

SCREEN 3 - Choose Nursing Home

Step 2 - Choose Nursing Home to Compare

Your search resulted in 4 Nursing Homes in Virginia. Select up to 3 Nursing Homes from the results table below selections in more detail.

Five-Star Quality Rating
 The number of stars shows how well the nursing home is performing.
 Much Above Average
 Above Average
 Average
 Below Average
 Much Below Average

Your Search Criteria
 You have selected the following criteria for your search:
 States: Virginia
 • [Modify Search](#)
 • [New Search](#)

Icon Legend Special Focus Facilities (SFF) are nursing homes that have a history of persistent poor quality of care. These nursing homes have been selected for more frequent inspections and monitoring. To learn more visit the CMS Certification & Compliance website.

Refine Your Results:

- [Nursing Homes within a Continuing Care Retirement Community](#)
- [Nursing Homes within a Hospital](#)
- [Nursing Homes with Disability & Email Services](#)

View Nursing Home Locations on a Map [What is this?](#)

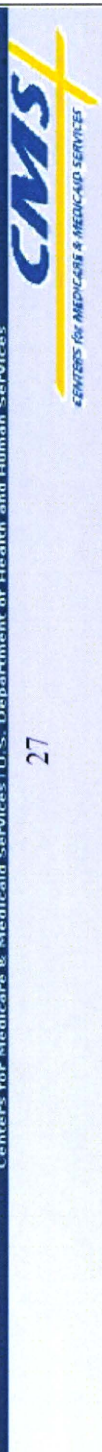
| Choose up to 3 Facilities to Compare | Nursing Home Name and Information | Overall Rating | Health Inspections | Staffing | Quality Measures | Medicare Participation | Number of Certified Beds | Type of Ownership |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Basic Spring 1555 555-0999 Located in a Hospital Residence & Family Residential Care Residential Community | 2 out of 5 Stars | 0 out of 5 stars | 1 out of 5 stars | 2 out of 5 stars | Medicare and Medicaid | 93 | Non-Profit Corporation |
| <input type="checkbox"/> | Lakefront View 1900 West Pines Road 1555 555-0999 Residence & Family Council Community Care Residential Community | 4 out of 5 stars | 3 out of 5 stars | 4 out of 5 stars | 4 out of 5 stars | Medicare and Medicaid | 99 | Non-Profit Corporation |
| <input type="checkbox"/> | Glencrest Gardens 2017 West Southern Ave 1555 555-0999 Residence & Family Residential | 3 out of 5 stars | 3 out of 5 stars | 3 out of 5 stars | 2 out of 5 stars | Medicare and Medicaid | 69 | For-Profit Corporation |
| <input type="checkbox"/> | Horton Mills 2750 Lee Highway Falmouth, VA 22031 1555 555-0999 Resident Council (Only) | Not Available ¹ | 2 out of 5 stars | Not Available ² | 2 out of 5 stars | Medicare | 69 | For-Profit Corporation |

Sort Table By: Overall Quality Rating | Sort

Here is a picture of the new nursing home compare website.

Change up to 3 Facilities to Compare | [Sort](#)

¹ Newly certified nursing home with less than 12-15 months of data available.
² Not enough data available to calculate a star rating.
³ This indicates that the nursing home has had a change of ownership in the past year. This information may be of interest to you when visiting a nursing home.



(出典) CMS のホームページ

・「Special Focus Facility Initiative」

加えて、CMS は CMS による書類審査や立ち入り検査において、過去に重大な欠陥があると認められた施設や改善の見込みがないと判断し Medicare の対象施設から除外した施設についてもその施設名を公表している。

とはいえ、こうしたいわゆる「落ちこぼれ施設」であっても、利用者によっては、また地域によっては選択の余地がない場合がある。CMS はそうした場合について「これから入所を希望している施設の名前をリストに見つけたら、とにかくまず自分で施設を見学してみること、施設のスタッフと話してみること、施設のデータを見せてもらうこと」「その前には施設のこれまでのデータ等を調べてみること」「その後どのような改善が行われたかをスタッフに聞いてみること」「監督官庁やオンブズマンにその施設に関する情報を問い合わせるなど」などを紹介している。

【注目すべきポイント】

- ・ 保険者による評価が行われていること
- ・ 評価項目の内容と評価の方法
- ・ 評価において従業員の視点を織り込むことに取り組んでいること
- ・ 評価においては利用者の視点を織り込むことに取り組んでいること
- ・ 評価項目の内容と方法についてその信頼性と妥当性に関する研究を継続して行い改善につなげていること
- ・ 評価の結果の公表・開示の方法
- ・ 質の保証・向上に向けたインセンティブの方法
- ・ 「評価」という取り組みが、質の保証・向上につながっているか、効率性の改善につながっているかの研究も続けられていること

(6)「Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign」

【背景と具体的な取り組み】

「Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign」は、nursing homes の quality of care と quality of life の向上のために、NURSING HOME、利用者、nursing home で働くスタッフなどをはじめ、nursing home の質の向上に取り組む関連団体が一つになり、優先度の高い8つのゴールを定め、質の向上に寄与する方法と成果を共有し、nursing home 全体として成果を上げていこうとする取り組みである

選ばれた「Staff Turnover」「Consistent Assignment」「Restraints」「Pressure Ulcers」「Pain」「Advance Care Planning」「Resident/Family Satisfaction」「Staff Satisfaction」という8つのゴールについては、それぞれ成果を測定する指標がさだめられており、エントリーした施設は、それぞれの指標を報告し、キャンペーンの成果とされることになる。

同時にその目標への取り組みについては、役に立つ Tool Kit が紹介されたり、地域連携のなかで取り組みに関するサポートが得られたりするなど、多彩な支援が得られる仕組み

になっている。

第一期の2006～2009年には、15州で60%のnursing homeが、24州で50%が、2州で100%のnursing homeがキャンペーンに参加し、すでに第二期に入って次なる目標に向けての取り組みを進めている。

(参考資料5-11) 「Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign」

Advancing Excellence
in America's Nursing Homes
Making nursing homes
better places to live, work and visit.

