

201101028A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾形 裕也

平成 24 年 (2012 年) 3 月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾形 裕也

平成 24 年（2012 年）3 月

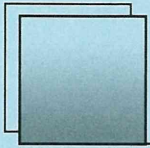
目 次

I. 総括研究報告

- 居住系サービス提供体制のあり方に関する研究 3
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也

II. 分担研究報告

1. 都心地域における居住系サービスのあり方（新宿区を例として） 11
早稲田大学人間科学学術院 教授 植村尚史
2. 居住系サービス事業者調査 41
早稲田大学人間科学学術院 助教 大島千帆
教授 植村尚史
株式会社クオリティヘルスケア研究所 代表取締役 中原登世子
みずほ情報総研株式会社 シニアコンサルタント 山本眞理
3. 医療、介護、居住に関する個別利用者のニーズに関する検討 85
株式会社クオリティヘルスケア研究所 代表取締役 中原登世子
4. 居住系サービスにおける質の評価（II） 127
九州大学大学院医学研究院 准教授 鮎澤純子
5. 平成 24 年度診療報酬・介護報酬改定で高く評価された事業を選択するに至った
思考過程についての考察と介護の未来を創るコンセプト
～最後に我々が至る境地～ 210
ピュアサポートグループ代表
医療法人社団 大浦会 理事長 社会福祉法人 照敬会 理事長
小山敬子
6. 海外文献サーヴェイ 232
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也



I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
総括研究報告書

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

研究代表者 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授

研究要旨

本研究においては、国内外の「居住系サービス」について、その実情を調査するとともに、医療と福祉の「複合体」の経営状況の把握、病院退院者の実態把握、「居住系サービス」利用者の実態調査等を行い、「居住系サービス」の需給両面の実態把握に努めるとともに、それらの分析を踏まえ、適切な「居住系サービス」促進のための方策、医療と介護の総合的なサービスコーディネートのためのマネジメントのあり方等について検討を行うこととしている。これらの研究を通じて、医療・介護サービス供給の効率化と、退院後の「在宅」サービスニーズに適切に応えられる医療・介護の一体的サービス提供の両面から、最適な政策の方向性を示すことができると考えている。なお、3年間の研究において、居住系サービスに関する総合的な調査の実施及び分析並びに政策提言を行うが、2年目はそのために、内外の文献レビュー、米国における Assisted Living Facilities の訪問調査、複合体等に関するアンケート調査を実施するとともに、平成24年同時改定を踏まえた複合体経営のあり方等について検討を行った。

研究分担者指名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

植村尚史

早稲田大学人間科学学術院・教授

鮎澤純子

九州大学大学院医学研究院・准教授

大島千帆

早稲田大学人間科学学術院・助教

A. 研究目的

平成18年度医療制度改革における柱の1つに、療養病床の再編成及び「居住系サービス」への転換の促進があり、各都道府県は「地域ケア整備構想」を策定し、これを進めようとしてきた。しかしながら、実際には、療養病床の転換は必ずしも円滑に進んでいない。

その一方で、民主党を中心とする現政権は、介護療養病床の廃止期限を延期した。

今後の急性期医療のあり方については、すでに「社会保障国民会議最終報告・医療・介護費用シミュレーション」や民主党政権下における「医療・介護に係る長期推計」等において、「選択と集中」及び「機能分化と連携」の推進による在院日数の短縮化等の効率化を進めた後の姿が明示されている。これに対して、退院後の「受け皿」としての、医療・介護サービスと連携した「居住系サービス」のあり方については、必ずしも明らかではない。また、老人保健施設を含めた施設体系のあり方にも混乱が見られる。各種の調査においては、「在宅」での療養を望む国民が多数を占めているが、これをすべて「自宅」で対応する

ことは困難であり、今後、相当量の「居住系サービス」を整備することが必要である。

本研究においては、今後の超高齢社会の中で求められる「居住系サービス」のあり方について、国民のニーズへの対応、サービスの質の確保、医療サービスの関わり方、施設体系、医療・介護報酬のあり方、いわゆる「複合体」経営等を含め、最近の国際的な（調査研究の）動向等を踏まえつつ、理論、実証両面から幅広く検討し、望ましい居住系サービスの姿について展望し、これを促進するための政策提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

1年目においては、居住系サービスに関する内外の文献や資料等について基礎的な調査研究を行うとともに、国内のフィールドとして設定した複数の複合体等においてヒアリングを実施し、居住系サービスに関する基本的な課題を抽出するとともに、アンケート調査の項目を具体的に検討する。

