

超強化型老人保健施設における利用者動態の把握

－円滑な医療介護連携に向けた課題抽出－

西 垣 洸 佑

キーワード：老人保健施設、利用者動態、要介護度推移、在宅復帰、医療介護連携

1. はじめに

1-1. 研究背景

A 病院は 36 科 581 床を有する急性期総合病院であり、グループ内には B 老人保健施設を併設している。B 施設は一般棟 60 床、認知症専門棟 40 床の計 100 床を有し、超強化型介護老人保健施設として運営されている。

介護老人保健施設は、介護保険法第 8 条第 28 項において、「要介護者であつて、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者」に対し、施設サービス計画に基づき、看護・医学的管理下での介護、機能訓練、その他必要な医療および日常生活上の支援を提供することを目的とする施設と定義されている。

近年、我が国では高齢者人口の増加に伴い、多疾患併存患者が急増しており、それに伴い医療・介護需要の複雑化が進行している。しかし、老人保健施設は制度上、検査設備や診断機能が限られているため、疾患の早期特定が困難な場面も多い。その結果、二次的な健康被害や事故のリスクが高まり、利用者の不利益、訴訟リスク、さらには現場スタッフの心理的負担の増加も懸念されている。

1-2. 問題意識と目的

このような背景のもと、B 施設においても、多疾患併存利用者の受け入れ、認知症ケア、在宅復帰支援など複雑なニーズへの対応が求められている。また、入所前後の医療機関との連携や地域との協働の在り方についても再考が必要である。

これらの課題を踏まえ、本研究では、B 施設における過去の入所利用者の属性（年齢、要介護度等）、地域分布、入所前・退所後の状況等を明らかにし、今後の円滑な医

療・介護連携体制の構築に向けた検討材料とすることを目的とする。

1-3. 本研究の意義

本研究は、B 施設の利用者データを活用し、入所者の変遷を時系列で分析することにより、超強化型老人保健施設における受け入れ実態や地域の医療・介護ニーズの変化を可視化するものである。

地域包括ケアシステムの中で老健施設が果たすべき役割を明確にし、将来的な施設機能の最適化、人員配置、連携方針の再構築にも資することを意図している。

1-4. 用語の定義

・介護老人保健施設（老健）

介護保険法に基づき、要介護者に対して医療・介護・リハビリテーションを提供し、在宅復帰を支援する中間施設である（厚生労働省，2018）。

・超強化型老健

在宅復帰支援や医療対応機能が強化された老健であり、一定の条件を満たすことで加算評価がなされる。特に高い在宅復帰率や医療連携体制が要件となる（厚生労働省，2023）。

・在宅復帰率

老健から居宅等へ戻る利用者の割合を示す指標であり、施設の機能評価に用いられる。超強化型老健では一定以上の水準が求められる（厚生労働省，2018）。

・在宅療養支援等指標

在宅復帰や在宅医療との連携状況を点数化して評価する仕組みで、2018 年度の介護報酬改定以降に導入された（厚生労働省，2023）。

・要介護度

介護保険制度における要介護認定の区分（要介護 1～5）を指し、利用者の介護ニーズの程度を表す。本研究では入退所時の変化や在宅復帰率との関連を検討する（厚生労働省，2025）。

- ・認知症専門棟

認知症の診断を受けた利用者を対象とし、専門的ケアを提供する施設ユニットである。認知症ケアの充実やBPSD（行動・心理症状）への対応が特徴である（公益社団法人 全国老人保健施設協会，2018）。

- ・地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいを一体的に提供する仕組みであり、老健はその中核を担う施設と位置付けられている（厚生労働省，2025）。

- ・平均在所日数

一般的な平均在所日数の計算式は「3月間の入所者延日数÷（3月間の（新規入所者数＋新規退所者数÷2）」で、入所期間が1月間を超える入所者に限り、死亡による退所者は除いて算出される（厚生労働省，2017）。本研究においては「利用者の在所日数の合計÷利用者人数」で算出した。

- ・在宅復帰・在宅療養支援等指標

在宅復帰率やベッド回転率に加え、入退所前後の訪問指導、居宅サービス実施状況、リハ専門職や支援相談員の配置、要介護4・5の受入割合、さらに喀痰吸引や経管栄養の実施割合などから構成され、老健施設の在宅支援機能と医療的ケア体制を総合的に評価するものである。（厚生労働省，2018）

2. 先行研究の整理

2-1. 老健施設の機能と変遷

介護老人保健施設（老健）は、医療と介護が一体的に提供される施設として2000年の介護保険制度発足後に整備され、当初から地域包括ケアにおける「中核施設」の役割が期待されてきた（全国老人保健施設協会，2024）。老健の基本的役割は、リハビリテーションを通じて入所者の心身機能を維持・回復し、在宅生活への移行を支援する点にある。特に入所者の身体機能変化と在宅復帰の関連については、厚生労働省の調査研究や実態調査に基づき、家族の介護力や介護意欲が重要な要因となることが指摘

されている（中村，2018；鈴木，2020）。

さらに、制度改正に伴い、在宅復帰率やリハビリ機能を評価する仕組みが強化され、2018 年度の介護報酬改定では「超強化型」「在宅強化型」など機能別区分が導入された（厚生労働省，2018）。リハビリ専門職（PT/OT/ST）の配置や短期入所者の機能向上を目指す取り組み、また入所者の身体機能経年変化に関する報告も蓄積されており、老健施設は認知症、慢性疾患、難病患者など多様な医療ニーズに対応する地域医療の後方支援施設としての重要性を高めている（全国老人保健施設協会，2024；厚生労働省，2024）。

2-2. 医療・介護連携の理論と課題

国際的には“integrated care”（統合型ケア）の概念が医療・介護連携の理論的基盤となっており、日本においても地域包括ケアシステムの構築に取り入れられている（大茅賀・筒井，2016）。しかし、実務の現場では、水平的・垂直的な連携に加えて情報共有の仕組み、ケアマネジメント体制、人材確保が依然として課題である。

全国老人保健施設協会の調査報告でも、協力医療機関の対応にばらつきがあり、夜間対応や急変時対応における課題が複数の施設から指摘されている（全国老人保健施設協会，2024）。これらは、老健施設が医療機関との連携を構築する上で、依然として制度的・人的ハードルを抱えていることを示している。また、在宅医療・介護連携の実効性を高めるには市町村レベルでの調整・支援体制が重要であり、協議体の運営や評価指標の整備が必要であることが自治体の実態調査からも明らかになっている（島根県，2024）。

2-3. 超強化型施設に関する政策的背景

厚生労働省は2018年度の介護報酬改定で「超強化型」老健を設置し、在宅復帰・療養支援など高度な機能を評価する仕組みを創設した（厚生労働省，2018）。その後も超強化型の導入率は上昇し、2023年には全老健施設の約30%を占める水準になったとの報告もある（全国老人保健施設協会，2024）。一方で、在宅復帰を促進する体制整備には、専門職の増員に伴う人件費や、ベッド稼働率低下による収益性の制約といった課題が存在することも指摘されている（全国老人保健施設協会，2018）。

2-4. 研究課題の明確化

以上のように、先行研究では介護老人保健施設における在宅復帰率や要介護度の変化に関する検討、ならびに地域包括ケアの推進における老健施設の役割が多く報告されてきた。また、制度改正に伴い在宅強化型・超強化型といった類型区分が設けられ、その評価指標や報酬体系に関する整理も進んでいる。さらに、高齢者施設からの救急搬送や医療受診の実態に着目した研究も存在する（竹本ほか，2017；牧ほか，2021）。

しかしながら、これらの研究の多くは在宅復帰率や救急搬送といった特定の指標に焦点を当てており、入所前後の生活状況・要介護度の経年変化・入所中の医療受診を包括的に分析した研究は限られている。特に、制度上の類型区分の変遷と、実際の入所者像や医療ニーズの変化との関連性については十分に解明されていないのが現状である。

そこで本研究では、B施設を対象に、過去10年以上にわたる入退所関連データおよび受診関連データを用いて、以下の課題に取り組む。

- (1) 入所前の生活状況（居宅・病院・他施設）と退所後の行き先の変遷を明らかにすること。
- (2) 要介護度の推移を経年的に把握し、入所者の構成変化を検討すること。
- (3) 入所中の医療受診状況を分析し、医療介護連携における課題を抽出すること。

これらの分析を通じて、超強化型老健における利用者像の変遷を明らかにし、地域包括ケアにおける円滑な医療介護連携のあり方を検討することを本研究の課題とする。

3. 研究方法

3-1. 地域・対象施設の概要

3-1-1. 外部環境

本研究対象のB施設が所在する大阪市東淀川区は、市の北東部に位置し、面積13.27km²、人口約177,017人（令和7年4月1日時点）で、大阪市全体の約6.3%を占める（大阪市，2024）。男女別人口は男性約86,656人、女性約90,361人であり、1世帯あたりの平均人数は1.7人と、市平均の1.8人をやや下回る（大阪市東淀川区，2025）。