Welcome, Guest Home | Login | Help

HOME ABOUT THE CAMPAIGN RESOURCES PROGRESS FOR PARTICIPANTS

SEARCH POWERED BY GOOGLE

[Register Today!](#)

Eight Goals

Goal 1 - Staff Turnover: Nursing homes will take steps to minimize staff turnover in order to maintain a stable workforce to care for residents.

Goal 2 - Consistent Assignment: Being regularly cared for by the same caregiver is essential to quality of care and quality of life. To maximize quality, as well as resident and staff relationships, the majority of nursing homes will employ "consistent assignment" of CNAs.

Goal 3 - Restraints: Nursing home residents are independent to the best of their ability and rarely experience daily physical restraints.

Goal 4 - Pressure Ulcers: Nursing home residents receive appropriate care to prevent and appropriately treat pressure ulcers when they develop.

Goal 5 - Pain: Nursing home residents will receive appropriate care to prevent and minimize episodes of moderate or severe pain. Objectives for long stay and short stay are slightly different.

- Goal 5A: Long stay (longer than 90 days) nursing home residents will receive appropriate care to prevent and minimize episodes of moderate or severe pain.
- GOAL 5B: People who come from a hospital to a nursing homes for a short stay will receive appropriate care to prevent and minimize episodes of moderate or severe pain.

Goal 6 - Advance Care Planning: Following admission and prior to completing or updating the plan of care, all nursing home residents will have the opportunity to discuss their goals for care including their preferences for advance care planning with an appropriate member of the health care team. Those preferences should be recorded in their medical record and used in the development of their plan of care.

Goal 7 - Resident/Family Satisfaction: Nursing home staff will assess resident and family experience of care and incorporate this information into their quality improvement activities.

Goal 8 - Staff Satisfaction: Nursing home administrators will assess staff satisfaction with their work environment at least annually and upon separation and incorporate this information into their quality improvement activities.

[More information about each goal >](#)

(出典) 「Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign」のホームページ

4. 次年度以降の課題

アメリカの nursing home における質の評価に関連する取り組みがそのまま「居住系サービス」の質の評価に応用できるものではないが、参考になる点は少なくない。特に近年の nursing home の質の保証・向上の取り組みにおいて盛んに強調されている nursing home のあり方のコンセプトとしての「choice」「dignity」「respect」「self-determination」「purposeful living」や、「Culture Change」の内容、MDS などをはじめとする CMS の取り組みは大変参考になるものである。

なお本年度はアメリカの long-term care における利用者の費用負担については調査をしていないが、日本において実現及び維持可能な、そして汎用できる「居住系サービス」の検討に向けては、利用者の費用負担についての調査を行うことも必要である。

先に述べたように、「居住系サービス」の質の評価については、評価内容だけでなく、評価方法、評価結果の活用方法などを総合的に検討していかなければならない。評価方法だけでなく特にそうした評価が継続した質の保証・向上に向けたインセンティブとなり得る仕掛けを制度のなかにどのように織り込んでいくかについても、アメリカをはじめとする諸外国の先行事例を参考に、検討していく必要がある。

(次年度の課題)

- ・アメリカにおける医療・介護の質の評価に関する調査と情報収集
- ・諸外国における医療・介護の質の評価に関する調査と情報収集
- ・アメリカ及び諸外国における特色ある医療・介護サービスの視察を通じた評価方法と結果の活用方法の検討
- ・アメリカ及び諸外国における医療・介護の質の評価に関する文献における評価の検討
- ・日本における特色ある医療・介護サービスの視察を通じた評価項目の検討
- ・「居住系サービスにおける評価方法と評価の活用方法」の検討

(最終年度の課題)

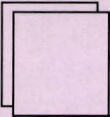
- ・前年度において検討した「居住系サービスにおける評価方法と評価の活用方法」の実証
- ・居住系サービスにおける質の評価に関する総合的な政策提言案の作成

(付記)

本報告書の作成途中で東北・関東大震災が発生した。大規模災害時の課題が指摘されるなか、高齢者施設の孤立が大きな問題となっている。「居住系サービス」においては濃厚な医療を受けている患者は想定されていないとはいえ、小規模で地域に分散することになるであろう「居住系施設」においては、設備もおそらく対応するスタッフの数も限られることになるはずである。「居住系サービス」だからこそその災害時対策なるものが必要なのか必要ではないのか、そうした安全・安心の観点からの検討も必要である。

参考文献

- 1) 平成 21 年度老人保健康増進等事業による研究報告書・地域包括ケア研究会報告書、地域包括ケア研究会、平成 22 年 3 月
- 2) 「Federal Nursing home Reform Act (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987)」、National Long Term Care Ombudsman Resource Center 資料
- 3) 「Nursing home Reform Act (OBRA '87) : 20 Years of History」、U. S. Government Accountability Office 資料
- 4) 「A Guide to Long -Term Care for States Policy Makers: Guide to Nursing home Culture Change」、National Conference of State Legislatures 資料
- 5) 「Guide to Choosing a Nursing home」、CMS 資料
- 6) 「Patient and Nursing home Resident Rights and Responsibilities」、Department of Veterans Affairs、2006
- 7) 「Crossing the Quality Chasm : A New System for the 21 Century」、IOM、2001
- 8) 「Culture Change in Nursing homes : How Far Have We Come?」、Commonwealth Fund 資料、2008



6. ピュアサポートグループの持続可能な社会保障構築への取り組み

6. ピュアサポートグループの持続可能な社会保障構築への取り組み

はじめに

「居住系サービス」とは、いわゆる在宅系サービス(訪問介護、デイサービス等)が住宅と共に有機的に提供されることであると考えられる。この有機的とは、「一連のつながり」と言い換えられるものである。地域によっては、在宅サービスも施設サービスも特養以外は供給過多になっているところもある。それはピュアサポートグループが位置する熊本市のような地方中小都市に顕著であると考えられる。

在宅サービスが潤沢にあるにも関わらず、それらは本来の機能を果たせているだろうか。特に「一連のつながり」を持った安心できる高齢者のための社会保障サービスを構築するのは、現場では大変難しいことのように感じられる。

