あるべき老人保健施設

あるべき老人保健施設は、一言でいえば、プライマリ・ケアを基盤として、家庭近接、小中規模の老人保健施設であろう。ここでは通所型の施設は収容型の施設と共に、またはそれ以上に重要である。これは現行の大病院併設、遠隔地、大規模な収容施設の方角とは全く異なった方向である。

### 6.1 運営形態

すでに述べた通り、老人保健施設は地域医療の中の重要な一要素である。従って、これは地域医療の一環として考えるべきものである。地域医療の中核はプライマリ・ケアであるから、その施設はその地域の住民に「開いて」いると同時に、プライマリ・ケアを担当する医師、即ち、要介護老人の主治医に対しても「開いて」いるものでなければならない。

この基本原則を言い換えるならば次のようになる。すなわち、老人保健施設は、老人が将来家に帰った時も、医療や介護等が継続的に受けられる形態になっていなければならない。老人保健施設に入所すべき要介護老人は、全て主治医をもつことが当然であるが、それらの人々の手を離れて老人が保健施設に入るのでは全く無意味であるからである。この基本原則に従えば、老人保健施設の運営形態は、次の形態のいずれかでなければならない。

第一は、地域のプライマリ・ケアの中核として医師会病院がある所は、医師会病院併設にし、医師会病院の登録医が継続的にその老人の責任を持つ形態である。第二に医師会病院のない所は、医師会の運営する独立の老人保健施設とする。ここでは、医師会員を登録医とし、これらの医師が老人が施設にある時も、必要があればその医療の責任を持つようにする。第三に、地域の病院がオープンシステムをとり、プライマリ・ケアの中核病院として機能している時は、老人保健施設もこれに併設する形態とすることも可能であろう。しかしこの時も、運用の上で最も重要なことは、この老人保健施設が主治医になるべき人に対して、開いてなければならない点である。第四は、小規模の病院や診療所などが、「かかりつけ」の老人を対象として老人保健施設を設置する形態である。この場合、有床診療所の施設の一部

を転換して、老人保健施設とすることも考えられる。これらの四つの形態のいずれかをとることによってのみ、老人保健施設は「家庭や地域に密着した」施設となり得るであろう。いずれの場合も収容施設とともに通所型機能を併せ持つべきことは当然である。

以上の観点から現在のモデル施設をみる時には、老人病院に入院していた患者が、単に「老人保健施設」と名前の変わった所に移動したに過ぎない場合も多い。これでは「中間」施設の意味はない。病院を離れた老人は主治医のもとに一度帰り、その上で主治医の判断で上記のような形態の老人保健施設を利用すべきである。

## 6.2 立地条件

老人保健施設の数、できるだけ、家庭に近い所に小・中規模のものを沢山設置すべきである。その数としては、理想的には小学校の数と同じ程度と考えるべきであろう。この数を実現するためには、医師会病院や公的オープン病院併設のみでは十分な数ではない。従って、医師会の指導の下に、私的医療機関や、有床診療所に余裕があれば、その施設を転換して老人保健施設とすることも適当と考えられる。

## 6.3 設置基準

これまで、老人保健施設に対する設置基準が発表されている。これらの基準は収容型の大規模施設に対しての基準であって、本来の老人保健施設を考えると、あまりにも一律の考え方に立ったものである。重要なことは、上記の原則であって、基準ではない。基準は上記の原則に従ってさえいけば、柔軟なものであってもよい筈である。狭くても「家庭的で明るい」施設はいくらでも考えられる。

## 6.4 地域との交流

上記の条件が満足されれば、地域との交流も自然に行われるであろう。例えば、小学校の行事に、老人保健施設の比較的元気な老人が招待されたり、また逆に小学生が、文化祭などの時にその催物をもって、これらの施設を訪問したりすれば、社会を知る上での教育的効果も大きなものがある。老人保健施設と幼稚園または小学校が隣接していると効果が

あると言われるのも、こうした理由からである。

日本ではボランティア活動が育たないといわれるが、このような活動も、環境に左右されるものである。上記のような環境があってはじめて、地域の人人もこれらの施設に関心を寄せるようになり、ボランティア活動も生まれるのである。

## 6.5 費用

現在の支払方法では、経費は1人の老人に対し定額の補助が施設に対してのみ支払われこれに自己負担分を合わせて老人保健施設が運営されることになっている。この考え方は正に収容型の老人保健施設を想定したものであって、到底納得し難いものである。中間施設としての老人保健施設のあり方としては、収容型も時には必要であろうが、本来の姿はむしろ通所型の老人保健施設にある。しかし、現在の支払方法はこうした通所型に対しては、全くあてはまらない筈であるが、これに対する原則は示されていない。

