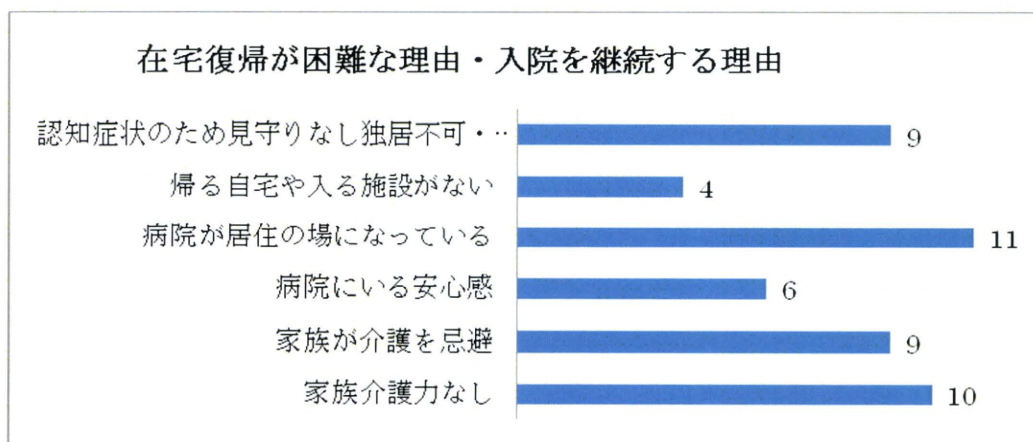


が生活（居住）の場になっており、わざわざ転居する必要がない（このまま最期まで病院にいたい）

- ⑤ 帰る自宅がない、施設入所を希望しているが待機中で入れない
- ⑥ 認知症状のため見守りのない独居や専門職のいない施設では対応困難

被調査者から聴取した入院患者の状況のデータを整理すると、医療的には必ずしも入院治療は必要ない患者が退院しない理由（在宅復帰が困難な理由・入院を継続する理由）は、次のように分類できる（1患者につき複数該当項目あり）。



（調査対象病院提供データにより中原作成）

イ. B 病院の状況

i. 概要

B 病院は埼玉県 D 市にある医療法人で、当初は個人病院として開院以来、36 年を迎える。2010（平成 22 年）12 月 21 日の調査日において、療養病床 153 床、認知症専門病床（老人性認知症疾患治療病棟入院料加算）60 床、回復期リハビリテーション病床 38 床、合計 251 床である。診療科は、内科、精神科、リハビリテーション科を標榜している。

月平均入院患者数は 2009（平成 21）年実績で療養病床 149.3 人（稼働率は 97.6%）、認知症専門病床 58.9 人（稼働率は 98.3%）、回復期リハビリテーション病床は 28 人（稼働率は 73.9%）、全体では 236.3 人（稼働率は 94.2%）となっている。平均在院日数は、療養病床が 547.8 日、認知症専門病床が 1195.6 日、回復期リハビリテーション病床は 102.4 日、全体では 396.6 日、2010（平成 22）年 11 月時点では、全体で 495 日となっている。

療養病床の入院患者の医療区分は、以下のとおりである。

医療区分 1	24.8%
医療区分 2	54.4%
医療区分 3	20.7%

外来診療も行っているが、積極的ではない。交通が不便なこともあり、2009（平成 21）年実績では、一日平均 7.4 人の外来患者しかいない。

B 病院は、大きな病院グループの一員であり、その関係で入退院の調整がスムーズに行われ

る場合があるとのことであった。しかし、グループ全体での病院の役割分担と連携の全体像については、把握できていない。この点については、別途調査する必要がある。

急性期病院の入院期間の短縮にともない、重症患者の入院が増加していることから、リハビリテーションに注力しており、作業療法士及び理学療法士を20人、言語聴覚士3人を擁している。月平均のリハビリテーション実施単位数は、2009（平成21）年実績で、脳血管疾患等リハビリテーションが8067単位、運動器リハビリテーションが1062単位、摂食機能療法が305単位である。

退院調整を迅速に進めるため、入院時には要介護認定を受けてもらうことにしており、同院退院時に介護度が重い患者には、特別養護老人ホームへの入所を勧めているとのことであった。

ii. 調査結果

調査方法は、A病院と同様であり、調査日現在で療養病床において在院日数365日を超える入院患者について、入院患者個人が特定されないように、10事例を被調査者が任意に選択し、その事例について患者属性や状況を集計したデータを作成し、それをもとにヒアリングを行った。B病院には認知症専門病床もあるが、今回の調査では、療養病棟のみにとどめた。

患者個人が特定可能となる属性を患者別に調査していないため、被調査者に対するインタビューの結果として把握できた内容を、事例横断的な検討を行うことによって以下のようにまとめた。

（療養病床入院患者の同院への入院経路）

9例が急性期病院からの転院で、1例が急性期病院から回復期リハビリテーション病床に転棟後、転院してきている。

（入院前の住居及び家族構成）

全例が自宅から急性期病院に入院していた。急性期病院入院前は、独居（結婚歴なし、又は、配偶者死亡）又は同居（配偶者、及び／又は、子とその家族、その他の親戚など）であり、他人と同居していた患者の例はない。10事例中、独居3、夫婦のみ1、高齢者との同居1である。

（病名、認知症の有無、医療区分及びADL区分）

全例が脳血管後遺症であった。すべての患者に認知症があるが問題行動はないという診断である。医療区分1・ADL区分1の患者は1例、医療区分1・ADL区分2の患者が3例、医療区分1・ADL区分3の患者が6例と最も多い。脳血管後遺症の患者であるため、高次脳機能障害のある患者が4例あり、在院期間が3年半から7年に及んでいる。長期入院のため、入院後に他の疾患に罹患することが多くなっている。胃瘻が造設されている患者が2例ある。

（自宅の現状）

独居から入院した3例のうち2例は空家のまま、1例は遠隔地のため、現状不明である。同居世帯から入院した7例では、同居家族がそのまま居住している。

（現在の家族状況、患者本人との関係など自宅又は自宅以外の在宅復帰が困難な理由、あるいは、入院を継続する理由）

独居で家族介護者がいない、物理的に同居可能な家族はいるが、配偶者が高齢又は病気で要介護状態である、介護者となる子に仕事又は障害があるなどにより介護できないことが原因となっている。

ADLが低く介護を要する患者が多いため、B病院では施設への入所を勧めることが多い。10

例中9例は施設移行対象者、1例のみが若年でリハビリテーションを継続し在宅復帰を目指している。在院日数が3年を超える患者は6例で、一番短くて3年4か月、平均では3年6か月である。患者に最後まで同院に入院し続けて戴くのではなく、次の施設あるいは在宅へつなぐのが基本である。

また今回は、家族が介護を忌避しているなど、家族と患者本人との関係について立ち入った調査は行わなかった。介護施設への入所が基本であるため、あまり立ち入った内容については病院側も調査しない場合もあるようである。基本的には後方連携先が見つかるまでは同院に入院を継続する必要があるということである。全員、医療区分が1であることから、医療必要度は低い、退院までの間は居住の場としての機能も有していると言ってよい。