地域の人口構造に関して、2020年時点における高齢化率（65歳以上人口の割合）は25.1%と報告されており、大阪市全域（25.7%）とほぼ同程度である（日本医師会，2020）。この高齢化傾向は今後の介護・医療ニーズの増大を示唆している。

また、人口移動動向では、2023 年時点の日本人転入者数は 10,306 人である。統計ダッシュボードを通じて、東淀川区の人口流入が全国的にも比較的高い水準であることが確認されている（総務省統計局，2023）。すなわち、東淀川区は高齢化の進行と人口流入の双方を併せ持つ多様性の高い地域といえる。

介護サービス供給状況として、区内には入所定員 100 名以上の中～大規模老健が複数所在し、住民に一定の選択肢を提供している。

3-1-2. 内部環境

B 施設は、A 病院グループが運営する超強化型老人保健施設であり、大阪市東淀川区に所在する。在宅復帰支援を重視し、同グループの急性期病院との緊密な連携体制を背景に、医療と介護を一体的に提供する地域包括ケアの拠点として機能している。

厚生労働省が定める在宅復帰・在宅療養支援等指標（最高値：90）の項目に応じた値を足し合わせた値が 70 を超える、「超強化型」老健として最高ランクの評価を受けている（厚生労働省，2018）。これにより、急性期病院からの受け入れや、在宅生活が困難となった高齢者の一時的な受け皿として多面的な機能を果たしている。

職員体制は医師（施設管理者）1 名、看護師 14 名、介護福祉士 49 名、理学療法士 4 名、作業療法士 2 名、言語聴覚士 1 名、介護支援専門員 2 名、支援相談員 3 名、管理栄養士 2 名など多職種で構成される。入所時や退所前には多職種カンファレンスを実施し、支援方針の共有と計画的対応を図っている。また、認知症専門棟を併設し、認知機能の特性に応じた介護、家族連携、レクリエーション活動を通じた社会的支援を提供している。

さらに、災害時や感染症流行時に備えた事業継続計画（BCP）の整備を進め、地域住民や家族を対象とした相談会や施設見学会など、地域に開かれた運営方針を掲げている。これらの体制は施設内にとどまらず、地域における医療・介護連携の中核機能を果たしている。

3-2. データ収集と項目構成

本研究では、対象施設の過去 12 年間（2012 年度～2024 年度）における電子カルテから抽出した入退所関連データと、過去 13 年間（2011 年度～2024 年度）における受診関連データ（Excel）を分析対象とした。分析は年度毎と併せて、在宅復帰に関する施設基準の変化に基づき、以下の 3 期間に区分して行った。

・Ⅰ期（2013年3月～2014年3月）：在宅復帰支援機能加算算定期（在宅復帰率30%以上）。※電子カルテへの移行期にあたり、データ総数が少ない。

・Ⅱ期（2014年4月～2018年7月）：在宅復帰強化型老健算定期（在宅復帰率50%以上）。

・Ⅲ期（2018年8月～2025年3月）：超強化型老健算定期（在宅復帰・在宅療養支援等評価70以上）。

主な分析項目は以下の通りである。

- （1）利用者属性：年度・期間別の性別、入所時平均年齢、要介護度別入所者数。
- （2）入所前状況：入所前の属性（居宅、医療機関、その他施設系等）。
- （3）退所後状況：退所後の属性（居宅、医療機関入院、その他施設系等）。
- （4）在所日数：年度・期間別・要介護度別・入所前後属性別の平均在所日数。
- （5）医療機関受診状況：入所期間中の受診件数（診療科別、ER受診件数および入院率を含む）。

なお、本研究では個人が特定されないよう匿名化された集計データのみを使用しており、倫理的配慮として個票データや氏名等の個人情報に含まれていない。

3-3. 分析手法の詳細

分析はExcelを用い、基本統計量の算出およびピボットテーブルによるクロス集計を中心に実施した。期間区分（Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期）および年度別に分類し、以下の視点で集計・比較した。

- ・利用者属性分析：性別比率、平均年齢の経年推移、要介護度構成比の算出。
 - ・在所日数分析：年度別・期間区分別に平均在所日数を算出し、要介護度別・入所前後属性別にクロス集計。
 - ・入所前後の属性構成分析：年度別および期間区分別に入所前・退所後の属性構成比を比較。
 - ・医療機関受診状況分析：年度・期間別ER受診件数、入院件数、入院率の算出。
 - ・地域別構成分析：居住地を区内・区外に分類し、期間別・年度別に構成比を算出。
- Ⅰ期は電子カルテ移行期で入退所関連データが限定的なため、総数比較ではなく割合の分析を重視した。受診状況は2011年度からのデータを用いて経年傾向も把握した。

3-4. 倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和3年3月施行、令和5年3月一部改正）」に基づいて計画、実施する。また、兵庫県立大学研究倫理規定に基づき、兵庫県立大学倫理委員会の研究倫理審査委員会の審査を受け、B施設の施設長・事務長の許可を受けて実施する。

個人情報利用に対する同意取得は、B施設内での掲示によるオプトアウトとする。本研究において利用する個人情報を含むデータは、連結不可能匿名化を行う。匿名化したデータはパスワードで保護の上で、研究責任者において適切に保存し、活用を終えた後廃棄する。