さらに、2年目において、居住系サービスの現状及び課題を把握するため、複合体等について、患者（入所者）の状態像（ADL区分、医療区分、要介護度）、入退院（所）の状況、提供サービスの状況、継続的なモニタリングの体制、シームレスなサービス提供体制、サービスの調整のあり方、医療・介護報酬のあり方、料金設定、複合体としての収益構造（の変化）等について総合的な調査を実施する。また、2、3年目において、欧米諸国の海外

調査（フランス、ドイツ、スウェーデン、アメリカ、OECD等を想定）を実施し、各国の状況を把握する。

そして、3年目において、社会保障国民会議「医療・介護費用シミュレーション」、「医療・介護に係る長期推計」等を踏まえて、今後の居住系サービスの必要量を推計する。さらに、上記調査結果等に基づき、（療養病床の転換を含めた）その供給体制のあり方及び質の高いサービス提供の推進に向けた具体的な政策を構想し、提言としてとりまとめる。

（倫理面への配慮）

倫理面の配慮については、一般的政策研究という本研究の性質上、特段の問題はない。

C. 研究結果

平成23年度においては、おおむね研究計画に従って、3年計画の2年目として、内外の文献レビュー、アンケート調査及びヒアリング、海外調査（アメリカ）等を実施した。本研究は、現在進められている平均在院日数の短縮、療養病床の抑制という政策の中で、「医療」「介護」「居住」というニーズを併せ持つ高齢者が、そのいずれかのニーズを充足できないまま、望まない「在宅」や入院、入所を選択するということにならないようにするために、「医療」「介護」「居住」のサービスを一体的、あるいは、総合的に提供する「居住系サービス」のあり方を探るものである。特に、退院等を契機として、「居住系サービス」

に「住み替える」ことで、最適な「在宅」生活を送れるようにするという視点から、退院後の「受け皿」としての「居住系サービス」に着目して、そのサービス内容、経営面からの課題、サービスマネジメントのあり方等について多面的に研究し、あるべき「居住系サービス」の実現に向けて、高齢者医療制度、介護保険制度等に関する政策的提言を行うことを予定している。

このため、平成23年度においては、1年目に引き続き、米国における Assisted Living Facilities 及び Nursing Home に関する政策を中心に実地調査を含む調査研究を行った。また、急性期医療から在宅への復帰促進という観点から、いわゆる「退院調整」(discharge planning) に関する国際的な文献レビューを行った。あわせて、複数の複合体について、患者(入所者)の状態像、入退院(所)の状況、提供サービスの状況、継続的なモニタリングの体制、シームレスなサービス提供体制、サービス調整のあり方、料金設定、複合体経営のあり方等についてアンケート調査及びヒアリングを実施した。

D. 考察

民主党を中心とする現政権は、介護療養病床の廃止期限を延期する法改正を行ったが、こうした現状追認的な政策によって、今後急増する高齢者の複合的なニーズに適切に対応していくことはできない。すでに先進各国においては、急性期医療の確立とあわせて、居

住系サービスの拡充による「在宅」対応の充実が図られてきている。わが国においても、急性期医療の確立とあわせて、早急にその整備を図る必要がある。両者はいわば「楯の両面」であり、その「同時解決」こそが、今後のわが国の医療・介護政策における中心的な課題であると考えられる。

E. 結論

国際的に見て例外的に多い人口当たり病院数及び病床数を有するわが国において、その有効な活用を図ることが喫緊の課題である。このいわば「含み資産」を、今後、急性期医療・回復期医療・慢性期医療・在宅等に適切に配分し、全体としての効率化を図るとともに、機能分化と連携の体制を確立していく必要がある。

F.健康危険情報

特に該当なし

G.研究発表

1. 論文発表

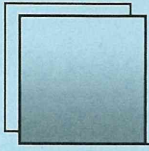
- 尾形裕也、「日本における在宅医療の現状、課題及び展望」、『季刊社会保障研究』、47 (4)、357-367、2012.
- 尾形裕也、「日本の医療提供体制の現状及び改革の基本的方向」、『福岡医学雑誌』、103 (3)、49-58、2012.