ウ. 両病院の調査結果からの考察

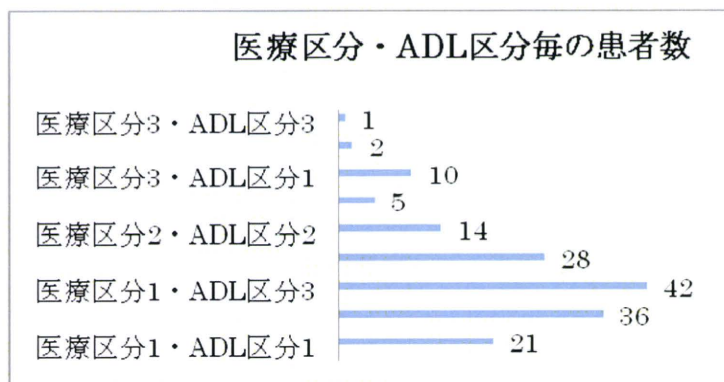
A病院の被調査者がサンプリングした20事例は、伝達した調査目的が考慮されたため、比較的軽症の患者がサンプリングされていた。療養病床の事例患者は、10例のうち7例が医療区分1であり、療養病床全体に占める医療区分1の患者が62.2%であることを考えると、調査理由によるバイアスが若干、かかった可能性がある。ADLについては10例のうち8例がADL区分1、2例がADL区分2であり、サンプル事例が軽症患者に偏っていたと言える。しかし本調査の目的に照らせば妥当であると考えられる。

	ADL 区分 1	ADL 区分 2	ADL 区分 3
医療区分 1	21 (13.2%)	36 (22.6%)	42 (26.4%)
医療区分 2	28 (17.6%)	14 (8.8%)	5 (3.1%)
医療区分 3	10 (6.3%)	2 (1.3%)	1 (0.6%)

療養病床全体の分布（調査対象病院提供データにより中原作成。データは把握できている159件）

医療区分1・ADL区分3の患者が最も多いことから、A病院に期待される機能は、日常生活動作の介護であるといえる。療養病床の看護基準が25:1で、医療区分1の患者が62.2%を占めていることから、2010（平成22）年4月以降、診療報酬は大幅に減少すると考えられる。このような場合は、療養病床を回復期リハビリテーション病床や介護老人保健施設に転換する病院もあるが、A病院は、引き続き患者に長期療養できる環境を提供する方針であるという。在院日数を短縮し回転率を上げて病床稼働率を向上するのではなく、療養病床と精神病床をあわせ持つことを強みとして、長く安心して入院してもらえることを地域住民に訴求している。開設28年の実績があり、比較的富裕層が多い地域住民のニーズに応じて地域におけるA病院の機能が確立されているものと考えられる。

医療区分・ADL区分毎の患者数



(調査対象 A 病院提供データにより中原作成)

短期高密度医療、すなわち、手厚い人員配置で重症患者に適切な医療を提供すべしという趣旨の診療報酬改定によって医業収益が減少し経営が厳しくなるのは必須であるが、なおかつ病院経営を維持できる理由については、推察の域を出ないが、保険収入外の収入の比重が高いことが考えられる。認知症ケアができる専門職員を配置した施設が近所に見当たらないことも、患者が退院しない理由のひとつかもしれない。

B 病院の 10 事例でも医療区分 1・ADL 区分 3 が最も多く 6 割を占めていたが、B 病院の場合は比較的大きな病院グループに属しており、グループ内地域連携ネットワークの形成が、このような病院の経営維持のためには必要となるかもしれない。また提示されたデータだけでは読みとれないが、急性期から転院する患者は重症化しており、「重症で短期」、「軽症で長期」の二極分化の傾向があるとのことであった。

医学の発達により社会の医療化が進行し、認知症にもさまざまな病名がつけられるようになった。高齢化とあいまって今後は認知症病名のつく患者は増加の一途をたどると考えられる。高齢者に薬剤を使いすぎると意識レベルが低下し、ADL が下がり、内科的に支障をきたす悪性症候群になる可能性があるため薬剤は使いにくい。認知症患者の症状を観察しながら医学的管理を継続するには三ヶ月単位では難しく、また退院によって環境が変化すると病状が悪化することは多い。再燃し再入院することが予測されるなら、半年、一年の期間で症状をコントロールしながら診ることが患者や家族のニーズに応えることになる。

A 病院の事例は、診療報酬改定によって病院の病床転換を図ろうとする政策²⁵に誘導されなくても経営が維持できている事例と言える。医療提供が中心の病院というより、むしろ、有料老人ホームの医療機能が強化された施設と表現できなくもない。しかし、このような病院が現実に必要とされていることも確かであり、このような老人病院に入院し続けることが可能であるならば、その方が本人にとってよいという考え方もありうる。

問題は、① 医療より居住機能を必要としている患者のために、保険医療制度に基づく医療費が使われているのかと言う点と、② 自宅あるいは自宅以外の在宅で生活するより入院生活のほうが QOL が高いのか、あるいは、退院し在宅に移行した方が患者本人にとってより良いのか、という点である。

²⁵ 厚生労働省ホームページ：平成 18 年度医療制度改革関連資料「療養病床の転換イメージ」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/ryouyou01h.pdf> (2010 年 12 月 3 日アクセス)

QOL (Quality of Life) のLife は「生命」、「生活」、「人生」の意味がある。複数疾患をあわせ持つ高齢者は、健康な若年層と同程度に高い「生命」の質を維持することは不可能であろう。「生命」の質は生物学的、生理学的な臨床指標で評価可能であるが、「生活」や「人生」の質は臨床指標だけでは評価できない。患者や家族の満足度は主観的なものである。病院経営の観点からは、高齢者医療の場合は特に、医療という本質サービスより、患者や家族の生活や人生により多くの価値を与えうる、例えば居心地の良い環境や親切で丁寧な接遇など、医療については素人である患者や家族にも「質の良さ」がわかる表層サービスのほうが高く評価され、病院に対する信頼感が高まると考えられる。それによって入院が継続されるなら病院の医業収益は一定水準で維持される。医療の需要側と供給側の利害が一致している状況では変化は生じず、医療供給側の医療の質を向上するモチベーションが上がることもあまり期待できない。「医療処置はあまりしない病院」でも必要性があり、経営が確保できるのだとすれば、これまでの医療政策の方向性は妥当とはいいがたいのではないだろうか。

(5) プレ調査の限界と今後の展望

今回のプレ調査は、急性期病院、在宅療養支援病院及び認知症専門病床を含む療養型病院で行った。このうち、急性期病院では、あり得べきクリティカルパスに乗ることができず不適切な「Drop out」が生じていないかどうかを調査するものであったが、病院側からの調査では、必ずしも目的とする情報は得られないことがわかった。病院は退院・転院後の患者の状況を把握しておらず、退院・転院の適切さを判断する情報を持っていないためである。また、在宅療養支援病院では、いわゆる社会的入院の形態も含め、入院期間が長期化する傾向にあり、「受け皿」という観点からは、療養型病院の場合と同様の観点から調査する方が適切であることがわかった。