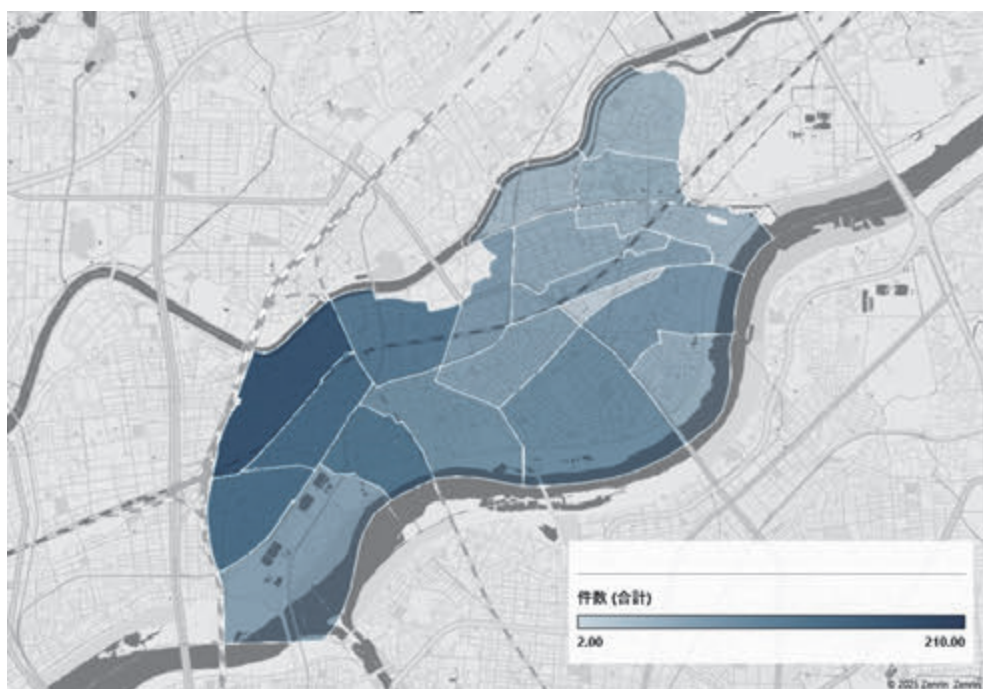
4. 結果

4-1. 入所者属性

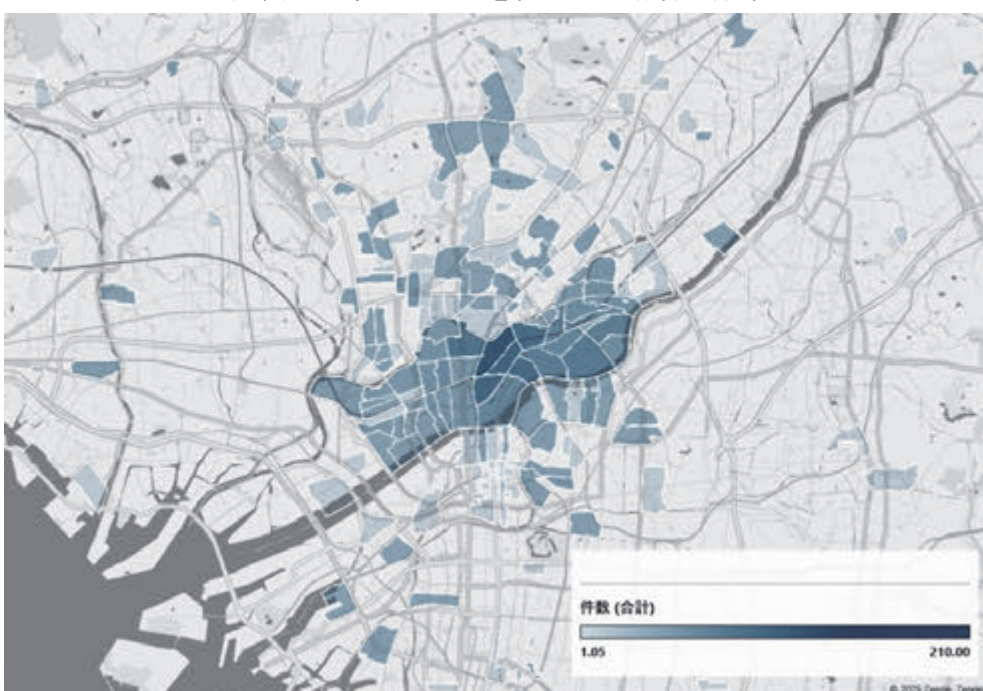
(1) 経年的変化

I期・II期・III期における入所者の平均年齢は、それぞれ84.64歳、84.98歳、85.09歳であり、期間を通じてわずかながら高齢化傾向がみられた。年度別では、2020年度に83.32歳と最も低く、2022年度以降は86歳前後と高水準を維持している。性別は女性が多数を占めており、最も少ない期間でも65.3%であった。居住地別では、区内居住者の割合はI期60.7%、II期66.4%、III期64.3%で推移し、概ね6割台で安定している。区内においては、B施設近隣地区からの入所者が多く認められた（図表1）。一方、区外からの入所者は、隣接する淀川区を中心に北摂南部に分布していた（図表2）。

図表 1 : 東淀川区内における入所者の分布



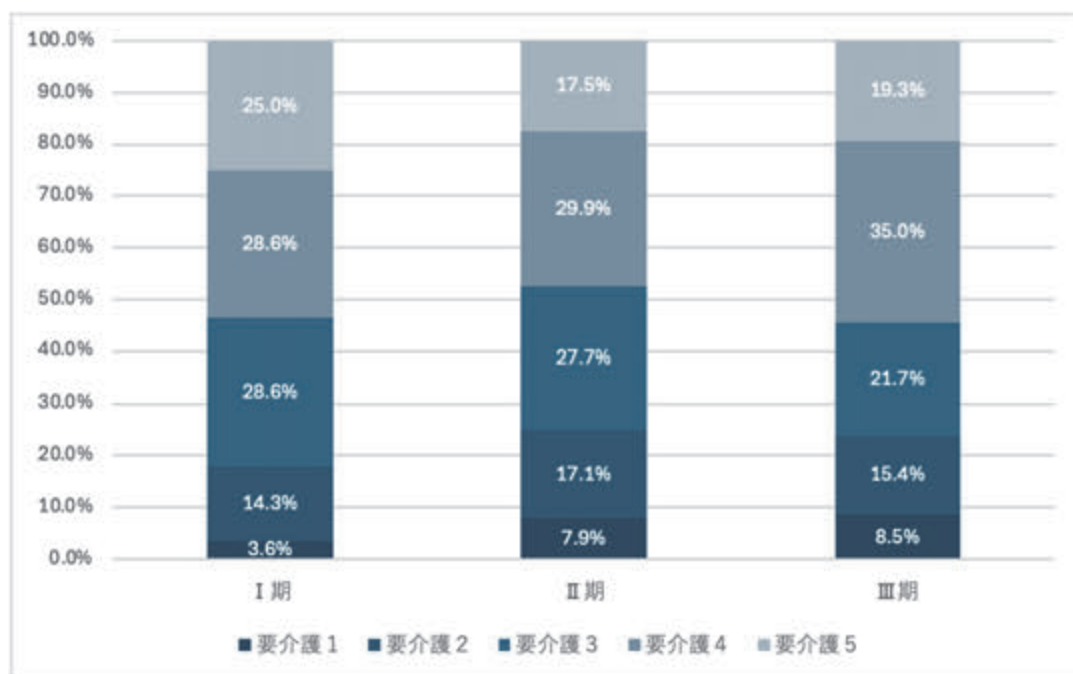
図表 2 : 東淀川区外を含めた入所者の分布



(2) 要介護度別構成

要介護度構成はⅠ期において要介護３・４が中心（各 28.6%）であったが、Ⅱ期では要介護４が 29.9%と最も多く、要介護３が 27.7%で続いた。Ⅲ期では要介護４の割合が 35.0%とさらに上昇し、要介護３は 21.7%に減少した。要介護５はⅠ期で 25.0%、Ⅱ期で 17.5%、Ⅲ期で 19.3%へと推移しており、Ⅱ期以降はやや低下傾向がみられた（図表３）。

図表３：要介護度構成の期間区分別変化



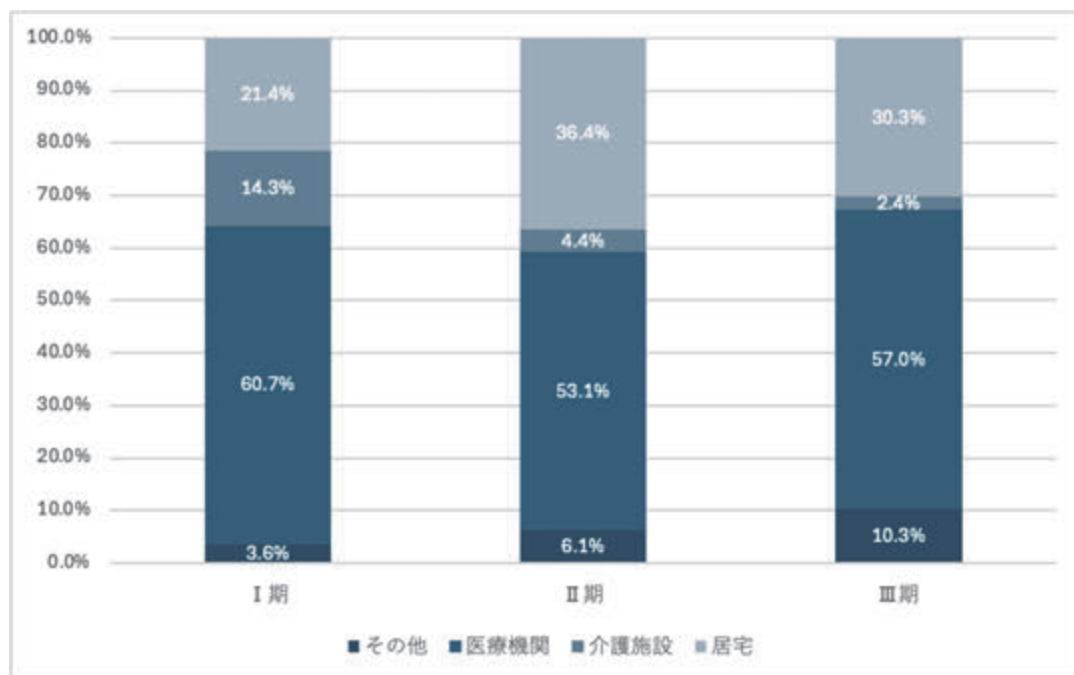
(3) 入所前の状況

入所前の状況についてみると、Ⅰ期では医療機関からの入所が 60.7%と最も多く、次いで居宅からの入所が 21.4%であった。Ⅱ期においても医療機関からの入所が 53.1%を占め、依然として中心的であったが、居宅からの入所割合も 36.4%と比較的高い水準を示した。Ⅲ期では医療機関からの入所が 57.0%とやや増加した一方、居宅からの入所割合は 30.3%へと低下した（図表４）。