ピュアサポートグループでは、医療法人社団大浦会を中心とした「医療介護福祉」を一体として提供する仕組みを独自に開発してきたので、その経緯と現在までの結果を報告する。

(1) ピュアサポートグループにおける事業再構築～病院から家へ

★H6年当時の特例許可老人病棟

H6年当時、医療法人社団大浦会は、熊本敬愛病院 特例許可老人病棟137床、老人保健施設 博寿園 90床で構成され、理事長である大浦辰男が個人病院として大浦病院 特例許可老人病棟 66床を運営していた。当時の典型的な老人医療で利益をあげている医療法人の姿であったと考えられる。

この法人に H6年転機が訪れた。事務長役であった理事長婦人が癌で急逝したのである。それで当時実家である医療法人に戻ったばかりの医師であった私が事務長役も引き受けることとなった。

H6年当時の特例許可老人病棟は、寝たきりの患者から、元気に歩き回る高齢者の社会的入院まで、バラエティに富んだ患者層であった。特例許可だから、医師数も看護師数も少ない。いわゆるリハビリテーションを熱心に行っているわけでもなく、社会的入院患者の多くは、簡単な除痛処置と高血圧などの薬の投与のみで病院で暮らしていた。一般病床扱いなので、1病床あたりの床面積は 4,3 m²。車いすをベッドサイドに入れるのも困難な状態であった。

このような病院が全国に沢山あったと思われるが、何故存在できたかといえば、このような病院形態でも十分な利益が得られたからだと考えられる。熊本敬愛病院は、15%以上の利益率であったと記憶している。

何もせず、社会的入院を受け入れていれば利益のあがる病院の姿とそれを許容している国家の姿をみて、私は確信した。「必ずこの国は潰れる」。

社会的入院の原因は、その安い自己負担であった。実は今も設備のあまり整っていない療養病床に、軽い介護度で入院するのが、老健、ユニット型特養に入所するよりも自己負担は安い。このような支払い関係が続く限り、社会的入院を根絶させることは難しいと考えられる。

★10年入院した後に訪れる死は幸せか

社会的入院患者だけではなく、特例許可老人病棟には、寝たきりの患者が多数存在した。今考えれば、それなりの介護と機能訓練を受ければ、十分に動ける可能性があった人たちも多かったと思われる。しかし、当時の特例許可老人病棟には、そのような概念は全く無く、看護師をはじめとしたスタッフたちもこれが「当たり前」だと思っていた。H6年、まだ、グループホームの数が全国で10施設あるかどうか、という時代である。

「今のように寝たきりの患者をそのままにして、10年寝かせきりで死ぬというのは、人間の最期としてあまりに悲しいと思わないか。」とスタッフに問いかけても、大半のスタッフは、「他にすることも無い。仕方が無い。」という反応だった。社会的入院と寝たきり患者の世話をすることでそれなりの給与が支給される。職員の意欲が向上できるはずがなかった。

寝たきりになった患者の一部は、社会的入院からずっと入院しているので、入退院の数も少なく、仕事量は特例許可(看護師数が少なくてもよい)であっても、急性期医療とは比べ物にならないほど少なかった。必要とされる知識レベルも低いので、医療職としての勉強にもあまり熱心ではなく、勉強会の数も少なかった。むしろ、スタッフが何か意欲的にならないように仕組みられている感じすら受けた。

この状況を見つつ、私は「10年病院に寝たきりでそのまま死ぬ」ことや、「3年おむつをして胃に穴を開けて死ぬ」ということが、本当に人間のあるべき姿かということを今に至るまで訴え続けている。

少しずつ、日本人の意識も変わってきたように思うが、「どんな状態であっても生きていて欲しい」と願う家族。呼吸が困難な状態、もしくは、全く食事が入らなくなってから、「この処置をしなければ、お母さんは死にますよ。」と家族説明する医師。介護が必要になってからさえ、「死」に対する心の準備をせずに行われる医療行為の不毛さを考える時、今最も必要なことはサービスの充実ではなく、死や要介護状態に対する心構えを考える場の提供、それを支える人材の育成ではないかと考える。

この国民教育の大切さを行政の委員会その他で訴え続けているのだが、「それは難しい」で一蹴されてしまう。もっとも大切なことに予算が使えない国家の仕組みとコトにあたる行政マンの心構えを変えることも急務である。

★持続可能な社会保障を考えるきっかけ

このような病院を運営することで、私は真剣に国家のありかたを考えるようになった。今病院に利益が出ていても、医療の質の担保されない病院に必要以上の利益が出る仕組みが存在すれば、いずれ、国家予算も社会保険制度も破たんするだろうと想像した。そうなれば、今利益を得ている病院も成り立たなくなる。医療経営者の誰もが真剣に社会保障の持続性を予算という視点から考えるべきだと思った。それが医療経営者の基礎的な考え方であるべきだと。

そう考えた時、一番に閉院すべきは自分の病院だった。既に熊本は病床過剰地域だった上、当院は社会的入院の巣窟になっていたからだ。しかし、借金も抱えた状態での閉院は出来ない。悩んだ末私は少しずつ、病院以外の事業を拡大し、軸足を病院から違う仕事へと移して行こうと考えた。

病院での長期療養が、高齢者介護施設よりも比較的高額になる理由のひとつに、医師、看護師など給与の高いスタッフの存在があるのは否めない。同じ質の介護を提供するのに、本当に医師、看護師は必要なのか。そもそも、医療がなければ介護は出来ないのか。高齢者介護にあたって必要かつ十分～ミニマムな医療提供とは何なのかを考えた時、高齢者介護が病院で行われるのは、国家的不経済ではないだろうか。

実際、在宅介護が継続できている家庭をみていると、特に家族に医療の知識があるわけではない。週、数回の医療資格者が訪問すれば在宅介護は可能であることが多い。また、在宅医療に携わる医師たちは、思ったほど、深夜帯の緊急呼び出しは少ないという感想を持っていることが多い。在宅介護が継続していくためには、関わる人たちの「あうん」の呼吸が必要であり、本当に必要な時にしか時間外呼び出しは無いからだ。だとすれば、長期療養病床に入院している患者の多くは、病院以外の場所で生活することが十分可能である。