療養型の病院に対するプレ調査は、療養病床や認知症専門病床に長期にわたって入院している患者の「退院できない理由」を、「医」「介」「住」ニーズを総合的に調査することで明らかにしようというものであった。前述のように、A病院での調査の結果、療養病床に長期入院している高齢者の中には、慢性疾患を持っているものの、常時の医療的管理を必要とせず、もっぱら「家庭の事情」により入院を続けざるを得ないものが存在することが判明した。また、「家庭の事情」としては、一人暮らし、家族が高齢もしくは病気、あるいは家族が同居を拒否しているというような理由で、日常の見守りなど生活支援が得られないことが理由としてあげられている。しかし、B病院での調査から判明したように、一般病床の入院期間の短縮に伴って、療養病床入院患者の重症化が進んでいる可能性もあり、要介護度が高い患者が在宅での介護サービスが得られないことから退院できないというケースも存在する。一概に長期入院といっても、その病院の地域医療における位置づけや性格によって、個々の患者の事情はもちろん、その病院の長期入院患者の傾向も大きく異なっている。このように、2病院の、しかも限られたケースだけの調査では、長期入院患者の「医」「介」「住」ニーズの傾向を十分に把握することは難しいことがわかった。

また、「医」「介」「住」ニーズの相互の関係（たとえば、医療ニーズがあると既存の居住系サービスでは受け入れられないなど）に関しても、集計されたデータを元にヒアリングするという方法では、分析できるような情報を得ることができなかった。

これらの問題を乗り越えて、できるだけ正確に長期入院患者のニーズを把握し、「受け皿」となりうる居住系サービスの内容を検討するための情報を得るには、病院の存在する地域の医

療供給の状況や当該病院の役割、性格を踏まえた上で、入院患者のニーズについて、より詳細なデータを積み重ねていく必要がある。入院患者の総合的なニーズを調査することは、プライバシーの核心に触れることでもあり、病院が十分に把握していない場合も多いことから、困難な点が多い。しかし、プレ調査でわかったように、長期入院患者の多い療養型の病院では、MSWが入院患者の家族状況も含めた事情を把握している場合があり、MSWを通じての調査を行うことで匿名性を確保できるというメリットもあることから、病院の位置づけに関する調査と併行して、MSWへのヒアリングを行い、個々のケースに関する調査を積み重ねていくことで、長期入院患者の「医」「介」「住」ニーズについて一定の傾向を把握することが可能であると考えられる。

来年度以降、プレ調査を実施した病院での個別データを整理し直すとともに、他の病院でもこのような方法での調査を実施し、より多くのデータを収集していくこととしたい。

4. 長期入院患者の「受け皿」の必要性和居住系サービスのあり方

これまでの研究を踏まえ、長期入院患者の「受け皿」となり得る「居住系サービス」のあり方について考察したい。

繰り返し述べているように、本年度においては、既存調査の分析と独自の調査に向けてのプレ調査までしか行うことができなかった。したがって、ここではいくつかの仮説を設定することにとどめざるを得ない。仮説の証明は次年度以降の調査に委ねることとしたい。

まず、居住系サービスの定義をしておきたい。ここで研究の対象とする居住系サービスの定義と居住系サービスのあるべき姿とは、裏表の関係にあり、あるべき姿がそのまま定義となるべきものでもあるが、ここでは、大枠を定義として規定し、具体的なハード、ソフトの内容のあるべき姿として記述することで、両者を区別して考えることとしたい。

居住系サービスの定義としては、以下のように記述することが可能である。すなわち、ここでいう、居住系サービスは、医療と介護のサービスがともに利用できる住居を提供する事業で、一時的な入院後の帰宅確保や、より生活に適した住宅への住み替えの場合などを含め、ハードとソフトが終身利用できることが確保されているものをいう。

居住系サービスの利用には、基本的に、それまでの住居からの住み替えが発生するが、医療、介護のニーズがない高齢者が、先を見越して「住み替え」ということはほとんど考えられないことから、入退院を契機とする「住み替え」が現実的な姿であると考えられる。居住系サービスの利用者としては、①希望しない長期入院を余儀なくされているが、政策的には早期退院を促進すべきもの ②医療ニーズがあるため、福祉施設への入所が困難なもの ③それまで住んでいた住居では、在宅療養、在宅介護などの必要なサービスが十分に利用できないもの が考えられる。

このような、定義と想定される利用者像から、居住系サービスの要件としては、以下のような点があげられる。

- ①住居としての機能を有し、身体状況に合わせた設備が整えられていること
- ②医療、介護のサービスを必要に応じて受けられること

- ③緊急時の対応が可能なこと
- ④症状が悪化した場合の受け皿が用意されていること
- ⑤永住が確保され、一人暮らしでも生活できるだけの生活基盤、サービスが用意されていること

さらに具体的に、居住系サービスに求められるものを、これまでの調査の分析結果から考察してみたい。プレ調査の結果から、療養病棟に長期入院している高齢者の典型的なケースは、以下の2つに分類することができる。

(Aケース)

軽い認知症や慢性疾患があり、医療ニーズ、介護ニーズとも高くはないが、食事づくりや掃除などの家事の援助と日常的な見守りが必要であり、一人暮らしや家族の支援が得られないために在宅での生活が困難なケース

(Bケース)

在宅での治療が可能ではあるが一定の医療ニーズがあり、日常生活において介護等の支援が必要であるが、医療・介護サービスの不足や家族の支援が得られないなど、家庭での生活環境が整わないために、在宅での生活が困難なケース

Aケースは、プレ調査のA病院において典型的なケースであり、厚生労働省が入院をし続ける必要がない者として想定するケースでもある。Bケースは、B病院において多く見られるケースであり、日本医師会などが調査結果をもとに入院を必要とする例としてあげるようなケースである。もちろん、この2つのケースは典型例であり、現実には、この中間に多くのケースが存在する。また、個々の病院での長期入院患者には、この2つのケースが混在しており、もっぱらどちらかのケースのみを対象とした病院は少ないと考えられる。しかし、ここでは、議論を整理する観点から、この2つのケースを対象として、それぞれ求められる居住系サービスのありかたを検討してみたい。