2. 学会発表等

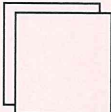
平成24年1月21日(土)九州大学公開講座(九州大学馬出キャンパス)において、「居住系サービスの現状と課題」について、平成22、23年度研究成果を基に、総括研究者が発表を行った。

H.知的財産権の出願・登録状況

特に該当なし



Ⅱ. 分担研究報告



1. 都心地域における居住系サービスのあり方（新宿区を例として）

1. 都心地域における居住系サービスのあり方（新宿区を例として）

はじめに

本研究においては、長期入院患者の受け皿となるべき居住系サービス（医療・介護サービスと住居・日常生活支援を一体的に提供するサービス）について、これまで、療養病床の削減政策との関連で研究をしてきており、以下のような2つの形態をモデルとして想定し、調査研究を行ってきた。

- ① 療養型の病院、あるいは高齢者の長期入院患者の多い一般病院が、入院患者を在宅に移行させるために、病院の機能を縮小させ、その一方で、訪問医療、訪問看護、訪問介護等のサービスを付加し、さらに在宅ではそのようなサービスの利用が困難な高齢者のために生活支援付き住居を提供するという形で、総合型の医療、介護サービス提供事業として発展してきたもの
- ② 有料老人ホームを展開する事業者が、療養型の病院、あるいは高齢者の長期入院患者の多い一般病院と提携し、病院の近くに有料老人ホームを建設し、当該病院との連携、看護師の常駐等により、医療ニーズを持つ高齢者の入居を可能にして、退院後の住居として提供しているもの

しかし、もともと療養病床の少ない都心部等では、入院ベッドに比べて長期入院を希望する患者が多く、特別養護老人ホームも少ないことから、療養病床が特別養護老人ホーム入所までの待機施設として機能しているという事情もあり、事業者側に、上記①のような形での居住系サービスへの転換の必要性が生じていない。また、都心部では、地価が高いため、新たに住居を提供する場合はきわめて高価なものになってしまうことや、高齢者が集積して住んでいることから、在宅医療・介護サービスを効率的に行うために病院の近くに住居を提供する必要性に乏しいという事情があり、②のような形での居住系サービスの提供も進んでいない。こうしたことから、都心部における居住系サービスは、「退院の受け皿」（医療・介護サービス・日常生活支援を必要とするが自宅ではそれを受けることが困難であり、かつ退院を迫られている高齢者の住まい）としての機能よりも、より豊かで安心な住まいを求める高所得高齢者のためのものとなっている。

では、都心部の高齢者は、在宅（それまで住んでいた住居）で必要なサービスを受けて生活することが可能であり、「退院の受け皿」を必要としないのであろうか。たしかに、都心部では、高齢者に対する、在宅医療、訪問看護、在宅介護サービスの充実が図られている。高齢者が集積して住んでいることから、訪問サービス等を効率的に実施することができ、また、事業者としても一定の利益が確保できることから、比較的濃厚な在宅サービスが可能であるといえるかもしれない。しかし、都心部には大学病院のような大型の急性期病院は多いが、リハビリ病院等は少ない。急性期病院から地域の診療所にスムーズにパスを通すことができているのであろうか。在宅療養を行っている高齢者に対するサービスとしては、訪問医療、訪問看護、訪問介護が中心となると考えられるが、これらの連携、一体的なマネジメントが可能であろうか。都心部には、在宅で生活することが困難な住居（急な階段を登らなければならない、老朽化している、部屋が狭い、浴室がない、近くで買い物ができない等々）に暮らす高齢者も少なからずいると考えられるが、このような高齢者が、介護、医療が必要になった場合、在宅サービスが充実していても、生活の維持が困難になることはないだろうか。

本報告では、このような疑問に答えるべく、東京都心部の区（新宿区）を対象に、住民のニーズ、行政の施策、退院調整や在宅療養の現状、医療と介護の連携の現状等を調査し、長期入院患者の受け皿となるような居住系サービスの都心型モデルについて考察することとする。

1. 新宿区における高齢者の医療、介護ニーズとサービス供給の現状

(1) 新宿区における高齢者の状況

現在公表されている、新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画（平成24年度～平成26年度）及びその作成のために平成22年11月に実施された「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査（一般高齢者調査）」（以下「一般高齢者調査」という。）等に基づき、新宿区の高齢者の状況を概観してみる。