高齢者医療介護費が高額になるもうひとつの理由は、施設設備、いわゆる箱モノの存在である。病院、老健、特養などの施設設備償却部分も介護保険、医療保険支払いの中に入っている。さらには病院を全面建て替えした時、どんなに経営シミュレーションを行っても、建築にあたっての補助金がなければ安定経営が難しい。当法人では、「医療施設近代化整備事業」の補助金を得ることで建て替えが可能になったが、これなしのシミュレーションでは経営は成り立たなかった。

このように、実際の医療介護ではなく、設備投資に多額の金銭が使われ、それが経営に重くのしかかって来る。それを支えるために病院や高齢者介護施設の運営費も、設備投資部分～減価償却部分を相当考慮している。

減価償却部分のない予算組みが出来るのであれば、法人側の経営も国家経営も随分楽になるはずである。つまり、建物を建てなければ良い。

このようなことを考えながら、医療法人の再構築を行うこととなった。

★時代が潜在的に必要としているものを見つける

H7年当時、まだ認知症は痴呆と呼ばれていた。病院から家に患者を帰すことを推進するのを目的とした中間施設、老人保健施設であっても、当時は認知症(痴呆)を受け入れない施設が相当数あった。急性期病院だけでなく、長期療養型の病院や精神病院、老健でも、認知症の介護はないがしろにされる状態が続いていたのである。

ここに新たな仕事があると確信し、認知症専門棟分の老健増床を申請、許可された。H9年老健認知症(痴呆)専門棟を開設したところ、沢山の認知症介護に苦しむ家族が来園し、まるで認知症を抱える家族の駆け込み寺の様相を呈した。彼らの訴えは悲痛であった。

「病院の中で1mもある柵の中に閉じ込められてきた。」

「病院のベッドに両手をしばりつけられていた。」

「薬漬けで、全く起きられない状態だった。」

「徘徊、迷子が頻繁に起こるが手助けしてくれる人もない。」

そのような訴えを抱えた家族は、認知症をごく普通の人として介護する私たちのありがたさを喜んでくれた。向精神薬を減らし、ベッドから落ちるのであれば、たたみでも対応した。立つことが出来ないが、言うことが出来るのであれば、それもよし。認知症専門棟という限られた空間ではあったが、認知症患者がその人らしく生きる場を提供する努力に徹した。

ここに、「時代が潜在的に必要としているもの」があったのである。

認知症の介護で最も大切なことは、彼らが心地よく、人間らしく、意欲的に生きられる「場」の提供である。「場」には、彼らがいる空間、その中にいるスタッフ、そして彼らの心の居場所も含まれており、単なる「場所」があればよいという意味ではない。

よい場づくりを考えた時、病院という場は彼らにとって心地よい環境とは言えない。特に、精神的抑制を目的とした向精神薬投与が常態化した病院では難しいのではないだろうか。今でも、向精神薬投与を常態化させている施設、病院は決して少なくないと考えられる。

よりよい場づくりを考えた時、施設だけではなく、本当に「家」の存在が必要なのではないかと考えた。しかし、家族のいる家での介護を続けられる家族は、病院や施設整備が進んだ地域～特に九州のように施設過多な地域では、年々減っているという印象を受けている。

日本人の多くは「あなた任せの年の暮れ」的などころがあり、自ら欲しいものを提示することが苦手だ(少なくとも欧米人と比較して)。今でも、施設相談員と家族の話し合いを聞いていると、家族が「あなたたちの好きにしてくださいよ。僕たちは全く解らないのだから。」

と、繰り返す場面に遭遇する。家族も情報を集めて自分たちで考えるより、医療・介護従事者の「おすすめ」に従えばいいという態度が未だに蔓延しているのは残念なことだ。

このような家族的背景であっても、どうすれば高齢者が人間らしい生活の場を持つことが出来るのかが常に高齢者介護のテーマであり続けたのである。

この「高齢者の住まい」は、実は老人医療の無料化時代からの潜在的な課題ではなかっただろうか。それが一時期の老人医療無料化によって、潜在化し、病院や施設の建築によって、本人から

の欲求が歪み、今に至っているような気がしてならない。

★本当に入院しなければならないのか

認知症高齢者の介護を推進すると同時に、長期療養病床で我々が取り組んだのは、「抑制廃止」運動である。H7年当時は当病院でもかなりの抑制帯といわれるものが存在した。それを病院中から集めて来て捨てるのを一種のイベントとして行った。理解力がない認知症高齢者を抑制するから暴れるのである。病院のような「いつもと違う」環境で処置しようとするからせん妄が起こる。

では、本当にその医療行為は必要なのか。病院だからしなければならないと医療関係者が思っているだけではないのか。当病院では、無駄な処置、点滴、検査等を徹底的に省くようにした。長期療養であれば大きな変化はないので検査はあまり必要ではなく、外来受診と同じ回数でよい。褥創などを作ってしまうと処置が必要だが、寝たきり、経管栄養で運動していないことが原因であることが多く、その状態で生きさせることの意義を見出すのが難しい。そしてつくづく感じたのである。点滴も処置も検査もないのであれば、「家」にいたほうがいい。

当時、熊本のような地方中小都市では、高齢者は病院にいるのが自然だった。当時の家族の話では、「親を施設に預ける」というと親戚が反対するが、「入院ならば仕方が無い」という風潮があったのである。ここには日本特有の病院神話の役割が大きい。この病院神話こそが現在の医療費の高騰を招いている根源的問題でもある。

実際には、集団感染の危険を考えただけでも、在宅医療のほうが安全であるにも関わらず、「病院にいれば安全」という病院神話は、在宅医療介護の推進に重いブレーキとして今ものしかかっている。

上記のごとくに、高齢者介護は病院でなければ質が担保できないものではないと判断した。では、入院しなければならないほどの要介護状態とは一体どのようなものなのか。それを行うための必要かつ十分な病床数とはどのようなものなのか。

当グループでは、H9年から、ふたつの病院の再構築と行った。まず、院内に6床室を4床室へと徐々に変更していった。これだけで単純に病床床は2/3に減ることになる。それから、最低限のリハビリスペースと食堂談話室を設置。熊本敬愛病院は、全面新築する前までは137床から90床に。大浦病院は66床から44床へと減床したのち、廃院とした。