Aケースの場合は一人暮らしが多いと考えられる。(老夫婦で配偶者がBのケースに該当するような場合も考えられるが。そのようなケースについては、夫婦2人とも長期入院となると考えられることから、Bのケースとして検討することとしたい。)このようなケースについては、主に、家事援助、投薬管理、日常の見守り、通院支援等が求められるサービス内容であり、在宅でも、地域等の援助が受けられる場合は、十分に生活が可能であるように思われるかもしれない。しかし、そう簡単ではない場合も多い。軽い認知症があり足腰の弱った高齢者にとって、自宅は必ずしも安全な場所とはいえない。段差や階段で転ぶ、落下するというおそれがあり、火の始末、投薬の管理、規則正しく遠洋のある食事の確保、救急や災害時の対応など、同居する家族あって、支援が得られるという場合を除いて、大きな不安が存在する。不安は、本人にとってよりも、別居する家族の不安の方が大きい。病院に入院していれば、離れて暮らす家族は、このような不安から解放される。A病院の調査でも、家族からの要請で入院を継続するというケースがみられた。また、近しい親族がいない場合は、病院側が退院後の生活に不安があつて退院させられないというケースも存在する。このように、Aケースの場合は、不安＝特に離れて暮らす家族の不安が、入院を継続させる大きな要因になっていると考えられる。

このような不安に対応することについては、既存の居住系サービスにとっても、さほど困難

なことではない。介護保険の特定療養費支給の対象となっている施設はもともと、そうでないケアハウスや有料老人ホームでも、このような不安に対応する「広い意味の見守り」サービスは実施している。既存の居住系サービスになくて、病院にあるものとしては、病状が悪化した場合に対応が可能かどうかという「将来の不安」への対応だけである。たしかに、病院に入院していれば、病状が悪化したときでも、他の病院への転院も含めて、十分な対応が期待できる。しかし、「将来の不安」のために、病床を占有し続けることは妥当とは言いがたい。居住系サービスの側で、「将来の不安」に対応できる仕組みを持てば済むことである。このことから、Aケースについては、現在および将来の不安に対する対応ができることが条件となると考えられる。

Bケースは、慢性的な疾患のために常時の医学的管理と、日常生活のための介護を必要とするケースである。このような状況にある高齢者が在宅生活に移行した場合、訪問介護や通所介護のサービスに加えて、頻繁な訪問診療、訪問看護サービスの利用が必要になる。しかし、現状の訪問医療関係のサービス供給体制では、頻繁な訪問診療、訪問看護サービスを確保することは困難である。また、医療保険、介護保険の自己負担も重いものになってしまう。さらに、日常生活のための介護も、24時間毎日の訪問・通所介護サービスの利用は困難であり、家族の負担が避けられない。家族の支援が得られない場合は、在宅での生活は困難である。

これに対し、居住系サービスでは、同様の状態の人々が集まって生活していることから、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の拠点を同じ建物内や近くに確保しておけば、効率的に訪問サービスを実施することができ、“イザ”というときにも迅速な対応が可能である。一定の規模の居住者がいる場合には、その居住者のためだけの訪問診療所や訪問看護ステーションを設置することも可能である。介護サービスに関しては、特定施設の形態でのサービス提供も可能である。このように、Bグループの人々に対しては、同一経営主体で建物内、あるいは連携する経営主体で近いところに、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の拠点を備えることが、長期入院の「受け皿」となりうる居住系サービスの要件ということが出来る。当然のことであるが、Bグループの人々に対応できるということは、Aグループの人々にも対応できるということになる。

しかし、これは、まだ2施設30人の調査結果から得られた仮説に過ぎない。Aグループ、Bグループの分類には入りきれない長期入院患者が多数存在することが考えられるし、現実にも、このような要件を備えた居住系サービスが長期入院患者の「受け皿」となり得ているかについても実証する必要がある。また、このような居住系サービスがなくても、在宅療養を可能にする条件が存在することもあり得る。このような点については、来年度以降の研究に委ねたい。

おわりに

繰り返し述べてきたように、本研究の目的は、長期入院の是正政策が進められる中で、退院後の「受け皿」としての居住系サービスの可能性と条件について検討することである。医療の必要性がそれほど高くないにもかかわらず長期の入院を継続している実態は、本人のQOLの観点からも、医療資源の効率的な利用という観点からも、好ましいものではない。しかし、在宅復帰ができず、長期の入院を継続せざるを得ない高齢者には、それぞれの事情がある。慢性疾患を持ち、体の不自由な高齢者は、「医」「介」「住」という3つのニーズを併せ持ってい

る場合が多い。「医」のニーズが大きくないからといって、在宅でこれらのニーズを充足できない場合は、退院することは難しい。また、「住」のニーズには、見守りや近親者との交流など日常生活に必要なソフト面でのニーズも含まれている。住み慣れた住居では、そのような「住」のニーズを充足できない場合もある。既存の調査結果では、このような長期入院患者の「住」のニーズについては十分に把握することができなかった。しかし、プレ調査の結果からは、このような「住」のニーズが、一人暮らしなどの「不安」という形で、退院阻害要因として大きなウェイトを占めているのではないかという仮説を導き出すことができた。

「医」「介」のニーズは人によって異なり、また、そのサービス内容は、医療保険や介護保険の中で定型化され、費用負担に関しても対応することができている。しかし、「住」のニーズに関しては、個人、家族、地域が、それぞれ自主的に対応することとされ、そのモデル化や費用負担に関しても十分に検討されてこなかった。また、それゆえに、「医」「介」の定型化されたサービスで対応できないニーズは、インフォーマルな「住」のニーズに含まれることとされて、安易に家族や地域の負担に任せられてきた傾向がある。その結果が、「住」のニーズを充足できず、「不安」をかかえる高齢者の長期入院につながったということができないだろうか。

われわれが提案しようとするのは、慢性疾患を持ち、体の不自由な高齢者の「住」のニーズを充足することを基盤として、必要に応じて「医」「介」のニーズを充足できるサービスを提供するような事業＝居住系サービスである。まずは、基盤となる「住」のニーズを充足する条件を明らかにすることが、長期入院患者の「受け皿」となる可能性を明らかにすることにつながるのではないかと考える。今後の調査では、「不安」につながる「住」のニーズの具体的な内容、水準と、「不安」を解消できる具体的なサービスの内容、水準について、明らかにできるデータの収集に努めることとしたい。

(参考文献等)

印南一路 「『社会的入院』の研究 高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか」

東洋経済 2009

小山秀夫 「介護保険と社会的入院について」 国民健康保険 49 (12) 1998

大熊一夫 「精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本」 岩波書店 2009

濃沼信夫：「医療のグローバル・スタンダード」 株式会社ミクス 2000

土田武史／田中耕太郎／府川哲夫「社会保障改革－日本とドイツの挑戦－」

ミネルヴァ書房 2008

地域包括ケア研究会 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」

厚生労働省 医療施設動態調査 2009 年度

厚生労働省 病院報告 各年度

厚生労働省保険局医療課 「平成 22 年度診療報酬改定の概要」

OECD 報告書「虚弱な高齢者のケア (Caring for Frail Elderly People) 」1996

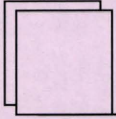
厚生労働省ホームページ

東京都ホームページ

日本医師会ホームページ

全国保険医団体連合会ホームページ

医療経済研究機構ホームページ



4. 高齢者の居住環境に関する考察

4. 高齢者の居住環境に関する考察

1. 本分担研究の目的

1990年代後半から、2000年の介護保険制度を経て、我が国における高齢者の住まいは大きく変化した。特に、2002年の個室ユニット型特別養護老人ホームの制度化は、高齢者施設における Culture Change の波となり、「施設から住まいへ」の流れを象徴する出来事といえる。「施設」を住まいと捉え、家庭的な環境づくりを目指す施設側の変化に加え、「住宅」側でも、外付けサービス利用しながら住み慣れた地域をベースにした生活継続するために、多様な「高齢者住宅」が登場している。現在は、施設側からみても、住宅側からみても変革の過渡期であるといえる。