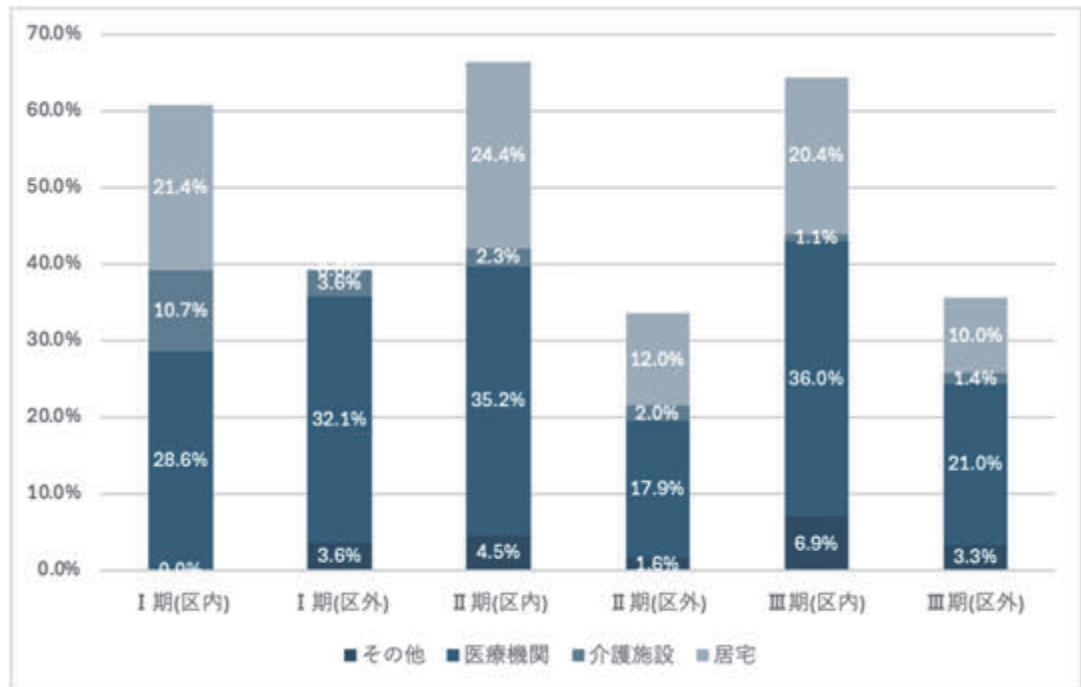
地域差に注目すると、Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期を通じて区外よりも区内居住者の方が居宅からの入所割合が高い傾向を示した。具体的には、Ⅱ期において区内は 35.2%であったのに対し区外は 17.9%、Ⅲ期においても区内 36.0%に対し区外 21.0%であった。

一方、医療機関からの入所については区外の方がやや高い割合を示し、Ⅲ期では区外が 30.7%、区内が 28.4%であった（図表 5）。

図表 4：期間区分別入所前状況の推移



図表 5：期間区分別入所前状況の区内・区外の比較

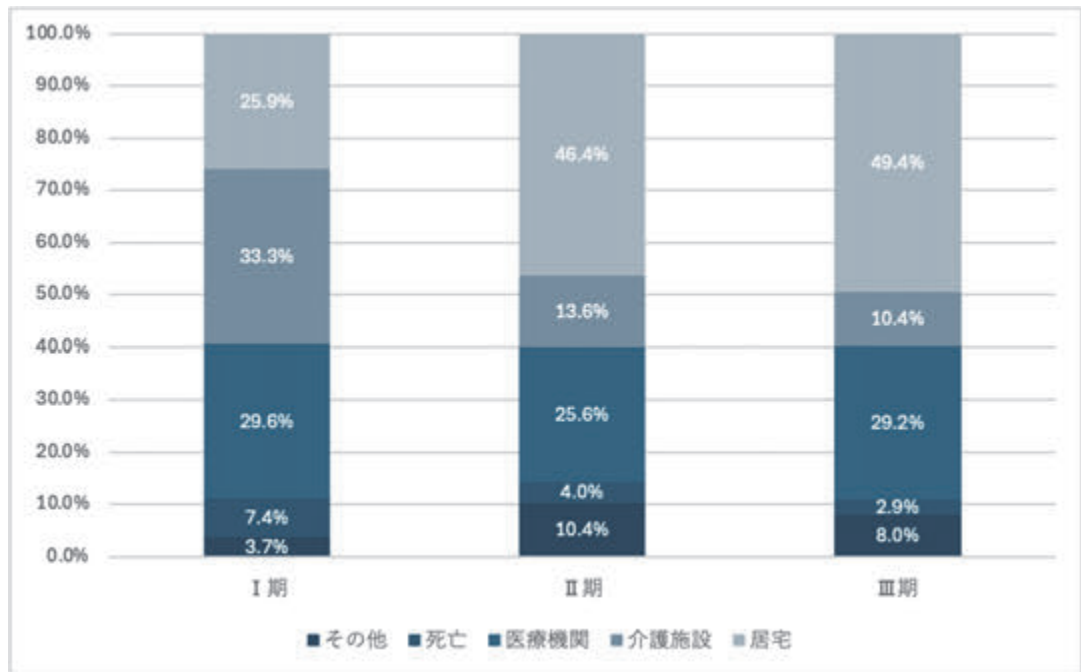


(4) 退所後の状況

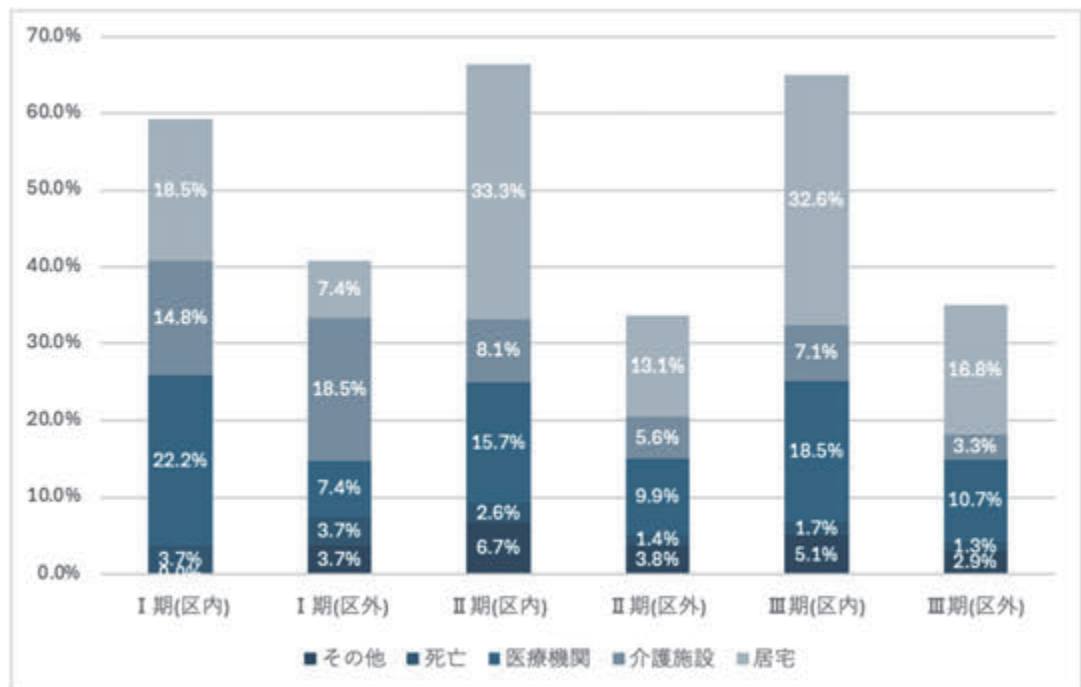
退所後の状況についてみると、Ⅰ期では医療機関への退所が33.3%と最も多く、次いで介護施設が22.2%、居宅が18.5%を占めた。Ⅱ期では居宅への退所が46.4%と最も高く、次いで医療機関が25.6%、介護施設が13.6%であった。Ⅲ期においても居宅への退所が49.4%と引き続き最も多く、医療機関が29.2%、介護施設が10.4%と続いた。全体を通じて、Ⅱ期以降は居宅への退所割合が高い傾向を示していた。(図表6)

地域差に注目すると、Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期を通じて区外よりも区内居住者の方がより在宅復帰率が高いことが確認された。Ⅱ期において区内は50.2%であったのに対し、区外は38.8%であり、Ⅲ期においても区内50.2%に対し区外48.0%であった。一方、医療機関への退所は区外でやや高い傾向を示し、Ⅲ期では区外30.7%に対して区内28.4%であった。(図表7)