その過程で当然入院していた患者の在宅復帰も含めた退院が多数出たのだが、病床過剰地域である熊本市では、その当時、長期療養患者の転院先探しに困難は感じなかった。

では、本当にこれらの患者に入院は必要だったのか。

社会的入院患者に関しては、入院は言うまでもなく不必要だ。では、次に医療行為としてのインシュリン投与などが必要な患者はどうか。痰の吸引などが頻回に必要な患者、褥創のある患者はどうか。

欧米では訪問看護で対応しているこれらの医療行為だが、日本では療養型病床群をはじめとした長期療養目的の病床で行われることが多い。その理由は、在宅介護に対する家族の不安、手

間をかけられない現状、そして、やはり、病院神話があり、家にいるよりも病院にいたほうが安全だという家族の考えがあげられる。また、当時は療養型病床群に今のような金銭的縛りはなく、長く療養させていることに問題はなかった。

では、介護度の高い入院患者についてはどうか。在宅介護をやってみての感想は、家族の了解さえあれば、どんな重介護者でも在宅で介護することが出来る。看取りまでも可能である。しかし、家族の介護負担感を考えると、自ら在宅介護をしたいと望む家族以外で、継続的な重介護者の介護を在宅で行うのは困難であると言わざるを得ない。

では、家族が住んでいる以外の「家」での介護、たとえば、住宅型有料老人ホームなど、での介護を想定すれば、在宅介護は可能か。これは不可能ではない。しかし、本来日本人が望む量の介護を想定すれば、利用料が積み上げ式の訪問介護を利用し、訪問看護を入れると莫大な自己負担になってしまう。小規模多機能型居宅介護を利用する場合も、訪問看護利用料が利用限度額から出ることが想定される。つまり、在宅介護は可能だが、この場合は金銭的負担が大きいということになる。

★療養型病床群を脱出した病院のありかた

前述のような経過で、病院事業は大幅に縮小した。現在、熊本敬愛病院はメディカルケアセンターファインと改名し、緩和ケア病棟21床、回復期リハビリテーション病棟42床、合計63床の一般病床となっている。病院経営の常識では、このように小さな病院の経営は困難であるとされるが、63床にして、H6年当時の137床とほぼ同じ収益をあげ、10%弱の利益をコンスタントにあげることが出来ている。特に緩和ケア病棟には優秀なスタッフが集まり、病院全体の医療レベルは療養型病床群時代とは比較にならないほど向上した。

何故、回復期リハビリテーション病棟と緩和ケア病棟の組み合わせの病院にしたか。

それは、療養型病床群が行うべき医療の大きな柱が、リハビリテーションと看取りであると考えたからである。その大きな柱ふたつの質を向上させたものが回復期リハビリテーション病棟と緩和ケア病棟となったのであって、唐突にこのふたつの病床が現れたわけではない。

また、このふたつの病棟は、出来れば、「家の近くにあったほうがいい」病院である。急性期病院は、家から遠くにあっても、2週間前後の入院なので、家族に大した負担ではない。しかし、回復期になると月単位での入院になるので、家族としては出来れば身近な病院のほうがお見舞いなどに行きやすい。緩和ケアに関しては、入院期間も不安定で、緊急時の呼び出しもあり、ご家族も大変な精神的負担を追いながらの入院が多いため、少しでも家に近い立地が望まれる。

先日、メディカルケアセンターファインは、開放病棟の許可を受けられた。これも前例がないということで許可に随分時間がかかったが、どうにかこぎつけた状態である。これからは、回復期リハビリテーションと緩和ケアを行う病院が開放病棟となることで、地元の医師たちが自由に使える病床として地域のバックベッドとしての役割も担えることと思う。

当院は、20年以上老人病院として運営されてきたが、そこから質をあげていくことで療養型病床

群から脱却することが出来た。これは減床する勇気を持ったことから始まる改革の成果である。病院を減床するのであれば、その分の新たなベッドが必要になるが、それが特養や老健なのか、いわゆる居住系サービスのひとつである「住宅」なのか、が、これからの超高齢社会の「人生の質」を作っていくことになるのだろう。

★何故家を作る必要があるのか

減床した病床の代わりであれば、大型の高齢者施設でも役割を果たせるように思う。それでは、何故、居住系サービスたる「住宅」が必要なのだろうか。そもそも、本当に家である必要があるのか。

前述のように、人は施設や病院にいるよりも、自分の家にいた方が精神的に落ち着くことができる。そうであれば、ずっと自分の家で暮らし続けるのが一番幸せなはずだが、介護状態が悪化すると、自分の家で暮らすことが難しくなってくる。

自分の家から次の家に住み替えるのはこのタイミングであると考えている。人の幸せを考えた時、「転ばぬ先の杖」的に早めに移動することが良いかどうかは解らない。本人が率先して移動した上、そこで新たな仲間とコミュニティを得られ、そこに精神的居場所を獲得できれば良いが、一般的には難しい。そこで、転居するのは、介護サービスなどを使っても自分ひとりで生活できない状態になってからでいいのではないだろうか。

そう考えた時、自分の家に可能な限り続け、どうしても自宅での生活が出来なくなった時に必要な住宅が、どんなものかを考える必要がある。

では、自宅にいられなくなる状態とは？

a) 独居の場合

1. 認知症のため

お鍋をこがすなど、危険である。頻回に騙される。訪問介護員が生活支援しても日常生活動作ができない。閉じこもりになる。

2. 身体障害の場合

一人で排泄ができなくなる。家周囲の階段などの段差が解消できず、介護しても、出入りが困難。かなり介護保険を使うところまで、独居でも本人が望めば、独居生活は継続できる。ところが、こんな場合もある。一軒家に住んでいるため、庭の手入れなどが出来なくなったら、独居が難しい。訪問介護員は、庭の手入れなどは行わないからだ。