そして、療養病床の再編に伴い病床数削減の方向に向かうなか、今後、居住系サービス、在宅等で医療ニーズの高い高齢者が増加することが予測される。また、状況に応じ自宅から「住み替える」ニーズが高まることも予測される。

2003年に出された「2015年の高齢者介護」¹では、「住まい」は自宅での生活の継続を困難にする要因の1つであり、住み替えの形として、

- (1) 要介護状態になる前に、将来、介護サービスが提供されることが約束されている「住まい」へ早めに住み替える
- (2) 要介護状態になってから、「自宅」同様の生活を送ることのできる介護サービス付きの「住まい」に移り住む

の2つのパターンを想定している。

早めの住み替えに関しても、要介護状態になってからの住み替えに関しても、これまでの高齢者福祉政策・住宅政策によって、整備されているものも少なくない。高齢者居住施設として整備されているものもあれば、高齢者住宅として整備されているものもあるが、それぞれの施設・住宅がターゲットとする入居像と実際の入居者の実態、提供サービスや居住環境の質に関しては、不具合が生じている状況も散見される。

他方、可能な限り住み替えず、在宅生活を続ける高齢者も存在する。これらの高齢者が外付けサービスを利用しながら暮らし続けられる体制づくりも求められる。特に、医療依存度の高い高齢者、認知症高齢者に対しては、従来の枠組みでは対応が難しい点もあり、課題が山積している。

また、来るべき2015年には戦後のベビーブーム世代が65歳以上となり、その後高齢者人口がピークに達する時期を迎える。団塊世代を対象とした佐々木らの調査研究²においても高齢者の居住ニーズも今まで以上に多様になることが明らかにされている。

これらを念頭に置き、本分担研究では、居住系サービスのうち、高齢者専用賃貸住宅等の高齢者向け住宅における居住環境に着目する。従来の高齢者居住環境整備は、主にADL低下を想定した「身体ケアモデル」であり、医療依存度の高い高齢者等に関する検討はこれからの課題である。

¹高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護；高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、(2003)

²佐々木千晶・今井幸充：高齢期のケア付き住宅に団塊世代が期待する条件、厚生学の指標、55(1)、20-26(2008)

3年間の1年目となる本年度は、以下の3点について重点的に取り上げた。

- (1) わが国における高齢者住宅政策の概観とその課題
- (2) 高齢者に配慮した住宅の整備指針
- (3) 高齢者向け住宅の概要と居住環境の課題

これらについて、既存の知見の整理を行い、2年目以降の研究にする資料を得ることを目的とした。

2. わが国における高齢者住宅政策の概観とその課題

(1) わが国の主な高齢者向け居住施設・高齢者住宅

わが国には、高齢者福祉政策・住宅政策によって、多様な高齢者向け居住施設・高齢者向け住宅が整備されている。これらは、表1に示すように主な高齢者向け居住施設・住宅の種類をみると、「医療系」「福祉系」「住宅系」に分けられる。「医療系」「福祉系」は主に厚生労働省による施策、「住宅系」は国土交通省による施策であり、それぞれ規定する法律も異なっている。これらの居住施設・住宅の最も大きな違いは、食事等のサービスの提供方式である。「医療系」「福祉系」と「住宅系」の高齢者専用賃貸住宅の一部では、住居と食事や（必要に応じた）介護が内部提供型である点である。これに対し、一部を除き「住宅系」では、住居に食事や介護等のサービスは、自己調達か外付けサービスを利用するという点である。

表1 主な高齢者向け居住施設・住宅の種類

領域	施設種別
医療系	介護療養型医療施設
	介護老人保健施設
福祉系	特別養護老人ホーム
	養護老人ホーム
	軽費老人ホーム
	A型
	B型
	ケアハウス
	有料老人ホーム
介護付き（特定施設） 住宅型 健康型	
	認知症高齢者グループホーム
住宅系	高齢者向け優良賃貸住宅
	高齢者専用賃貸住宅
	シルバーハウジング

(2) わが国の高齢者向け住宅政策

わが国における高齢者向け住宅政策は、1980年代後半から本格的に実施され、現在は①新築・既存住宅のバリアフリー化への支援、②高齢者向け公的・民間住宅入居者や居住者への支援、③ケア付き住宅の供給の3つに大別される³。

2001年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住法）」の施行、2006年には「住生活基本法」が施行され、これまで最も遅れていると指摘されていた民間賃貸住宅居住者に対する施策等高齢者の住宅関連施策は年々充実が図られている。

1) 住宅のバリアフリー化への支援

①新築住宅のバリアフリー化

高齢社会に対応した住宅のバリアフリー化は、1995年に策定された「長寿社会対応住宅設計指針」が基本となっており、これに基づいて1996年から住宅金融公庫、年金資金運用基金による低金利融資制度が実施された。

2001年には「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針」が定められた。これは加齢等に伴って身体的な機能の低下が生じた場合にも、高齢者がそのまま住み続けられるような住宅の設計に関する指針を定めたものである。長寿社会対応住宅設計指針では若干触れるにとどまっていた車いすや介護で使用できる具体的な水準が示されている。

また、2000年から施行された「住宅の品質確保の促進等に関する法律（品確法）」によって、高齢者の移動や介助にかかる動作の安全性に配慮した住宅の建築水準を5段階で評価する「高齢者等配慮対策等級」が設けられ、希望する建築主に対して住宅の質に対する評価が行われることになった。

②既存住宅の住宅改修・住宅改造等の促進

ア. 介護保険制度における住宅改修

介護保険制度における居宅サービスの一つとして、住宅改修がある。20万円を上限として、原則として1人1回利用することができる。給付対象項目は、表2に示すとおりである。

表2 介護保険制度における住宅改修費給付対象内容

給付内容
①手すりの取り付け
②段差の解消
③滑り防止、移動の円滑化等のための床材変更
④引き戸等への扉の取り替え
⑤洋式便器などへの便器の交換
※①～⑤の工事に付帯して必要な工事(浴槽、給湯設備、流し・洗面台の取り替えなど、いわゆる設備は対象外)を含む

³園田眞理子：住宅・土地統計調査等からみた高齢者の住まい。住宅金融月報、(635)；16-23(2004)

イ. 高齢者住宅改造費助成事業

おおむね 65 歳以上の高齢者で住宅改造が必要な人に住宅改造に要する一定の費用を助成する事業を行っている自治体もある。トイレ、浴室などを中心に実施されているが、その内容は自治体により異なる。