繰り返しになるが、老人保健施設はプライマリ・ケアの協力の下に老人の「ケア（医療と介護の両者を含む）」を行っていくのでなければ意味がない。費用は「ケア」に対して支払われるべきであって、「収容」に対して支払われるのではない。しかし、現在の支払方式では、老人が老人保健施設にある間は、プライマリ・ケアを担当する主治医が如何に協力してもこれに対する報酬を支払う方法はない。

そもそも、経費の支払の方法としては、原則的には一人の要介護老人に対し、費用が支払われるべきである。老人保健施設に要介護老人がいる時も、そ

医療の費用	全て病院へ支払	主治医へ	医療の費用	主治医へ	
介護等の費用		施設へ支払	介護等の費用		家庭で負担
生活の費用			生活の費用		
老人病院	老人保健施設	在宅医療			



の老人の医療の責任は主治医にあるべきであり、主治医が医療を行うのであるので、当然それに対する報酬は主治医にも支払わなければならない。このことは、既に多くの所で提案されている医師に対する報酬と施設に対する支払を分離する考え方であり、この同じ考え方が老人施設においてこそ実現されるべきなのである。このことを図示すれば以下のようになる。

## 7. 老人保健施設に対する各地域医師会の対応

老人保健施設に対する地域医師会の関心は次第に高まりを見せている。今後の老人医療において老人保健施設の果たす役割の大きさを考える時に、この傾向は歓迎すべきである。ただ、やや残念に思われることはこの関心の高まりが1年早くあって欲しかったことである。昭和61年度に設置されたモデル施設には、ここに述べたようなあるべき姿の老人保健施設が一つもないが、もしこの中に地域医師会の中からでてきたモデル施設が一つでもあれば、老人保健施設の今日のイメージはかなり異なったものになっていたようにも思われる。

しかし、現在構想されている地域医師会の老人保健施設は、まさに今後のあるべき施設の姿を示しており、今後この実現に向けて日本医師会としても努力を傾けるべきであろう。ここではこうした地域医師会の実践や構想の中から、大阪府、松山市、熊本県、東京都渋谷区および東京都三鷹市の例をあげる。この中の東京都の二つの例は老人保健施設ではないが、機能的には今後の老人保健施設を考える上で大きな示唆を含んでいるので、ここに一緒に記することとした。この他にも構想中のものはあると思われるので、今後も継続して相互に経験を交流することが必要であろう。

### 7.1 大阪府 大都市における老人保健施設

大阪府医師会は、「大都市における老人保健施設設立のための具体的提案」を日本医師会に提出した。この中で自由開業医制度を軸に21世紀の地域医療を展望するためには、家庭医機能を具備した老人保健施設が必要であるという考えを基本に老人保健施設のあり方を、1) 在宅ケアをサポートする、2) 医師会員全員が登録医として支援する、3) 施設

での治療は主治医である登録医が行う、4) 第三セクター方式等活力ある運営、5) 地域内病院、救命センターを含む公私病院群をネットした二次、三次構想システムと老健施設間の連携、6) 地域における実践的研修・教育活動の拠点化などを提唱した。また、これらが可能になるような診療報酬や施設基準の設定を要望している。

この考え方を基盤に、大阪府医師会及び大阪府・大阪市の3者で構成する大阪における老健施設検討委員会が、大阪市南区内に都市型・在宅サポートタイプの老健施設の設置を決定し、具体的な検討を開始した。

大阪では施設基準の問題により病院からの老健施設への転換は困難であり、病院が過剰であるということから医師会病院型の施設も現実的ではないとしている。従って、デイケア、ショートステイが可能な往診施設的な施設を考えており、空床の多い有床診療所の転換を進める考えと言える。また、大都市における小中学校の施設転用等新しいアイデアを出しており、行政とタイアップした在宅ケアを重視したオープンシステム型の老人保健施設の構想として注目される。

### 7.2 松山市 医師会病院型老人保健施設

松山市医師会では医師会病院の建設の計画を変更して、300床の医師会立老人病院とし、その中に30 - 100床程度の老人保健施設を併設する予定となっている。

公設民営型であるが、医師会主導型であり、補助金を導入して医師会員には負担がかからないようにする計画となっている。老人病院、老人保健施設ともにオープンシステムであり、老人保健施設へ主治医が紹介し、主治医が治療の責任を持つという内容である。

### 7.3 熊本県 ネットワーク構想

熊本県健康センターをキーにしたネットワーク構想で、地区医師会と県医師会がタイアップし、老健施設連合会といったものを作ることを目指している。県医師会にこの本部を設置し、医療産業の進出の排除に努め、各施設の円滑な運営を図ることとしている。連合会傘下の施設は県医師会を窓口としてセンターを利用可能とする。なお、医師会立のセン

ターは生涯教育の場など会員の拠りどころとする。  
現在、老健施設の開設希望者の三分の二は医師ではなく企業及び福祉経営者である。従って、開設は、医師であること、施設開設の費用は全額自己資本でなければならない。行政と医師会で無理なく経営できると判断できたものでなければならないなどを条件にする方針である。