図表 6：期間区分別退所後状況の推移



図表 7：期間区分別退所後状況の区内・区外比較

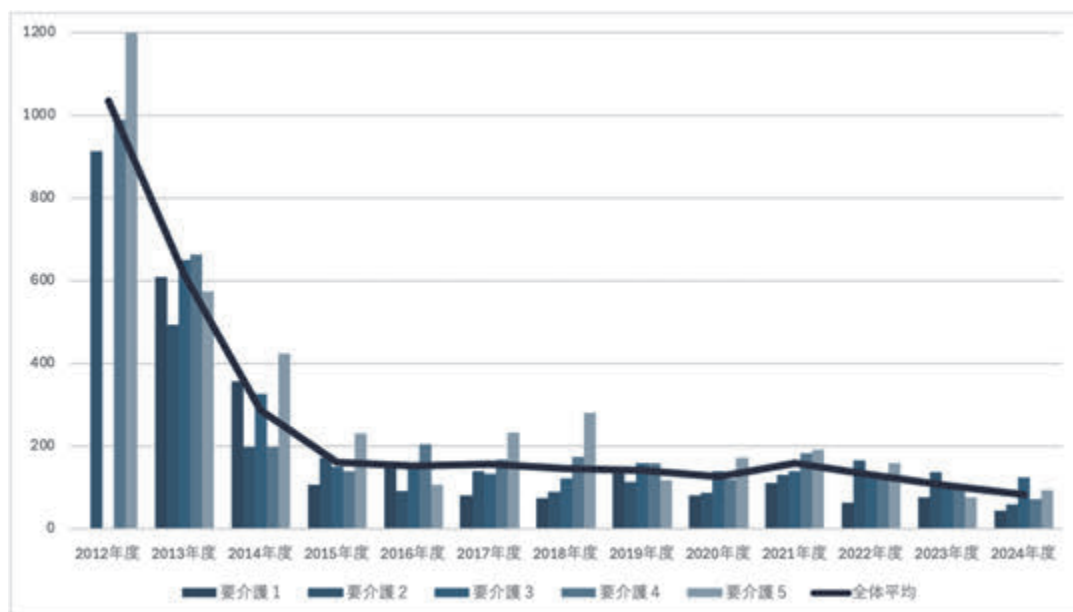


4-2. 在所日数

(1) 入所年度別・要介護度別

2012年度は平均在所日数が1,057日と突出して長く、要介護2(913日)および要介護5(1,201日)が主であった。2013年度は全体平均614.4日で、要介護4が662.4日、要介護3が649.1日と比較的長期であった。2014年度以降は急速に短縮し、2015年度には平均161.5日となり、以後も100～170日の範囲で推移した。2018年度から2021年度はやや延長傾向がみられ、特に要介護5で長期化(2018年度:280.7日、2021年度:190.5日)したが、2022年度以降は再び短縮傾向となり、2024年度には平均77.9日まで減少した。(図表8)

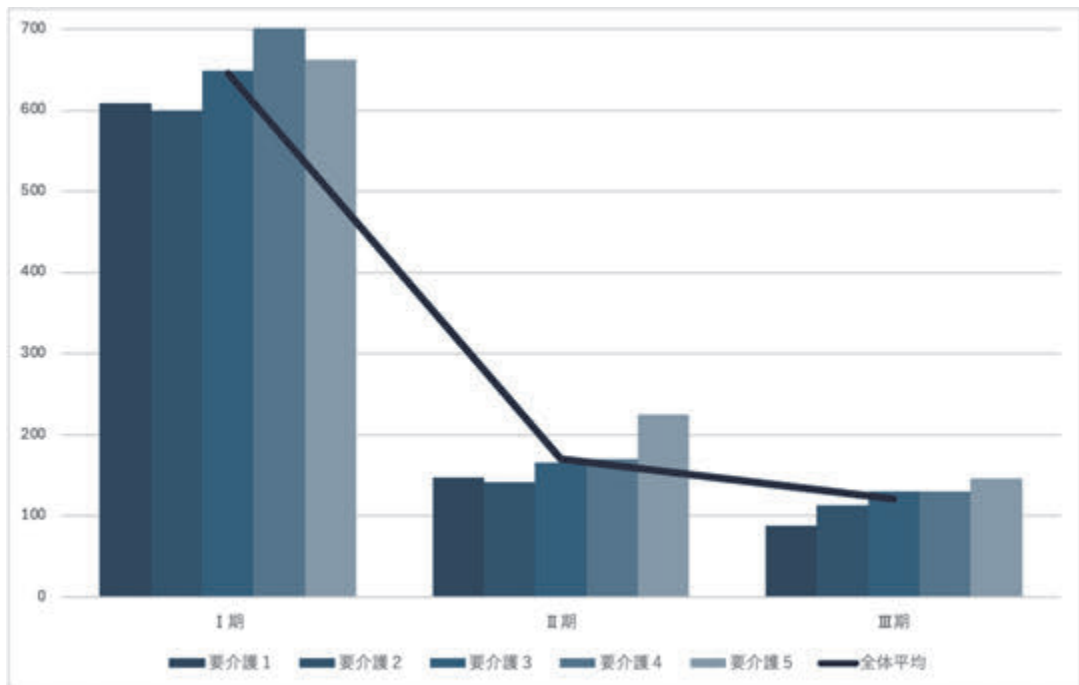
図表8：入所年度別・要介護度別平均在所日数の推移



(2) 期間区分別・要介護度別

I期は全要介護度で平均在所日数が長期であり、要介護2(599日)、要介護3(649.1日)、要介護5(662.9日)が突出していた。II期では要介護3と5で比較的長期(159.2日、225.9日)であったが、I期と比べると半分以下に短縮していた。III期では全体的にさらに短縮し、要介護2が108.1日、要介護3が123.4日、要介護5が146.9日と100～150日の範囲に収まった(図表9)。

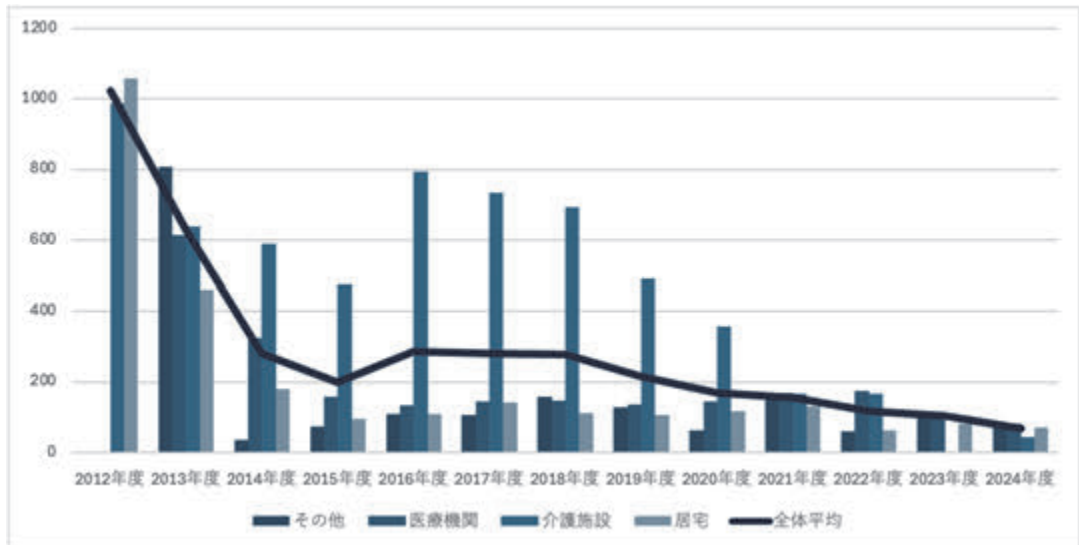
図表 9：期間区分別・要介護度別平均在所日数の推移



(3) 入所年度別・入所前の属性別

2012 年度は「医療機関」入所が 988 日、「居宅」入所が 1,057 日と長期であった。2013 年度も医療機関からの入所が 576.1 日、その他からの入所が 609 日と長かった。2014 年度以降は「居宅」入所が 170.9 日程度まで短縮され、「介護施設」入所は年度によって変動が大きかった（2015 年度：465.7 日、2022 年度：289 日）。2020 年度以降は全体的に 100～150 日台に収まり、2024 年度には全ての入所前属性で 80 日前後となった（図表 10）。

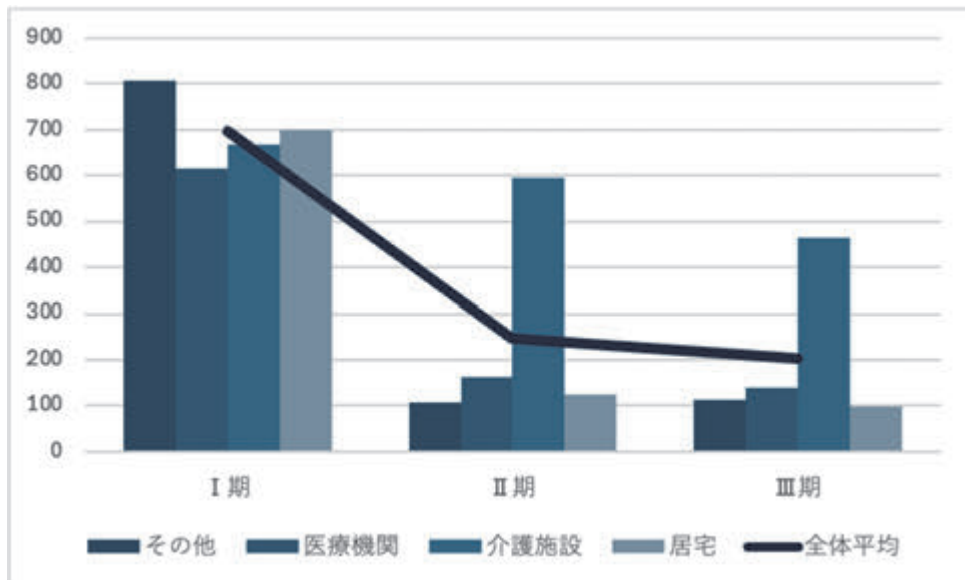
図表 10：入所年度別・入所前属性別平均在所日数の推移



(4) 期間区分別・入所前の属性別

I 期では「居宅」入所が 794.2 日、「医療機関」入所が 600.3 日と長期であった。II 期では「介護施設」入所が 411.3 日、「医療機関」入所が 182.2 日とやや長期であったが、居宅は 129.8 日まで短縮した。III 期では全体的に短く、「介護施設」入所のみ 226.1 日とやや長かったが、他は 100～120 日程度であった（図表 11）。