ウ. バリアフリーリフォーム等に関する融資

住宅金融支援機構による一定のバリアフリー工事を行う住宅に対する融資制度やリバースモーゲージを用いた高齢者向け返済特例制度がある。また、市町村が 60 歳以上の高齢者世帯や高齢者と同居する住宅を対象に、高齢者が生活するにあたって必要な改修工事にかかる費用を低金利で貸し付ける高齢者住宅整備資金貸付制度等の融資制度等が整備されている。

2) 公的・民間賃貸住宅居住者への支援

高齢者向けの賃貸住宅は、公営・公団住宅では 1960 年代から高齢者を優先的に入居を認めるなどの施策が行われている。しかし、民間賃貸住宅市場においては、家賃の不払い、病気・事故などへの不安感から高齢者世帯の入居が困難となる場合があった。

2001 年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住法）」が施行され、①高齢者が安心して入居できる賃貸住宅の登録制度の整備、②高齢者向け優良賃貸住宅の供給促進、③入居者が死亡した時に、賃貸借契約が終了することができる終身建物賃貸借権の確立、④利用しやすい融資制度による高齢者の持ち家のバリアフリー化支援など高齢者が安心して誰もが安心して暮らすことができる居住環境の構築を目指して法整備が進められた。また、家賃滞納に対する債務保証制度なども賃貸住宅居住者に対する支援として行われている。

3) ケア付き住宅の供給

1987 年のシルバーハウジングの創設によって、緊急通報装置や生活援助員（LSA：ライフサポートアドバイザー）が設置され、わが国でもサービス付き住宅の供給が進められることになった。また、1998 年に高齢者向け優良賃貸住宅制度がスタートし、高齢者に配慮した賃貸住宅の整備等にかかる費用の助成が行われるようになった。介護保険制度施行後は、認知症高齢者グループホームが居宅サービスとして位置づけられたり、高齢者が助け合っ共同生活を営むグループリビングや個人の住宅部分とは別にリビングなど居住者が交流し支え合う空間を設けたコレクティブハウジングなども整備された。

(3) わが国の高齢者向け居住施設・住宅の課題

ここまで高齢者向けの住宅政策を中心に取上げたが、さまざまな形態の住居や施策が講じられていることがわかる。

加えて、「医療系」「福祉系」の高齢者向け居住施設も供給されている。図 1 は、高齢者向け居住施設・住宅について、縦軸を入居者の経済力、横軸を要介護度に設定し、整理したものである。これをみると、複数の施設や住宅の重複する部分が多いことが明らかである。利用者にとっては、同一もしくは類似する機能や想定する利用者像を持つ高齢者向け居住施設・住宅が、別の制度で規定され、供給されており、理解をしにくい状態になっていることが予測される。福祉政策と住宅政策の連携の重要性は、1990 年代から指摘されていた点であり、バリアフリー新法や高齢者居住法では、福祉政策と住宅政策の連携が図られている。特に、2009 年の改正された高齢者居住法では、住宅政策と福祉政策が連携し高齢者の安定した居住を支援することが明記された。高齢者居住法は、国土交通省が所管す

るものであったが、今後の高齢者の住まいの安定は福祉施策との連携が欠かせないことから厚生労働省と共同で所管する法律に改められた。これに伴い、基本方針についても高齢者居住法の基本方針国土交通大臣と厚生労働大臣が共同で策定すること定められた。

また、都道府県は、基本方針に基づき、高齢者に対する住まい（住宅だけでなく老人ホーム等も含まれる）の供給目標、介護サービス等の支援体制を通じた居住安定のための実施計画となる高齢者居住安定計画を定めることが望ましいと明示されるに至っている。

高齢者にとっては、要介護状態になった際に、「どこで」「どのような介護（サービス）をうけて」「エンド・オブ・ライフを迎えるのか」という点は、もっとも大事な課題のひとつである。今後、居住系サービスを展開していくにあたっては、住み替えに伴いリバースモーゲージや年々増加する空き家（図 2 参照）を活用していく必要性などを鑑みると、より一体的に居住系サービスを展開することが課題であると考えられる。

また、要介護度が低く経済力が中程度以上の入居者に適合する居住施設は充実しているが、低所得者の選択肢は要介護度の高低に関わらず限られていることを読み取ることができ、低所得者の居住の場を確保する方策も求められるといえる。

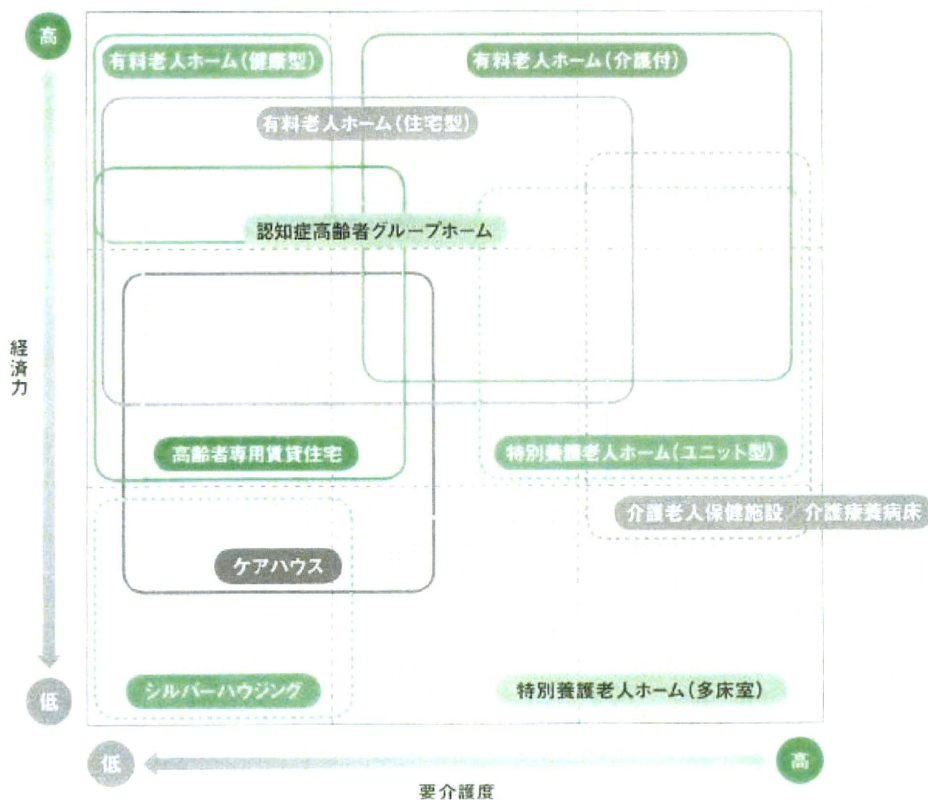


図1 高齢者向居住施設・住宅の体系

出典: 東京商工会議所編「福祉住環境コーディネーター検定試験1級テキスト」p. 209 (2008)