3. 精神状態の問題

独居に強い不安を抱いている。そのために夜眠れない。自殺願望がある。

b) 家族と同居している場合

1. 認知症の場合

徘徊、迷子が頻回で事故の危険性がたかい。暴力行為などで家族との同居が困難。

2. 家族の負担感

家族と同居している場合、家族さえ許容してくれれば、どんな状態でも家に住み続けることが出来るが、家族も仕事などがあり、十分な介護が出来ないことがある。それを家族が精神的に苦痛を感じるほどの負担となった場合。

それまで同居していた家族との折り合いが悪くコミュニケーションがとりづらい場合。

実際に、このような状態まで本来の自分の家にいた場合、「住み替え」を決めるのは、本人ではなく、ご家族である場合がほとんどである。

一般的な経過としては、骨折などのイベントがあり、急性期病院での手術、そして回復期リハビリテーション病棟などでの入院の後で、家族が家に連れて帰れないと判断した時に、「あったらいい」ものが居住系サービスではないだろうか。

ところが、実際には、ここで居住系サービスがないために、長期療養病院への入院や、老健などの施設入所が続くこととなる。再度、ここで考えたいのは、たとえそこが個室であっても、施設入所、入院を半年以上続けるのは幸せかということである。

そもそも、病院や施設は住む場所ではないし、住む雰囲気には作られていないからだ。しかも、いまだに多くの施設、病院は多床室である。特別養護老人ホームは終の棲家とされているが、未だ多床室の施設も多い。全室個室の施設もあるし、いわゆるユニットケア型の施設もある。しかし、それらの施設は、実は運営が難しく、「施設内閉じこもり」が多いとも言われている。

それら施設に替わるものはないのだろうか。否、そもそも入院、施設入所が、家よりも前に住むところとしてあげられるようになってしまった、日本の今が歪んでいることに注目すべきではないだろうか。

そして、そのタイミングは上記のように、本人の自立が難しい状態であって、家族が彼らを支えられない時であると考えられる。

「人生の質を保つための高齢者の住み替えの時期は、介護が必要になった上、家族が在宅介護に耐えられない状態になった時である。」

このような仮説の上に、私たちは「シニアリハウスシステム」という介護が必要になってからの住み替えシステムを開発した。したがって、当グループには高齢者専用賃貸住宅のような大きなサイズのものほとんどない。自立して生きていけるのであれば、元の家に住む方がいいという信念に基づいているからである。

(2) シニアリハウスシステムとは

シニアリハウスシステムの本質は、状態に応じてそれに合った形の家に住み替えて行くことである。状態対応には2種類あり、ひとつは家の立地条件、もうひとつは家内部の構造である。また、特に夜間の安心を考えた時、ひとつの建物に10名以上が住むモデルである。また、最期まで住み替え

ながら家に住むのが前提なので、在宅サービスが効果的に提供されることが条件となる。以下これらの特徴について述べていく。

★何故、住み替えシステムなのか？

何故、介護を必要としてからの住み替えが必要なのか。同じひとつの家で生活し続けることは出来ないのだろうか。

もし、同じ家で住み続けられると仮定するのであれば、どんな状態であっても、元々住んでいた家に住み続けられるはずである。それが出来なくなる状態になるから、住み替え、もしくは、施設入所が必要になってくるのだ。

では、施設入所や入院では、この住み替えに近いことが行われているだろうか。

実は行われている。病棟運営では、重症患者ほどナースセンター近くにベッドが配置される。認知症で見守りが必要な患者は、昼間でもナースセンターの前に座らせられている。しかし、軽症の患者は病棟の端っこの病室に置かれる。これが病棟運営の常識なのである。

つまり、医療・介護を効率的に行うには、その患者、入所者の状態モニタリングの質と量を考慮した配置が必要だということだ。これを「家」に応用したのがシニアリハウスシステムなのである。

★住む場所(病院、公共施設との関係性など)

高齢者は、精神身体的状態によって必要なものが違う。

まず、完全に自立しているならば、生活がしやすいことが第一条件である。家はスーパー、商店街、銀行や郵便局などの公共機関の近くにあるほうがよく、高齢者が移動しやすいように、公共交通機関のターミナル近くが良い。つまり、一般的な便利さが立地に求められる。現役世代よりも行動範囲は狭いと思われるので、出来れば300m以内にスーパーなどがあれば生活しやすいだろう。これを「自立高齢者向き住居」と呼ぼう。海外で **independent house** と呼ばれている種類の建物である。

さらに、認知症であっても、要介護認定は高くても身体は動くので、このような立地条件であれば買い物など生活リハビリの幅を広げることが出来る。

基本的にはこの段階で病院の近くに住む必要はない。この段階で病院の真横などに建った有料老人ホームなどに入居すると、無駄な医療費を使うことになりかねないからだ。持続可能な社会保障を目指すのであれば、無駄な医療費とは何かを国民教育するのは、厚生労働省の最重要課題であると考えられる。

要介護状態が進行するにつれて、通所、病院受診などが増えて来るので、住み替える時、介護施設や病院に徐々に近づいていく。住み替えの回数は、おひとり1、2回であると想定している。頻回の住み替えは認知症の悪化を誘発する可能性もあるからだ。

住み替えは、基本的には同じ中学校区内くらいの狭い範囲で行われる。また、同じ法人グルー

プで継続的なサービスを行うことで、どこに行っても同じ雰囲気でのサービス提供が行われるので、一般的な「場所を変えたためのせん妄」はシニアハウスではあまり起こっていない。

住み替えが行われるのは、病院、施設との位置関係もあるが、家内部の構造がその方の状態に合ったものにするためである。(後述)

家の場所としては、要介護状態が高くなれば、最も病院に近い家に住み替えるのがよいと考えている。そこが終の棲家となるのである。ほぼ寝たきり方が入居する住まいは、動ける方が入居する住まいとは間取り、部屋の広さが違うべきである。(後述)最期に必要なのは、やはり、看取まで安心して行うための医療へのアクセスの良さであろう。病院に隣接した敷地で、緊急時に病院スタッフがかけつけられることが最期の安心につながる。