新宿区の高齢化率は18.8%と全国平均と比べてもやや若い人口構成である。しかし、新宿区の特徴は、高齢化の進展度合いが町内のような小地域によって極端に違うことである。例えば、同じ「市谷」という地名をもつ町内で比較しても、市谷仲之町の高齢化率が11.3%（平成22年、以下同じ。）、市谷加賀町1丁目3.9%、同2丁目13.4%、市谷鷹匠町8.7%、

市谷本村町 3.7%などであるのに対し、市谷長延寺町 46.3%、市谷田町 3丁目 31.4%と、近隣であるにもかかわらず大きな差がある。また、戸山 2丁目 44.5%（高齢者数 2,648 人）、百人町 4丁目 48.6%（高齢者数 1,036 人）のように、高齢者数が多く、かつ、高齢化が進んでいる地域が存在するのも新宿区の特徴である。これは、高度成長期の早い時期に開発された大規模団地等に、同一世代の人達がまとまって住んでおり、そこで高齢化が進展しているためである。

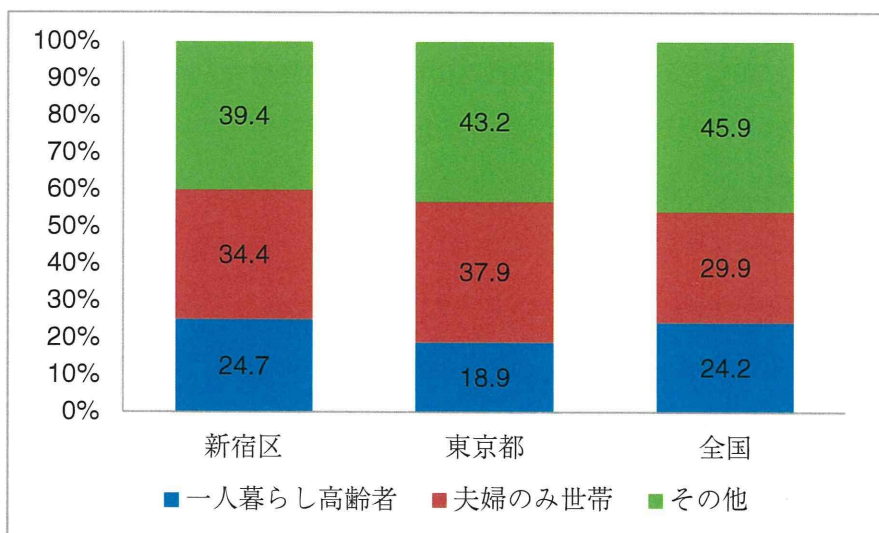
表－1 人口の状況 (平成 22 年 単位：千人、%)

	総人口 a	65 歳以上人口 b	75 歳以上人口 c	b/a	c/a
新宿区	317.4	59.6	29.2	18.8	9.2
全 国	12,806	2,958	1,430	23.1	11.2

資料：新宿区資料（新宿区の人口は住民基本台帳上の人口に外国人登録を含む。）

全国 平成 23 年度版高齢社会白書

図－1 高齢者世帯の状況 (平成 22 年 単位：%)



資料：新宿区「高齢者の保険と福祉に関する調査」

東京都「平成 22 年度東京都保健福祉基礎調査」速報

全国「平成 22 年度国民生活基礎調査」速報

高齢者の世帯状況をみると、図-1のように、一人暮らしと夫婦のみの世帯の割合が高く、三世帯等その他の世帯の割合が低い。ただ、一般高齢者調査では、一人暮らし高齢者でも、68.9%が普段の生活で困ったときに近所で手助けを頼める人がいると答えており、孤立している高齢者は比較的少ないと考えられる。

一般高齢者調査によると、高齢者の暮らし向きについては、「苦しい」「やや苦しい」と答えている人の割合が45.9%と約半数に及んでおり、全国の調査（内閣府「生活実態に関する調査」平成20年）結果の26.4%と比べても高い数値になっている。¹その一方で、住まいの状況をみると、地価の高い新宿区において、「持ち家一戸建て」が49.3%、分譲マンションが22.4%と、不動産としては価値の高い資産を有している高齢者が多いと考えられる。

（2）新宿区における高齢者の医療・介護ニーズ

一般高齢者調査では、73.7%が現在治療中の病気があり、そのうちの60.8%が診療所・クリニックに通院、19.5%が国公立病院、24.7%が大学病院、17.7%がその他の病院に通院していると答えている（複数回答）。疾患としては、高血圧症（47.9%）、高脂血症（25.6%）、眼科疾患（19.6%）の順となっている（複数回答）。