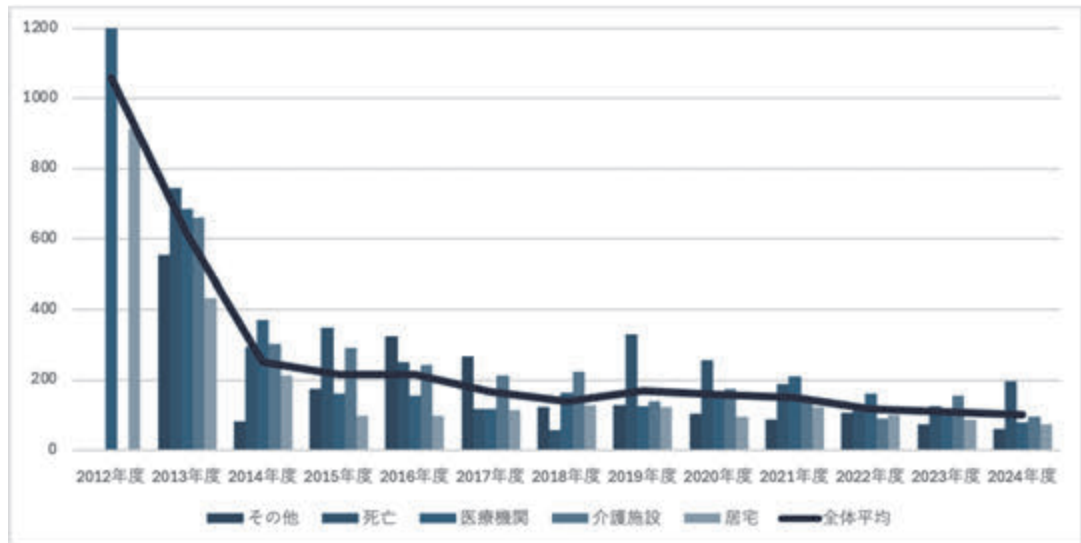
図表 11：期間区分別・入所前属性別平均在所日数の推移



(5) 入所年度別・退所後の属性別

2012 年度は居宅 913 日、医療機関 1,201 日と長期であった。2013 年度も医療機関退所が 684 日、介護施設退所が 659.7 日と長かった。2014 年度以降は全体的に短縮し、特に「その他」や「居宅」退所は 100～200 日台に収まるケースが増加した。2020 年度以降は属性間の差も縮小し、2024 年度には全退所先で 70～110 日となった（図表 12）。

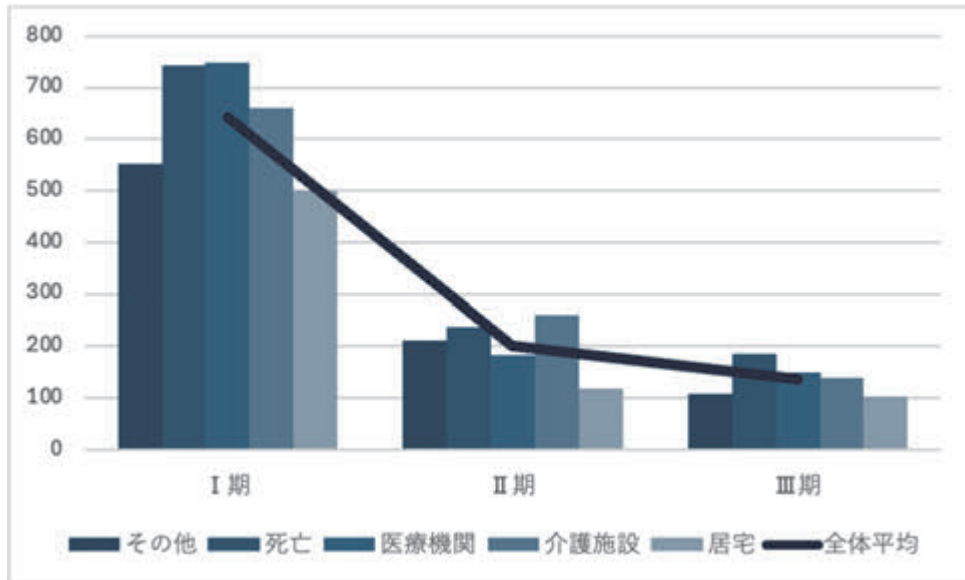
図表 12：入所年度別・退所後属性別平均在所日数の推移



(6) 期間区分別・退所後の属性別

I 期では「居宅」退所が最も長く（501.1 日）、次いで医療機関（748.6 日）、介護施設（659.7 日）が長期であった。II 期では「介護施設」退所が 259.6 日と最も長く、「死亡」（236.5 日）が続いた。一方「居宅」退所は 119.1 日と短かった。III 期では全体的に短縮し、「死亡」退所が 185.7 日、「介護施設」が 139.4 日、「医療機関」が 139.3 日であった（図表 13）。

図表 13：期間区分別・退所後属性別平均在所日数の推移

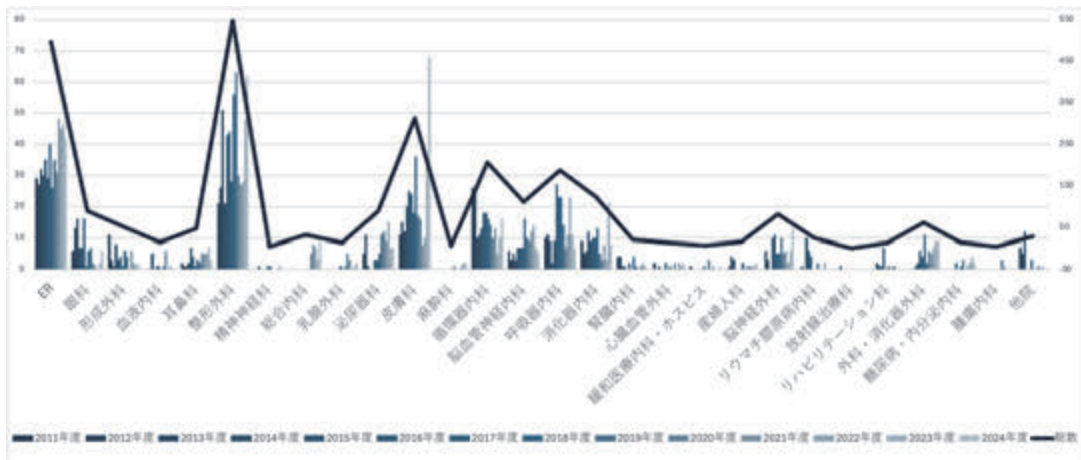


4-3. ER（救急外来）受診

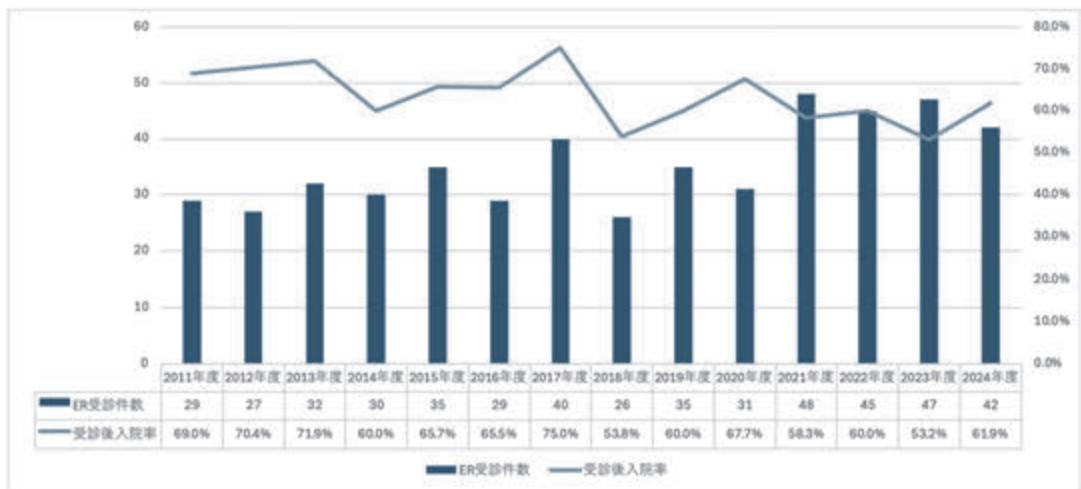
診療科別にみると、整形外科や皮膚科では年度による件数の変動幅が大きく、眼科や耳鼻科などは比較的少数で推移していた。これに対し、ER は全期間を通じて 30～40 件台を中心に概ね一定の水準で推移した。2018 年度には 26 件と最少であったが、2019 年度以降は増加傾向を示し、2021 年度には 48 件と最大値を記録した（図表 14）。