これらの住み替えが本来であれば、元の家近くであることが望ましい。それまでいた地域とのつながりが切れないうにしたいからだ。「無縁社会」と言われる昨今だが、実際にはまだまだ多くの日本人は、地域とのつながりを大切にする。東日本大震災に際しても、多くの人が転居を望んでいない。数十年に一度は津波が襲う地域でも住み続けているのは、その地域に愛着があるからで、この愛着が生きていく意欲につながる場合も多いので、安易に元住んでいる家から高齢者を出してしまうべきではないだろう。

どうしても転居が必要な状態になった時、同じ地域にいて、友人たちとの交流、家族との関係性が変わらないことが「転居によるせん妄」を最小限にすると考えられる。

★一軒の家の間取り、大きさ、人数

上記のように住み替えていく建物を自立高齢者向き住居、要介護高齢者向き住居、重介護者向き住居と分けて、特徴を述べてみよう。

1.自立高齢者向き住居

対象者 :自立生活をしているが既に独居に不安がある高齢者。(虚弱高齢者)

食事を常時自分で作るのは困難。

コンセプト :虚弱になっても普通の暮らしが継続できる家

住居の特徴:共有部分に、風呂、食堂がある。共有部分は、1階に集中させる。

部屋は24㎡以上を確保。部屋はもっと広くても良い。

基本的に洗面台、トイレなどは身体障害用の仕様であることが望ましい。

余裕があれば、身体が汚染された時用のシャワーを用意する。

(当グループにはない)

基本的には一部屋である。2室にするにしても、ひとりで掃除をするのが困難である高齢者が自分で管理できる程度の大きさにする。

共有部分に風呂があるのは、風呂掃除が出来なくなってから住み替えることを想定しているためである。24㎡ほどの個室で満足できるくらいの自立度であれば、風呂

掃除は難しく、基本的に訪問介護員に任せることになる。この個室の大きさはケアハウスのものであるが、個室に風呂を設置したケアハウスでは、風呂部分は物置き(納戸)となっていることが多い。

個室部分は離れていてマンションのようなかたちである。

立地： スーパー、商店街、公共施設に歩いて300m～500mほど。

2. 要援護高齢者向き住宅

対象者 : 要支援、要介護高齢者

コンセプト : 介護を受けながら、プライバシーを守れる家

住居の特徴 : 海外にある **assisted living** に似た特徴を持つ。

2階建。18室が基本。

風呂、食堂兼リビング(LDK)が個室と同じフロアにある。

9室前後の個室に対してひとつのリビングがある。

プライバシーの確保のため、リビングと個室に続くの廊下はドアで仕切られている。

食堂兼リビングには大きなキッチンがついており、生活リハビリが可能である。

個室は18㎡ほどである。

個室には身体障害者向けのトイレ、洗面所がついている。

自立高齢者向きのものとの大きな違いは、食堂のありかたである。要援護高齢者向きものでは、入居者の動ける距離に制限があるので、生活空間の移動距離が短くて済むように、部屋の近くに食堂兼リビングを配置している。

キッチンがついていることで、食堂兼リビングの雰囲気はぐっと家庭的になる。さらにキッチンを用いて生活リハビリをすることが可能だ。特に認知症対応型として運営している要援護高齢者向き住宅では、食事準備、料理を入居者の輪番制としている。生活リハビリとして行うために、訪問介護員がそれを支援する。役割を持つことで入居者は自分の精神的居場所を確立することが出来る。

自立高齢者向き住居が、個室でひとつの家として成り立っているが、要援護高齢者向き住居は、この食堂兼リビングまで含めてひとつの家として成り立っている。

立地条件 : より病院、施設の近くに立地

参考資料 章末図1, 2 はっぴいはうす

実際の家をより模倣するために、廊下幅は90センチ。

個室の広さも15㎡ほど。

プライバシーの確立を考え、わざと廊下に死角がある。

章末図3 はっぴいはうす式番館

グループホーム型高齢者優良賃貸住宅案件。

要件を満たすために、廊下幅が広い。

(そのために家とは感じられない。)

3.重介護者向き住宅

対象者 : 要介護認定4、5の重介護者、とくに寝たきり高齢者

コンセプト : 寝たきりになっても人の温かみを感じられる終の棲家

住居の特徴: 共用の食堂兼リビングが個室と同じフロアにある。

風呂は重介護用特殊浴槽と普通の風呂を用意した。自力で移動できる人はいないと想定している家なので、介護用エレベーターで行き来し、風呂は一か所に集中させている。

要援護高齢者向き住宅と違うのは、リビングと個室の位置関係である。要援護高齢者向き住居では、共用部分であるリビングと個室はリビングのドアと廊下によって仕切られている。しかし、重介護者向き住宅では、個室のドアはリビングに向かっており、廊下らしい廊下は存在しない。入居者が寝たきりであることを考慮し、寝たきり状態でも人の温かみを感じられる空間構成がこの住宅のコンセプトだからだ。ドアを開ければ、そこにスタッフや他入居者のいるリビングがある。人の声、台所の音、お味噌汁の匂い、など、生活を寝た状態でも感じられるように作っている。

そのために、個室も10㎡前後と大変狭い。寝たきり状態であれば、本人のためには広い個室は不必要のはずだ。もし、椅子に座るのであれば、リビングにそのスペースはあるので心配ない。寝たきり状態の方のプライバシーについては、あまり語られないが、本人にはっきりとした意志があり、個室に閉じこもることを希望する場合もある。そういう時は決してこちらから無理強いしてリビングに出すことはない。しかし、人に慣れてくれば、必ずリビングで過ごす時間は出来てくるものである。

立地条件 : 当直医のいる病院の隣接地

参考資料 章末図4 ホスピケアホーム

個室は狭いが、全室リビングに向いてドアがある

一部コネクティングルームとなっている。

スタッフルームが2つ、広めにある。(色んな職種が色んな使い方が出来る)

ひとつのスタッフルームは、別のドアを持っている。

★一軒の家における住宅としてのサービスとは？

では、何故、住み替えであって、同じビルの中にそれらを配置しないのか？

大きなビルを建てて有料老人ホームにし、その中に以下のように機能の違う部屋を配置することは可能である。そのほうが効率的でもある。しかし、そこには高齢者とスタッフしかいない。あまりにいびつな種類の構成人員で、数十名、数百名が同じビルの中にいる。それは果たして人間らしいものであろうか。