「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」では、一般高齢者調査と同様の項目で、居宅サービス利用者に対しても調査を行っている。この調査（以下「サービス利用者調査」という。）によれば、居宅サービス利用者の91.4%が現在治療中の病気があり、そのうちの48.6%が診療所・クリニックに通院、23.5%が国公立病院、22.8%が大学病院、17.0%がその他の病院に通院していると答えている（複数回答）。診療所・クリニックからの往診を受けているものも18.8%²いる。疾患としては、高血圧症（40.5%）、眼科疾患（20.2%）は、一般高齢者同様多いが、高脂血症（12.7%）は少なくなっている。代わって、心臓病（21.6%）、骨折・骨粗鬆症（21.9%）、間接の病気（リュウマチ等）（18.0%）が多くなっている（いずれも複数回答）。

かかりつけ医がいるかどうかの質問では、一般高齢者調査の総数の71.9%が「いる」と答えており、現在通院中の高齢者よりも多くの高齢者がかかりつけ医を持っていることになる。その一方で、近くに大きな病院があるため、病院に通院している高齢者も多い。病

¹ ただし、新宿区調査では、「普通」という選択肢がなく、全国の調査では「普通」が65.2%を占めるなど、調査方法によって結果が異なることも考慮する必要がある。

² 通院と往診の両方というもの（3.9%）を含む。

院を受診している理由としては、「長年その病院に通院しているから」(59.4%)、「専門診療を受けたいから」(48.4%)、「悪くなったときに入院できると思うから」(29.6%) などとなっている(複数回答)。

新宿区の要介護・要支援認定率は、平成23年11月で、18.5%(第1号被保険者分のみ)と全国平均(17.3%、同前)に比べてやや高くなっている。また認定者の要介護度別の状況は表-2のとおりであり、特に要支援1と要介護5の割合が全国平均よりも高くなっている。

表-2 要支援・要介護認定者数と構成割合(単位:千人、%)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
全国	685,567	698,943	948,771	936,903	711,983	652,042	609,817	5,244,026
割合	13.1	13.3	18.1	17.9	13.6	12.4	11.6	100.0
新宿	1,771	1,569	1,808	1,953	1,465	1,480	1,467	11,513
割合	15.4	13.6	15.7	17.0	12.7	12.9	12.7	100.0

資料:介護保険事業状況報告(暫定)平成23年11月分

居宅サービス受給者の平均利用率では、いずれの要介護度においても、利用率は全国平均よりも高いが、とりわけ、要支援1と要介護度の高いところでの利用率が高くなっている。

表-3 居宅サービス受給者の平均利用率(単位:%)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全国	46.6	40.0	43.6	50.6	54.6	58.3	60.9
新宿区	53.7	41.9	51.6	58.0	61.6	66.1	67.8

資料:全国 平成22年度 介護給付費実態調査の概況 数値は平成23年4月審査分

新宿区 東京都介護給付費実績分析システム 数値は平成22年度分

施設サービスでは、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)利用者が1027人(平成23年度、介護保険事業計画との比率99.4%)、介護老人保健施設利用者444人(同前83.8%)

と、要介護認定者に比して比較的少ない人数になっている。特別養護老人ホーム待機者は、平成23年9月現在で1,256人となっている。

(3) 新宿区における医療・介護サービスの供給状況

新宿区における一般病床、療養病床、回復期リハビリテーション病床の状況は表-4のとおりであり、一般病床が極端に多く、療養病床が極端に少ないのが特徴である。また、一般病床は施設数に比して病床数が多く、大規模の病院が集中していることを示している。

表-4 医療施設等の状況

	東京都			二次医療圏			新宿区		
	施設数	病床数	人口10万人対	施設数	病床数	人口10万人対	施設数	病床数	人口10万人対
一般病床	605	83,078	655.3	35	8,722	732.6	15	6,057	1895.8
療養病床		20,773	163.9	18	1,628	136.7	2	45	14.1
回リハ病床		1,761	14.0		262	22.8	1	78	24.4
一般診療所	12,641			1,462			594		

資料：新宿区資料による。データの時期には多少のズレがある

介護保険サービスの状況は、表-5のとおりであり、デイサービスと地域密着型サービスが充実している。また、有料老人ホーム（特定施設入所者介護）も比較的充実しているといえる。