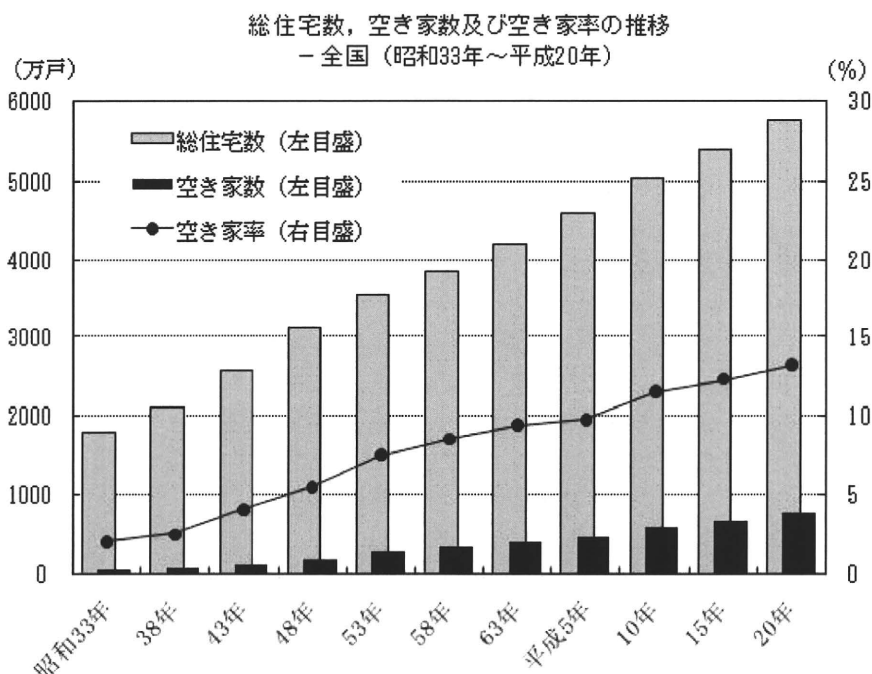


図2 空家数および空家率の推移
出典：平成20年「住宅・土地統計調査」

3. 高齢者に配慮した住宅の整備指針

先に述べたように、わが国では1980年代後半から様々な高齢者への住宅関連施策が実施され、それに伴い住宅整備に関する指針が作成されている。

(1) 新築住宅を対象とした指針

高齢者に配慮した住宅設計基準は、1995(平成7)年に建設省によって策定された「長寿社会対応住宅設計指針」が基本とされている。長寿社会対応住宅設計指針は、加齢等により身体機能の低下や障害が生じた場合においても、可能な限り自立した日常生活を送り、また介護者にとって介護しやすい住宅の設計指針を示したものである。部屋の配置・段差・手すり・通路・出入口の幅員・玄関・階段・便所・浴室等の44項目が設定され、これによりわが国の高齢者に配慮した住宅設計の骨格ができあがった(表3)。また、この指針に基づき1996(平成8)年から住宅金融公庫、年金資金運用基金によるバリアフリー住宅取得に対する低金利融資制度が実施された。総務省の「土地・住宅調査」によると、1996年以降に建設された住宅では、高齢者に配慮した設備を備えている住宅の割合が高く、制度の効果が普及しつつあるといえる(表4)。

2001(平成13)年には「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針」が定められ、長寿社会対応住宅設計指針では若干触れるに留まっていた車いすや介護で利用できる具体的な住宅仕様の水準が示された。(文末資料参照)

また、表4に示すように2000(平成12)年に施行された「住宅の品質確保の促進等に関する法律(品確法)」によって、「移動時の安全」と「介助の容易性」を基準に、住宅仕様の高齢者への配慮の程度を評価する「高齢者等配慮対策等級」が設けられ、住宅の質に対する評価が行われている。

(2) 既存住宅を対象とした指針

既存住宅における高齢者に配慮した住宅リフォームについて、これまでに多くの研究・実践の蓄積がなされてきた。これまでの研究・実践における成果を踏まえた代表的な住宅リフォームマニュアルに『高齢化対応住宅リフォームマニュアル⁴』と『高齢者の住宅増改築相談マニュアル⁵』が挙げられる。これらのマニュアルでは、高齢者の身体機能のレベルと対応するリフォームのレベルが示されている。例えば『高齢化対応住宅リフォームマニュアル』では、「標準仕様」「車いす仕様」「重度介護」の移動形態別に3つのレベルを設定している。標準仕様は、移動形態が独歩可能な「自立歩行レベル」とつたい歩き、杖歩行、介助歩行等の「介助歩行レベル」に対応するリフォームの水準としている。「長寿社会対応住宅設計指針」や「高齢者が居住する住宅の設計にかかる指針」で新築住宅に求められている内容は、標準仕様の水準であり、住宅金融公庫の「バリアフリータイプ」もほぼこのレベルが基準にされている。よって、このリフォームレベルは、高齢者が生活する住宅の基本的な水準といえる。「車いす仕様」「重度介護」は、車いすを日常的に使っているレベルに該当し、「重度介護」はほぼ寝たきりで多くの動作に介護を要するレベルとされ、それぞれのレベルに対応した住宅リフォームの手法が明らかにされている。(表5)

2000(平成12)年に施行された介護保険制度の住宅改修費の支給対象項目においても、手すりの設置や段差の解消、床材の変更等は、移動能力に対応する内容である。このように一般の高齢者に対しては、ADL低下を想定し、移動形態を基軸とした指針等に基づいて手法や技術の開発が進み、普及が図られてきたといえる。

既存住宅の整備状況については、平成16年1月以降の高齢者などのための設備の工事(将来の備えを含む。)の状況を明らかにした平成20年住宅・土地統計調査にて明らかにされている。高齢者のいる世帯において、工事を行った世帯が239万世帯で、高齢者のいる世帯全体の15.7%となっており、高齢者のいる世帯の方が工事を行った世帯の割合が高くなっている。

⁴増改築相談員テキスト作成委員会編：高齢化対応住宅リフォームマニュアル、(財)住宅リフォーム・紛争処理支援センター、東京(1990)

⁵高齢者の住宅増改築相談マニュアル作成委員会編：高齢者の住宅増改築相談マニュアル、(社)全国社会福祉協議会、東京(1990)

表3 長寿社会対応住宅設計指針(抜粋)