ER 受診件数は全期間合計で 496 件、そのうち入院へ至った件数は 314 件（全体の 63.3%）であった。年度別では 2017 年度の受診件数 40 件・入院率 75.0%が最も高く、2018 年度は受診件数 26 件・入院率 53.8%と低めであった。直近の 2024 年度は受診件数 42 件・入院率 61.9%で推移している（図表 15）。

図表 14：年度別各診療科受診件数の推移



図表 15：年度別 ER 受診件数と入院率の推移



4-4. 期間別まとめ

・Ⅰ期（2013年3月～2014年3月）

在宅復帰支援機能加算算定期であり、電子カルテ移行中で入退所関連データが限定的なため、入所者データは少ないが、医療機関からの入所割合が高く、要介護3・4が過半を占めていた。

・Ⅱ期（2014年4月～2018年7月）

在宅復帰強化型算定期であり、区内居住者の割合が上昇した。居宅からの入所割合も増加し、平均年齢はほぼ85歳前後で安定した。

・Ⅲ期（2018 年 8 月～2025 年 3 月）

超強化型算定期間は要介護 4 割合が増加し、居宅からの入所は減少。ER 受診件数は高止まりし、入院率は年度によって変動が大きいがおおむね 6 割前後で推移している。

5. 考察

5-1. 本章について

本章では、4. 結果で確認された「在所日数の段階的短縮」、「要介護度構成の変化（要介護 4 の比率上昇）」、「入退所の流れ（入所前属性は医療機関が、退所後属性は居宅が中心）」、「ER（救急外来）受診頻度と入院率の高さ」、「性別構成・年齢水準」を、制度改定の流れと地域包括ケアの理念に照らして解釈する（厚生労働省，2018）。なお本研究は、在宅復帰支援機能の強化を軸に、Ⅰ期（2013 年 3 月～2014 年 3 月）、Ⅱ期（2014 年 4 月～2018 年 7 月）、Ⅲ期（2018 年 3 月～2025 年 3 月）という制度・運営上の転換点に合わせて分析期間を設定した点に特徴がある。Ⅱ期以降の短縮化は、2014 年改定で「在宅復帰強化型」の評価が重点化され（当時は在宅復帰率 50%超等が求められたとされる）、2018 年改定で「在宅復帰・在宅療養支援等指標」による点数制に移行し、超強化型の基準（在宅復帰・在宅療養支援等指標 70 以上）が明確化された制度環境と整合する（厚生労働省，2018）。

5-2. 在所日数短縮の背景と含意

2015 年度以降、平均在所日数はおおむね 100～170 日で推移し、Ⅲ期後半には 80 日前後まで短縮した。これは、(1) 在宅復帰アウトカムを重視する報酬・評価（在宅指標）の浸透（厚生労働省，2018）、(2) 病院の平均在院日数短縮や在宅復帰促進の政策的潮流（田中，2018）、(3) 施設内での医療対応の整備（所定疾患施設療養費の活用等）（厚生労働省，2024）と整合的である。

また、老健で対応可能な典型疾患に対しては「所定疾患施設療養費」により施設内治療の枠組みが整備され、2024 年度改定では対象や取扱いの見直しも図られている（全国老人保健施設協会，2024）。こうした内在化は不要搬送の抑制や在所日数の適正化に資する設計であり、本施設データの短期化傾向と方向性が一致する。

5-3. 要介護度構成の変化：要介護4の増加

Ⅲ期で要介護4の構成比が上昇した点は、在宅復帰機能の強化により、より重度でも短期集中でリハ・環境等の調整を行い、居宅や次の受け皿へ円滑につなぐ老健の役割が明確化したことの反映と解される（厚生労働省，2018）。2018年以降の在宅指標は、在宅復帰・在宅療養支援・多職種連携等を束ねて評価するため、単なる在所の長短ではなく「重度×在宅移行能力」の最適化が施設運営上の焦点となった（厚生労働省，2018）。

5-4. 入退所の流れと地域包括ケア

入所前の状況においては、Ⅰ期からⅢ期を通じて医療機関からの入所が一貫して中心を占めていた。これは、介護老人保健施設が急性期・回復期の後方支援を担い、在宅への橋渡しを本来的機能として果たしていることを反映している（厚生労働省，2017）。一方で、Ⅱ期には居宅からの入所割合が36.4%と比較的高く、地域における在宅介護資源の整備や家族介護力の影響を受けた可能性が示唆された。しかしⅢ期では居宅からの入所が30.3%に低下しており、高齢化の進展や家族介護の担い手不足によって、医療機関経由での入所が再び増加したと考えられる。地域差においては、区内居住者は居宅からの入所が相対的に多く、施設所在地の住民にとってアクセスのしやすさが影響している一方、区外居住者は医療機関からの紹介・入所が中心となっていた。

退所後の状況については、Ⅱ期以降に居宅への復帰割合が増加し、Ⅲ期では約半数が居宅へ移行している。これは、報酬改定に伴う「在宅復帰率」評価の強化が施設運営に影響を与え、リハビリテーションの充実や地域包括ケアシステムの整備を背景に、在宅復帰支援の取り組みが制度的に促進されたことを示している（全国老人保健施設協会，2024）。地域差に着目すると、区内居住者では在宅復帰率が高く、訪問看護・通所リハビリ・居宅介護支援事業所など地域資源へのアクセスの良好さが寄与していると考えられる。これに対して、区外居住者は医療機関への再入院がやや高い傾向を示し、居住地域での在宅支援資源の不足が「リボルビングドア現象」を引き起こしている可能性がある。

このように、本施設の「医療機関からの入所」と「居宅への復帰」を中心とする入退所構造は、地域包括ケアシステムが掲げる「住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体的提供」の理念と整合的であり、老健が「多職種連携による在宅移行支援のハブ」として政策的に位置づけられている役割を実証的に裏付けるものである（全国老

人保健施設協会，2024；厚生労働省，2025）。

5-5. ER 受診・入院の水準の解釈

全期間の ER 受診 496 件のうち入院に至った割合は約 63% で、年度差はあるが一貫して高水準であった。国内の報告でも、老健を含む高齢者施設発の救急外来受診は、一般高齢者群より入院や外来死亡が多い傾向が示されており（日本老年医学会ほか，2019）、本施設の入院率の高さは「必要度の高い受診が選択されている」可能性と整合的である（竹本ほか，2017；牧ほか，2021）。

一方で、転倒等の外傷例は内因性疾患より入院・死亡が少ない一方、救急車利用は同等という報告もあり（日本老年医学会ほか，2019）、搬送基準やリスク層別化、家族・本人との意思決定（ACP）体制の整備は引き続き重要課題である。

5-6. 性別構成・年齢水準の含意

全期間で女性が多数を占め、平均年齢は近年 86 歳前後へ上昇した。わが国では女性の平均寿命が男性より約 6 年長く（厚生労働省，2023）、高齢層で女性比率が高まる人口構造を背景に、老健でも女性入所割合の高さが観察されやすい。

5-7. 本研究の限界

第一に、I 期は電子カルテ移行中で入退所関連データが限定的なため、データ数が相対的に少ない（結果の一部は割合ベースで解釈）。第二に、受診件数は電子カルテとは別管理のため、入退所データの観測窓と完全には一致しない（ただし年次整合性はおおむね確保されている）。第三に、単施設・単地域の後方視的解析であり、一般化可能性は限定される。

6. 結論と展望

6-1. 本研究の結論

本研究は、超強化型老人保健施設である B 施設における過去 12 年間（2012 年度～2024 年度）の電子カルテから抽出した入退所関連データと、過去 13 年間（2011 年度～2024 年度）の受診関連データ（Excel）を分析対象とした。施設基準の変化による入所者構成、在所日数、入退所パターン、ER 受診動向を分析した。その結果、以下の知見が得られた。