表-5 介護保険サービスの状況

	サービス種別	定員合計	事業所数
施設サービス	特別養護老人ホーム	451	6
	老人保健施設	350	3
居住系	有料老人ホーム（特定施設入所者介護）	518	9
通所サービス	ショートステイ	60	7
	デイケア	120	5
	デイサービス	1,038	47

地域密着型サービス	認知デイ	184	16
	夜間対応型訪問介護	300	1
	小規模多機能	74	3
	認知症グループホーム	117	7
	小規模有料	14	1
	小規模特養	29	1

入所施設は、実質的に公有地の賃貸という形態でないと建設は困難な状況にあり、区立小学校跡地を低額な料金で民間に貸し付けて、小規模特養、グループホーム、小規模多機能介護等の複合施設が設置されている。今後も、公有地の空き地にこのような形態での施設建設を予定しているとのことである。

また、平成 24 年度から介護保険に導入される定期巡回・随時対応型訪問介護についても、第 5 期介護保険事業計画では、3ヶ所、定員 135 人の導入を予定している。

(4) 新宿区における居住系サービスのニーズ

新宿区調査では、介護が必要になった場合、今の住まいでの生活を続けたいかどうかの質問に対して、「ずっと自宅で」と「可能な限り自宅で」を合わせると 72.9%になり、在宅指向が強い。³この点は全国的な傾向とあまり変わらないが、「介護、見守りや食事の提供がついている高齢者専用の住居」で生活したいと答えているものも 12.4%あり、施設で生活したい（14.0%）と同程度の居住系サービスの要望がある。居住系サービスへの要望は、年齢が低いほど高く、「介護、見守りや食事の提供がついている高齢者専用の住居」で生活したいと答えているものの割合は、65 歳から 69 歳で、14.1%、70 歳から 74 歳で 13.4%、75 歳から 79 歳では 11.8%となっている。これは、居住系サービスに対する認知度が、年齢が低くなるほど高くなることによるものと考えられる。

³ 無回答を除く

表－6 年齢区分と介護が必要になった場合、今の住まいで暮らしたいかどうか（特別集計）

年齢区分	ずっと 自宅で	可能な限り 自宅で	施設入所	介護付き 高齢者住宅等	その他
65～69 歳	17.0%	53.2%	15.1%	14.1%	0.7%
70～74 歳	19.1%	54.4%	12.1%	13.4%	1.0%
75～79 歳	18.6%	54.8%	14.5%	11.8%	0.4%
80～84 歳	24.5%	49.7%	15.8%	9.4%	0.6%
85～89 歳	28.9%	52.3%	11.7%	7.0%	0.0%
90 歳以上	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%
合計	19.5%	53.4%	14.0%	12.4%	0.7%

また、居住系サービスへの希望は、一人暮らしで 15.1%、夫婦のみ世帯で 13.3%と、家族での介護が困難であると予想される場合は、平均よりも高くなっている。しかし、一人暮らしであっても、「ずっと自宅で」と「可能な限り自宅で」の合計は 64.0%であり、現在の住居で生活を続けたいという希望は根強い。

施設や居住系サービスを希望する者について、その理由を尋ねると（複数回答）、安心感（64.4%）と家族に負担をかけたくない（67.1%）が突出しており、現在の在宅介護サービスだけでは不十分という理由を挙げるものは、10.7%と少ない。

このように、介護サービスでは在宅サービスを受けながら自宅で暮らしたいという希望が多いのに対して、在宅療養については、長期療養の場合自宅での療養を希望するものが 47.3%、自宅で療養を続けたいとは思わないと答えたものが 44.5%と、ほぼ半々に分かれている。世帯構成別に見ると、一人暮らしでは、自宅療養の希望が 43.7%にたいし、希望しないものは 52.4%と、自宅療養を希望しないものの方が多くなっているのに対し、夫婦のみ世帯では、それぞれ、52.9%、44.2%と逆転している。

自宅療養を難しくする要因としては、家族への負担（64.1%）、急変したときの医療体制（30.8%）、お金がかかる（30.7%）、介護してくれる家族がない（26.4%）、自分が望む医療が受けられるかわからない（25.9%）、往診してくれる医師や訪問看護ステーションがわからない（24.1%）などとなっており（複数回答）、家族の問題と医療提供体制の問題がほとんどを占める。世帯構成別では、一人暮らしで、介護してくれる家族がない（60.3%）

