

バイオフィリア・リハビリテーション学会

# 「希望の革命始まる」講演会

---

在宅療養推進における

老人保健施設の機能

～終末期の経口摂取も含め～

全老健名誉会長 川合秀治

---

なぜ、老人保健施設が必要であったか

---

知っていましたか？

「中間施設に関する懇談会」

---

# 中間施設に関する懇談会中間報告

昭和60年8月

---

- 「…人口構造の高齢化に伴い、今後大幅な要介護老人の増加が見込まれており、そのニーズも多様化してきている…」
  
  - 「多様化するニーズに的確に対応したサービスが、量的にも、質的にも確保されるよう、将来への展望を踏まえ計画性に基づいた施策が推進されなければ…」
-

# 老健施設が必要になった歴史

---

## 戦後社会保障制度の黎明期

昭和20年代後半

福祉制度の整備→福祉諸法成立

昭和30年代

医療制度の充実→国民皆保険制

---

その後、一般社会では

---

# 高度経済成長

但し、その間昭和40年代末期～50年代初頭  
成長の踊り場の状況

オイルショック！

# 混迷期(昭和50年代～昭和末期)

---

\* 高齢者へのサービス劣化

医療・福祉ともに

\* 医療

老人医療についての考え方

疾病？障害？

医療保険制度

出来高払い？包括払い？

⇒ともかく、総量規制と  
新しい考え方の導入！

---

# 「成長神話」への疑問

(極めて中途半端)

---

総量規制⇔告発期

「質」の認識

---

# 中間施設に関する懇談会中間報告

昭和60年8月

---

- 「…人口構造の高齢化に伴い、今後大幅な要介護老人の増加が見込まれており、そのニーズも多様化してきている…」
  
  - 「多様化するニーズに的確に対応したサービスが、量的にも、質的にも確保されるよう、将来への展望を踏まえ計画性に基づいた施策が推進されなければ…」
-



# 老人保健施設制度創設

---

1. 障害高齢者の諸問題の顕在化  
それ以前の医療・福祉制度の不備
2. 問題解決の実験場  
医療と福祉の融合
3. 「痴呆」⇒「認知症」  
科学的・臨床的・社会的問題として提起
4. 諸問題の「分析」・「解決」に

チームアプローチ を導入

---

これらの諸点は、問題提起であった！

1. 根本的に「老人医療」の考え方

<CURE>と<CARE>

2. 医療費（保険制度上での）の考え方

DRG-PPS⇒DPC

3. リハビリ

4. 痴呆⇒認知症

## これらに老人保健施設は

---

※懸命に努力

暗中模索・試行錯誤

※方向性は示しつつあるが

明確なPOINT的解決策は、いまだ  
完全には示しえて、いない！

※唯一の明確なPOINT

チームアプローチ

---

# 老健施設制度創設までを整理すると

---

- 縦割り行政の弊害
  - 医療と福祉の境界障壁
  - 病院・施設（箱物）と在宅を接近
-

# 中間施設に関する懇談会中間報告

昭和60年8月

---

- 「…人口構造の高齢化に伴い、今後大幅な要介護老人の増加が見込まれており、そのニードも多様化してきている…」
  
  - 「多様化するニードに的確に対応したサービスが、量的にも、質的にも確保されるよう、将来への展望を踏まえ計画性に基づいた施策が推進されなければ…」
-

# 老健施設のKEY—WORD

---

□ 多様なニーズ

□ 多機能な仲間

---

# 老人保健施設制度創設後

---

1. 障害高齢者の諸問題の顕在化  
それ以前の医療・福祉制度の不備
2. 問題解決の **実験場**  
医療と福祉の融合
3. 「痴呆」⇒「認知症」  
科学的・臨床的・社会的問題として提起
4. 諸問題の「分析」・「解決」に

**チームアプローチ** を導入

---

# これらに老人保健施設は

---

※懸命に努力

暗中模索・試行錯誤

※方向性は示しつつあるが

明確なPOINT的解決策は、いまだ  
完全には示しえて、いない！

※唯一の明確なPOINT

チームアプローチ

リハビリ



この「中間懇の中間報告」は日本の社会保障制度上で

# 画期的な論文

---

例えて、障害者対策（第2次大戦後）の変遷

★集団処遇（コロニー）



★ノーマライゼーション〈バリアーフリー〉



☆共生〈ユニバーサルデザイン〉

『個』への評価・認識

---

---

\* 老健の別の側面でのキーワード

# 個 (Individuality) の尊重

ケアカンファレンス！ &  
リハビリ！が基本

---

# 多様なニーズ⇔個の尊重

---

- これまでの病院・施設における  
生活面での定型的サービスの改善・否定
- たとえて、行動・時間管理
- 典型的には食事内容・かける時間
  - ・選択メニューの導入
  - ・より日常生活時間に近づける
- 老人保健施設はその考えに従って  
食事提供して来ている

**出来得る限り自然な形での食事**

---

## 『個 (individuality)』への評価・認識

---

※社会保障制度は

「制度が利用者を規制する」のか

『利用者が選択できる

サービスを提供する』のか

---

今日の究極のテーマ

---

『聴く』

---

## 老人保健施設の職員

---

専門知識・知恵そして経験を持って

寄り添いそして聴く

その根底には

Und-userの

needsにかなうservice

---

# 『看取り』について

---

- 利用者の選択の余地のある

## 看取り

---

# キューブラー・ロス

---

\* 死生学 & ホスピスケア

\* 今日の医療現場

(1960年代)

---



## ロスの訴えたいこと

\* 瀕死の急性期患者さんでも人間として  
接してほしい

\* 機械でコントロールしてほしくない

つまり、「私の気持」を聴いてほしい  
「聞く」ではなく

**「聴く」**

# シシリー・ソンドース

---

- \* 元職は看護職
- \* 30歳台で医学部へ
- \* セント・クリストファー病院
- \* 在宅ホスピス

地域を支える箱物

& ネットワーク機構

& 教育研修システム

急性期病棟・リハビリ病棟・ホスピス棟など

---

# 選択されうるサービス 例えて、「看取り」を考えると

---

## □ END-USERのNEEDは

- ・在宅(箱物でない)での死？
- ・病院・施設での死？

\* この両極端の間でさまざま

## □ 在宅療養の推進とは

- ・強制されることのない選択
- ・「選択されうるサービス」メニューの整備

## □ 看取り

- ・高齢期・若年期を問わず
  - ・急性疾患・慢性疾患・老衰を問わず
-



# 「経口摂取」が不能とは

---

## □ 人工的水分・栄養補給法

artificial hydration and nutrition /AHN

## □ AHN適応の是非

\* 日本老年医学会で議論の俎上に乗った所

欧米など一神教の価値観の世界では・・・

\* 保険制度的判断も横行している・・・

---

# 老人保健施設の方向性

---

★制度誕生・必要性の認識

★日本の社会保障制度の中での

成果(リハビリ・ケアカンファレンス等)を自覚

**※情報発信⇒情報共有**

---

# 老人保健施設の職員

---

専門知識・知恵

そして経験を持って

寄り添い、そして

『聴く』

---