シニアリハウスが求めるのは、家族と家庭の温かさである。

施設をいくつか建設してきて感じるのは、大きな施設、病院をどんなにきれいに作っても、「家庭」

の機能を果たすことは出来ないということだ。定員50名のケアハウスを作ってみて、私には違和感があった。施設は当時地元で話題になるほどきれいだったし、交通至便、評判よく、H12年当時、まだ、ケアハウスは黒字化しないと言われていたが、十分に黒字化して運営できた。それでも違和感がわいたのは、「ケアハウスは家らしくない」ということだった。つまり、ワンルームタイプマンションには「家庭的な雰囲気」は無いのである。要援護になった後、人の手を若干でも借りねばならなくなると、2LDK 以上の家(マンション)は、彼らの手に余る。では、ワンルームならよいかというと、生活は出来るが、家庭の温かさは薄いものとなる。

シニアリハウスシステムは、それら住居が、一軒が2階建て18室を基本としており、住宅街にあって違和感なく地域に溶け込める大きさである。それらを中学校区ほどの大きさで病院に向かって数年かけて転居していくことで、地域とのつながりが途切れることなく生活を継続することが出来る。それ以上にひとつの建物の収容人数が少ないことで、建物の外見も、内部も家庭的な雰囲気を提供している。

これらの住宅では、その規模、入居者の質によってサービスに違いが必要である。特に要援護高齢者向き住居以降は一般的なフロント機能は必要不可欠である。ちょっとした連絡ひとつがひとりでは出来ない場合が多いからだ。それらの細かなことまで在宅介護サービスで行うことは難しいため、そういう制度の隙間を埋める役割をフロント係が行っている。フロント係は、ひとつの建物に対して常時1名と考えている。フロント係は配食サービスから持ち込まれた食事の提供なども行っている。夜勤者もいるので、これが経費を押し上げている。

訪問介護の問題は、その時間的融通性の無さである。

実際、週2、3回の訪問介護で行えること以外に生活の援助は実とはとめどなく続く。ほんのちょっとした時に人にいて欲しいのであって、それには今の訪問介護サービスは対応できてはいない。現在の財政状況からみて、ここまでの細やかな訪問介護サービスは不可能なので、家にその機能がなければ、家での生活継続は難しい。

私たちは、これらのスタッフのコンセプトを「代理家族」と呼んでいる。実際、家族としての機能を果たす人間が近くにいないければ要援護高齢者の生活は成り立たない。残念ながら、ひとりのスタッフが24時間体制で「家族」機能を果たすことは出来ない。つねに傍にいる「家族」として高齢者を支えるために必要なものは、顧客情報の継続的な管理と制度にはならない細やかな配慮である。「家族」が本来どのような機能を持っていたのかを追求することから、「居住系サービス」の本質が見えて来ると考える。

★感染症など危機管理

高齢者介護の課題の中で、時々マスコミ等で話題になるにも関わらず、打つ手なく放置されているのが、施設内感染症問題である。大規模療養型病床群などで、院内感染が起こるのは自然なことだろう。免疫力の低下した高齢者を4人部屋に配置していれば、日和見感染の温床となりえるからだ。

大規模有料老人ホームでも、同じことが考えられる。病室よりも広く、全て個室ではあるが、同じスタッフが行き来するので、感染媒介が無いとは言い切れない。さらに自立高齢者向けの有料老人ホームの多くは、食堂を大人数で共有するので、感染経路を断ち切ることが難しいのである。

シニアリハウスシステムにおける住居が小さいのは、一軒の収容人数を少なくすることでこのような感染症の拡大を防ぐ可能性を大規模有料老人ホームよりも高めるためである。実際の運営でも、ひとつの住居で感染が発生した場合、在宅サービススタッフなどの他住居移動を断ち切る処置を行っている。

★安い物件を望む声に応えた「療養型病床群から作った家」と特養

シニアリハウスシステムの住居は家庭的な雰囲気を「売り」としているが、夜勤スタッフの配置など、住居としては少し割高の価格設定となる。昨今の経済不況の影響もあり、この数年、もっと安価な住宅を望む声が、特に老健の在宅復帰を目指す人々から出てきた。この要望に対応するために、小規模特養を開設したが、特養は待機者も多く、シニアリハウスシステムを補完するものとはなっていない。

そこで、元44床の療養型病床群であった病院建物の3、4階で、住居を作ることとした。

1床当たりの面積 6,4 m²の療養型病床群の4床室から、4つの個室を作ることが可能となった。採光、部屋の区切り方などかなり工夫を行った。1部屋は狭いが、プライバシーを保護できるぎりぎりの広さを確保した。これは建物面積が小さかったために可能であった措置で、大きな建物では基準が厳しいためにこの改修は出来ない。

この狭さが、老健入所よりも月1万ほど高い利用料での生活を可能にしている。窓側の部屋のほうが若干広く、廊下側の部屋のほうが狭いので、窓側の部屋のほうが利用料が高い。このため、廊下側の部屋の希望のほうが多い。つまり、安いことが第一優先事項となっているのだ。

4人部屋の介護保険施設の利用料は住居などに比べて格段に安い。今、経済的な問題で4人部屋の施設に入所したい人たちは決して少なくない。施設入所のほうが、国家負担が高いにも関わらず、個人負担は安いという状態が続く限り、施設建設を望む声が減ることはないだろう。

もしも、この改修が可能な療養型病床群物件があれば、この改修を行うことで、有料老人ホームとして生き返ることもできる。療養型病床群の多くが、老健その他に転換できない理由のひとつに、一人当たりの広さの問題で増築をしなければ療養型病床群と同じベッド数を確保できないことがあげられるが、この改修であれば、同数を確保することが出来る。私自身は基本的にベッド数神話は信じていないが、医療経営者の多くがスケールメリットとベッド数神話に囚われているのは事実である。彼らに納得される代替え案が無い限り、療養型病床群が減ることはないように思われる。

参考資料 章末図5 はっぴいはうす七番館

では、次にこのシニアリハウスシステムで、高齢者が安心して住み続けるために必要なサポートについて記述しよう。