(1) 在所日数の短縮

I 期からⅢ期にかけて平均在所日数は段階的に短縮し、Ⅲ期後半には 80 日前後に到達した。これは、在宅復帰強化型・超強化型への制度的移行や報酬改定に伴う政策的方向性、ならびに施設運営の適応が反映されたものと考えられる。

(2) 重度要介護者構成比の変化

要介護 4 の構成比が上昇しており、より重度な高齢者であっても短期集中型のリハビリテーションを通じて在宅移行を目指す機能が強化された。

(3) 入退所の流れ

入所前は一貫して医療機関からの流入が中心であり、退所は居宅への復帰が最多であった。これは、老健が急性期・回復期の後方支援から在宅への橋渡しを担うという本来の機能と整合している。地域差として、区内居住者では居宅経由の入所・在宅復帰が多い一方、区外居住者では医療機関からの転入・再入院が多い傾向を示した。

(4) ER 受診の実態

ER 受診率は高頻度で、入院率は約 6 割に達していた。これは軽度搬送よりも、医療的必要度の高い救急対応が行われていた可能性を示唆する。

(5) 人口構造との整合性

女性比率の高さと平均年齢の上昇は、全国的な高齢化構造の影響を反映していた。

6-2. 運営・連携上の含意（実務への示唆）

(1) 退所先別の在所日数最適化

退所先（居宅・医療機関・介護施設）ごとの在所水準の差異を踏まえ、入所早期から目標を設定し（居宅復帰調整・他施設連携）、週次でモニタリングする仕組みを標準化することで、ボトルネックの把握と在所日数の適正化が期待できる。

(2) ER 連携プロトコルの整備

ER 受診後の入院率の高さを受け、(a) 所定疾患対応プランの標準化、(b) 転倒・外傷時等の搬送基準の明確化、(c) 病院 ER とのトリアージ合意書の策定、(d) 家族への ACP (Advance Care Planning) 説明様式の統一などを進めることが望ましい。

(3) スコアリングと KPI 運営

在宅復帰率に加えて外来受診・カンファレンス・地域連携などのサブ指標を月次でダッシュボード化し、超強化型の水準を維持・向上するための KPI 運営を常態化させる。

(4) 多職種協働の深化

認知症高齢者の増加を見据え、医師・看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・栄養士・歯科衛生士・介護支援専門員（ケアマネジャー）・支援相談員が同席する多職種カンファレンスを入所時・14 日後・退所前に定例化し、さらに行政・地域包括支援センターと接続することで、地域ケア会議と一体化した連携強化を実現する。

6-3. 今後の課題と展望

本研究には、I 期のデータ数制限、単施設・単地域での解析、入退所データと受診記録の観測期間差などの限界がある。今後は以下の方向性での発展が求められる。

(1) 多施設比較研究

地域特性や施設規模、類型の違いを比較し、制度改定が与える影響をより普遍的に検証する。

(2) 前向き介入研究

在所短期化や ER 受診抑制を目指す具体的介入策を導入し、その効果を定量的に評価する。

(3) 利用者アウトカムの拡充

ADL の変化、QOL 指標、在宅生活継続期間などの生活アウトカムを加味した包括的評価が必要である。

(4) デジタル連携の高度化

電子カルテの相互接続や地域連携ネットワーク、AI 分析ツールを活用し、在宅復帰指標をリアルタイムで把握することで、迅速かつ精緻な意思決定を可能とする。

これらの発展的課題の検討を通じて、今後の円滑な医療・介護連携体制の構築に資する知見を蓄積することが重要である。さらに、超強化型老人保健施設が地域包括ケアシステムにおいて果たすべき役割を明確化し、施設機能の最適化、人員配置、連携方針の再構築へとつなげることが期待される。こうした知見は、施設運営の改善にとどまらず、自治体の地域包括ケア施策や医療・介護資源の配分設計に対する政策的示唆を提供し得る点においても意義を有すると考える。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の貝瀬徹教授に丁寧なご指導を賜りましたことに、心より感謝申し上げます。

最後に、兵庫県立大学大学院社会科学研究科医療・介護マネジメントコースにおいてご教授いただきました教員の皆様、学びを共にした同期の皆様に重ねて感謝申し上げます。

参考文献

- [1] 大野賀政昭・筒井孝子（2016）「日本における医療介護連携の課題と展望 integrated care の理論をもとに」『保健医療科学』65(2), pp. 127-135.
- [2] 鈴木柚佳里（2020）「介護老人保健施設における在宅復帰と在宅支援機能に関する制度変遷と担う役割」『東洋大学大学院紀要』第 56 号, pp. 155-172.
- [3] 中村豪志（2018）「在宅強化型の介護老人保健施設における自宅復帰の実態」『厚生の指標』65(13), pp. 20-25.
- [4] 日本老年医学会・日本在宅医学会・国立長寿医療研究センター（編）（2019）『高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン 2019 年』ライフ・サイエンス社, pp. 1143-1147.
- [5] 牧信行・小池文子・永嶋智香・中谷英仁・安積文・原田高根・登坂直規（2021）「高齢者施設からの救急搬送ならびに受診患者の現状と課題」『日本臨床救急医学会雑誌』24(5), pp. 684-690.
- [6] 竹本正明・浅賀知也・金崇豪・宮崎真奈美・中野貴明・広海亮・伊藤敏孝（2017）「高齢者施設から救急搬送された患者の検討」『日本臨床救急医学会雑誌』20(3), pp. 516-520.

引用ホームページ

- [1] 公益社団法人 全国老人保健施設協会（2018）『介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて ～在宅復帰阻害要因の検討と在宅復帰機能の強化策～』 公益社団法人 全国老人保健施設協会.
https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/04/H29_zaitakushien_kyoka_report.pdf
(2025 年 7 月 18 日アクセス)
- [2] 公益社団法人 全国老人保健施設協会（2024）「令和 6 年度介護報酬改定について（詳細資料）」 公益社団法人 全国老人保健施設協会.
<https://www.roken.or.jp/member/wp-content/uploads/2024/04/R6.4.5.pdf>
(2025 年 8 月 15 日アクセス)
- [3] 厚生労働省（2017）『介護老人保健施設（参考資料）』 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174012.pdf
(2025 年 8 月 19 日アクセス)
- [4] 厚生労働省（2018）「平成 30 年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」 厚生労働省.
<https://www.city.kurume.fukuoka.jp/1070kenkou/2030koureikaigo/3210kunikenshi/files/h30s-05-21.pdf>
(2025 年 8 月 15 日アクセス)
- [5] 厚生労働省（2018）『公的介護保険制度の現状と今後の役割』 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf>
(2025 年 8 月 19 日アクセス)
- [6] 厚生労働省（2023）「令和 5 年簡易生命表（平均寿命：男 81.09 年、女 87.14 年）」 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life23/dl/life23-02.pdf>
(2025 年 8 月 15 日アクセス)
- [7] 厚生労働省（2023）『介護老人保健施設』 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001131788.pdf>
(2025 年 8 月 15 日アクセス)

- [8] 厚生労働省（2024）『令和5年 介護サービス施設・事業所調査の概況』 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service23/dl/gaikyo.pdf>
(2025年8月19日アクセス)
- [9] 厚生労働省（2024）『介護老人保健施設における医療ニーズへの対応力向上にかかる調査研究事業 報告書』 厚生労働省.
https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2024/04/R5_45.pdf
(2025年8月15日アクセス)
- [10] 厚生労働省（2025）「地域包括ケアシステム 概要ページ」 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
(2025年8月15日アクセス)
- [11] GemMed（2018）「老健の報酬体系再編、在宅復帰機能「超強化型」を創設」 GemMed.
<https://gemmed.ghc-j.com/?p=18660>
(2025年7月18日アクセス)
- [12] 島根県（2024）『第9期島根県老人福祉計画・介護保険事業支援計画 第4章：地域包括ケアの推進』 島根県.
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kourei_sien/kaigo_hoken/9ki_keikaku_public.data/04_chiikihoukatu.pdf
(2025年7月18日アクセス)
- [13] 総務省統計局（2023）『政府統計の総合窓口（e-Stat）ダッシュボード』 総務省統計局.
<https://dashboard.e-stat.go.jp/>
(2025年8月19日アクセス)
- [14] 日本医師会（2020）『地域医療情報システム（JMAP）』 日本医師会.
<https://jmap.jp/>
(2025年8月19日アクセス)
- [15] 大阪市東淀川区（2025）『東淀川区の基本的な統計（令和7年4月1日現在）』 大阪市東淀川区.
<https://www.city.osaka.lg.jp/higashiyodogawa/page/0000178152.html>
(2025年7月18日アクセス)