と、家族への負担（31.2%）が逆転している以外は、特に違いはみられない。

（5） 新宿区の特徴

以上をまとめると、新宿区の特徴として以下のように整理することができる。

- ① 人口密集地域であり、特定の地区に高齢者が集積して住んでいる。また、高齢者の一人暮らし、高齢者夫婦の世帯が多い。しかし、古くからの地域もあり、近隣の支援が受けられる高齢者も多い。
- ② 地価が高いこともあり、比較的評価額の高い不動産を有している高齢者が多いが、日常生活については、苦しいと感じている高齢者が多い。
- ③ 大型の急性期病院がたくさんあるが、療養型の病院は少ない。特別養護老人ホーム、老人保健施設等の介護施設も少ない。
- ④ この結果、訪問医療、訪問看護、居宅介護サービスを受けながら自宅で生活している高齢者が多い。このため、在宅医療、訪問看護、在宅介護サービス等も比較的充実している。
- ⑤ しかし、家族への負担、病状の急変等の不安、費用負担等の面から、在宅での療養、介護が難しいと考えている高齢者も多い。

2. 新宿区における高齢者施策の概要と特徴

このような特徴を持つ高齢者の医療・介護ニーズに対して、行政（新宿区）は、様々な独自施策を進めている。新宿区高齢者保健福祉計画（平成21年度～平成23年度）及び新宿区高齢者保健福祉計画（平成24年度～平成26年度、以下「新計画」という。）のいずれの計画においても、①認知症高齢者支援体制の推進（新計画では認知症高齢者支援の推進）、②在宅療養体制の整備（新計画では在宅療養体制の充実）、③ケアマネジメント機能の強化（新計画では高齢者総合相談センター機能強化の推進）を重点的取り組みの3本柱としている。

認知症高齢者支援については、自立度Ⅱ以上で見守り、支援が必要な高齢者の57.2%が在宅で生活している⁴ことから、後述の高齢者総合相談センター⁵に認知症対策担当を配置し、

⁴ 新宿区高齢者保健福祉計画（平成24年度～平成26年度）による

⁵ 新宿区では、地域包括支援センターをこのように呼んでいる。

また同センターの相談員1名を認知症相談担当とするなど、高齢者総合相談センターを中心に、早期発見、早期相談、関係機関との連携、地域の支援ネットワークづくり等を行うこととしている。また、一般区民の認知症への理解を促進するため、認知症サポーター養成講座を行っており、素案では、その活動拠点として高齢者総合相談センターを充てることを予定している。

在宅療養の推進としては、区立訪問看護ステーションにおいて、在宅療養生活相談を行うとともに、急性期病院の看護師を対象とした在宅看護実習を実施している。また、高齢者総合相談センターに医療連携担当を配置し、在宅療養を支える関係専門職との連携の中心的役割を担うことが期待されている。この他、主治医とリハビリテーション専門医や関連専門職等との他職種連携の推進のために、リハビリテーションモデル事業等を行っている。

高齢者総合相談センターの機能強化では、区内の9ヶ所のセンターの職員を、平成21年度からの高齢者保健福祉計画において、ほぼ倍増させ、平均10名の体制を整えている。これによって、介護予防マネジメントの仕事に忙殺されることなく、本来の総合相談に力を入れることができるようになった。さらに、区役所内に、基幹的な役割を担う直営の高齢者総合相談センターを置き、各センターのバックアップ、レベルアップのための事業を行っている。

このように、区の計画としては、認知症を含む医療依存度の高い高齢者が在宅で生活していくために、まず、高齢者総合相談センターが相談を受け、そこが中心となって医療、介護の関係機関につないでいくことになっている。高齢者総合相談センターではこうした業務を行うため、平均10名という、他市町村に例をみない体制が整えられている。そのため費用は、地域支援事業として介護保険の保険者事業で認められる上限を超えており、その分は委託費として、区の一般財源から賄われている。

しかし、介護保険制度では、介護保険サービスは介護支援専門員（以下「ケアマネ」という。）の作成するケアプランに従って提供されており、そのマネジメントもケアマネが行うことになっている。一方、訪問医療は主治医によって行われおり、後述のように、訪問看護は、訪問診療を行っている診療所の医師との連携が強くなる。ケアマネのマネジメントは、職業上、医療サービスには及ばない。新宿区では、高齢者総合相談センターが初期に介入することによって、医療と介護のニーズを総合的に把握し、この問題に対応しようとしている。しかし、センターの力量や認知度は、地域によって異なっており、すべての