項目	設計指針	補足基準及び推奨
段差	住戸内の床は、原則として段差のない構造のものとす。但し、玄関の出入口及び上がりかまち、浴室の出入口、バルコニー等への出入口にあつては、この限りではない。	・高齢者等が利用しない居室、居間、一角に設ける廊コーナー等については、高齢者等の基本的な日常生活における移動経路上にない場合は、段差があつても差し支えない。
手摺	(イ) 階段、浴室には、手摺を設ける (ロ) 玄関、便所、洗面所、脱衣室、居間、食事室、高齢者等の寝室等及び廊下には、手摺を設けるか設置できるようにする。 (ハ) 手摺りは、使用しやすい形状、材質とし、適切な位置に設置する。	・便所については、立ち座り、姿勢保持のための手摺りを設けるか設置できるようにする。 ・浴室については、浴槽入りのための手摺りを設置するとともに、できる限り浴室出入口にも手摺りを設置する。 ・玄関については、靴等の着脱のために上がりかまち側に手摺りを設けるか設置できるようにする。 ・水平手摺りの端部は、できる限り壁側又は下側に曲げる(推奨)
通路・出入口の幅員	住戸内の廊下等の通路及び出入口は、できる限り歩行補助具及び介助用車いすの使用に配慮した幅員を確保する	・廊下の屈曲部及び廊下から直進できない出入口に接する廊下については、できる限り介助用車いすの回転が可能な空間を設けるか、又は改造によって当該空間を設けることができるようにする(推奨)
床・壁の仕上げ	住戸内の床・壁の仕上げは、滑り、転倒等に対する安全性に配慮したものとす。	・床は、滑りにくい仕上げとするとともに、転倒した場合の衝撃をやわらげるよう仕上げの材質等に配慮する。特に浴室については、滑りやすいもので十分に配慮する。
建具	開閉がしやすく、安全性に配慮したものとす。また、建具の取っ手、引き手及び錠は使いやすい形状のものとす、適切な位置に取り付ける。	・出入口ドア等にガラスを入れる場合は、安全ガラスを用いるか又はは掛け建具として1枚あたりのガラス面を小さくする(推奨)
玄関	(イ) 出入口に生じる段差は、安全性に配慮したものとす。 (ロ) できる限りベンチ等が設置できる空間を確保する。 (ハ) 上がりかまちの段差は、安全上支障のない高さとし、必要に応じて式台を設置する。	・玄関の出入口においては、くつずりと玄関外側の高低差は2cm以下、くつずりと玄関土間の高低差は5mm以下とする。 ・玄関の上がりかまち及び式台は、段差が分かりやすいよう、できる限り材質、色等で変化を持たせる(推奨)
階段	階段の勾配、形状等は、昇降の安全上支障のないものとす。	・踏面のノンスリップを設ける場合はできる限り踏面と同一面とし、蹴込み板を設置し、できる限り段鼻を出さないようにするとともに、蹴込みは2cm(やむを得ない場合は3cm)以下とする(推奨)
便所	(イ) できる限り介助可能な広さを確保する。 (ロ) 入口は、緊急時の救助に支障のない構造のものとす。 (ハ) 便器は懸掛け式とす。	・いす座使用可能な洗面台を設置する(推奨)
洗面所	(イ) 洗面所は、手洗い等の利便性に配慮したものとす。 (ロ) 脱衣室は、衣服の着脱等の安全等に配慮したものとす。	・脱衣室(洗濯機を別の場所に置く場合は、その付近)には、下洗い用シンクを設置する(推奨)
浴室	(イ) 浴室は、できる限り介助可能な広さを確保する。 (ロ) 浴室の出入口に段差が生じる場合は、安全上支障のない形状の段差とするとともに、出入口に継手摺りを設置する。 (ハ) 浴室の出入口建具は、安全性に配慮するとともに、緊急時の救助に支障のない構造のものとす。 (ニ) 浴槽は、安全性に配慮した形状、寸法とする。	・浴室の広さは、懸掛け台等を設置しても入浴行為に支障のない広さとして、内法で幅辺1.4m以上かつ広さ2.5㎡以上とする。 ・浴室の出入口の段差は、2cm以下の単純段差とし、やむを得ない場合は、手摺りを設置しつつ、浴室内外の高低差12cm以下かつ高さ18cm以下とする。 ・浴室出入口は段差なしとする。 ・出入口建具は引き戸または折れ戸を原則とし、やむを得ず内開き戸とする場合は、緊急時には外部から取り外せる構造のものとす。 ・浴槽の縁の高さは35～45cmとする ・浴槽の縁の高さは30～50cmとする(推奨)

(注)(推奨)は、車いす等の使用の際にも対応できる基準を示している
資料)「長寿社会対応住宅設計指針」から抜粋したもの

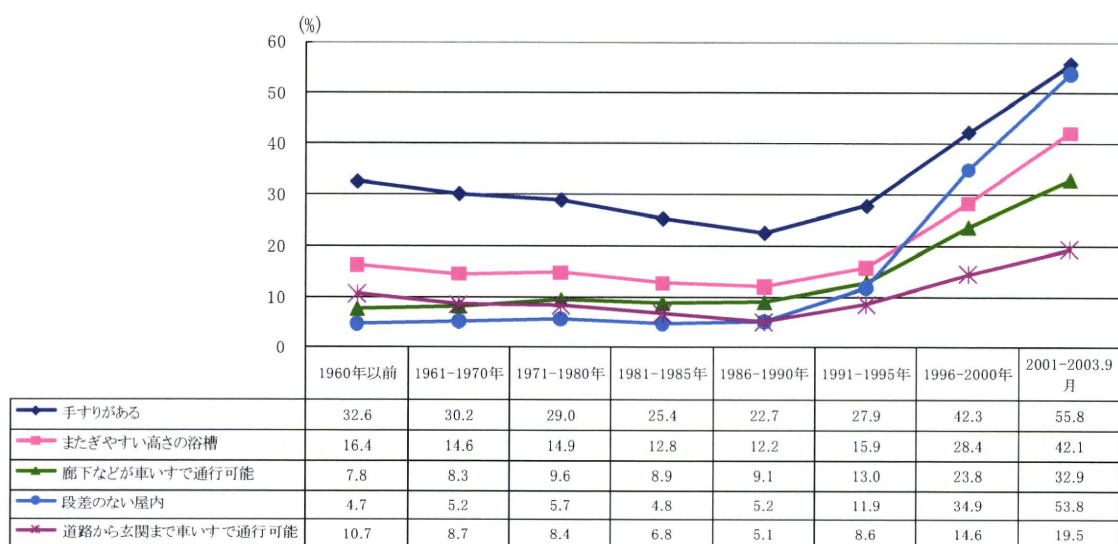


図 3 1996 年以降に建設された住宅における高齢者に配慮した設備を備えている住宅の割合

資料：総務省「平成 15 年土地・住宅調査」をもとに筆者作成

表 4 住宅性能表示制度による住戸内における高齢者等への配慮のために必要な対策の程度(新築住宅の専用部分)

等級	必要な対策の程度
5	高齢者が安全に移動することに特に配慮した措置が講じられており、介助式車いす使用者基本的な生活行為を行うことを容易にすることに特に配慮した措置が講じられている
4	高齢者等が安全に移動することに配慮した措置が講じられており、介助式車いす使用者が基本的な生活行為を行うことを容易にすることに配慮した措置が講じられている
3	高齢者等が安全に移動することに配慮した措置が講じられており、介助式車いす使用者が基本的な生活行為を行うための基本的な措置が講じられている
2	高齢者等が安全に移動するための基本的な措置が講じられている
1	住戸内において、建築基準法に定める移動時の安全性を確保する措置が講じられている

注) 等級が高くなるほど、より多くの対策が講じられている住宅であることを表す。
(資料) 建設省:住宅の品質確保の促進等に関する法律(2000)をもとに作成