#### 7.4 東京都渋谷区 老人ケアセンター

渋谷区では、昭和62年4月に老人ケアセンターを福祉施設として、医療部門は全面医師会委託の形で開設した。その内容は現在討議されている通所型の老人保健施設に似ており、老人保健施設のあり方を考えていく上で大変参考になる。老人保健施設ではないが、ここに特に記す。

昭和56年4月、渋谷区では保健所移転後の跡地を老人福祉施設として活用することとし、学識経験者、区議会議員、医療担当者、区民代表で構成する「渋谷区老人ケアセンター準備会」を設置して、会長に医師会長を委嘱した。

当時、渋谷区の65歳以上の人口の区民に対する割合は、9.3%であったが、このうちの約10%はひとり暮らしの老人であり、寝たきり老人も1,000名に及ぶと推測された。

準備会は、こうした老人に伴う諸問題の解決には、老人の生活全体に着目した個別サービスが必要であり、その提供は、地域住民の理解のもとに、地域社会の責任によって行うべきであると結論した。また、誰もがいつかは老人になることを考え、老人扶養の区民意識を確立することの必要性を強調した。

準備会はこの基本理念にたって、収容機能を持つもの、通所利用に重点をおくものの二つのタイプの老人施設を検討した。その結果、渋谷区のような地域では、身体機能の欠陥に悩みながら在宅ケアに耐えている老人に、一般社会や家族から隔離することなく保護的サービスを提供する施設としてのケアセンターが適当であると結論した。この場合ケアセンターが特別養護老人ホームなどに併設する必要はなく、併設すると利用老人が却ってそのムードにのめりこむ危惧さえあると言及している。以上により、在宅ケアと家族扶養の援助にしばり、通所利用施設にショートステイを配するというケアセンターのあ

り方が策定された。

具体的には、1) 日常生活活動の比較的保たれている老人には、社会性を持たせることを目標に、機能回復訓練、入浴サービスなどのデイサービスと、その効果を高めるためのショートステイを行う。2) 日常生活活動の極度に低下した老人に対しては、ケアセンターを訪問者護、出銭入浴サービスなどのベースキャンプとして機能させ、ボランティアの育成も図る。3) 健康な老人にも社会参加の意味でケアセンターの運営への参加を積極的に呼び掛け、福祉活動実践の機会を提供する。

渋谷区老人ケアセンターの開設に当り、渋谷区は渋谷区医師会に医療部門を全面委託した。これを受けて、医師会は連日会員1名を交代制で午後1時から4時まで派遣した。また、入所者の急変などに対しては、後方機関として会員病院に空床を確保しておく。更に機能訓練士を医師会に雇用して、センターに勤務させるなど支援体制をとっている。

#### 7.5 三鷹市 ケアセンター

このセンターも老人保健施設として開設されたものではないが、今後の老人保健施設のあり方を考えていく上で参考になるのでここに記す。

三鷹市には古くから社団法人鉄道弘済会の軽費老人ホームがあったが、これに特別養護老人ホームが併設された。その際に市の補助金を受けて通所型のリハビリテーションを主としたケアセンターを併設した。それと同時に、やはり市の補助金を受けて、痴呆老人の病室を作り、痴呆老人を収容する筈であったが、これは全く市として利用できず、特別養護老人ホーム専用になってしまった。その代わりショートステイの施設を利用でき、一週間を限度に多少の痴呆老人も預かるようになった。

一方、国鉄病院を退職した医師の集まりである鉄道弘済会経営の医療団が特別養護老人ホーム建設の際に附属の診療所をオープンした。この診療所は外来患者を取らず、特別養護老人ホームの患者のみを診療することとした。以上のような条件でケアセンターが運営されており、これに伴う赤字は全額市が負担しているが年間数億円になる。

医師会としてはこれを通所する老人は市内在住の人であり、それぞれ開業医を主治医として持っている人達である。通所の際には主治医の許可証を必要

とするし、ショートステイも簡単な病状書を提出し、通所の申込みをする。有病老人であるので、医療はすべて主治医により行われ、ただ所内における救急の場合のみ付属診療所の医師が対応することとして運営されている。

このような運営方法をとっている理由は付属診療所の医師により通所の老人が診療を受けると、このセンターに通所する時点で、地域の主治医と縁が切れてしまい、本来の地域医療のあり方に反し、又、付属診療所の医師は往診もしないので、有病老人にもマイナスであるという理由による。

## 8. 終わりに

これまで、老人保健施設についての動きを解説

し、これについての医療システム研究委員会の意見を記した。新しい医療施設の形態である老人保健施設を、日本の医療に真に役立つようにするために、医療担当者は今後も大きな関心を払い、その健全な発展に貢献していくことが責務であると考え。医療システム研究委員会としても、今後もこの発展を見守り、機会があればまたその意見を発表したいと考えている。

\* 岩崎 栄 厚生省病院管理研究所医療管理部長，  
日本医師会病院委員会委員