

### 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

#### 1. 趣旨

2010年度の研究により、療養病床等に適切でない長期入院をしている患者は、大きく以下の2つのケースに分けられるのではないかとこの仮説を立てることができた。

- ① 医療、介護ともに必要度は低いが、服薬、測定等の自己管理が必要な慢性疾患、転倒、骨折の危険性がある疾患、日常的な見守りや家事の援助が必要な軽い認知症等があり、家族による支援を得ることが困難なため、在宅に移行できず、入院を継続せざるを得ないケース
- ② 医療の必要度は高くないが、脳血管障害の後遺症で寝たきりの場合のように、介護の必要度が高く、元の疾患（高血圧、心疾患等）を抱えていて再発の可能性もあるが、家族による支援を得ることが困難なため、在宅に移行できず、また、特別養護老人ホーム等も空床がないなどの理由から入所が困難なため、入院を継続せざるを得ないケース（ホスピスではなく、療養病床で「ターミナル」期を過ごす場合もこのグループに属すると考えられる。）

上記のような状態の患者が、療養病床に空きがない、あるいは急性期病床からの早期の退院を求められる等の理由で、在宅生活に移行した場合は、在宅に必要なサービス（医療、介護、居住にかかるサービス）が得られないために、最適なクリティカル・パスから漏れ落ちた（Drop out）状態になっている可能性がある。

①のケースについては、医療や介護のサービスを居住系サービスとしてどのように提供するかとこのよりも、「居住」そのものとして、どのように安心、安全な環境（ソフト、ハード両面）を確保するかという問題としてとらえる必要がある。②のケースについては、①のケースに対応した「居住」環境に加えて、医療や介護のサービスを、いわば外付けとしてどのように加えていくことが適切であるかという問題としてとらえるべきであろう。つまり、「居住」をベースとして、その人に最適な医療、介護のサービスを、供給量、効率性、費用、サービスの質保障等を勘案しながら提供するシステムの問題として、居住系サービスのあり方を検討していく必要がある。

本研究では、長期入院を余儀なくされているケースと同様のニーズを持ちながら居住系サービスで対応することができているケースとを比較し、長期入院患者の受け皿として機

能するためには、居住系サービスにどのようなサービス提供が求められるかを明らかにしていくこととしたい。

## 2. 研究方法

### (1) 調査方法

以下の内容について、ケーススタディを行う。

- ① 療養病床の長期入院患者の実態
- ② 前項①のケースを対象とした、安心、安全のための「居住」サービスの取組事例、及び、入居者の実態
- ③ 前項②のケースを対象とした、医療、介護サービスを外付けするサービスの取組事例、及び、入居者の実態

個別入居者の実態調査は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」で承認された研究計画書に基づいて行われた。入居者本人または家族から直接、聴取するのではなく、サービス提供管理者から個別入居者の状況を聴取した。個別入居者が特定される可能性を排除するため、調査対象施設の所在地、施設名称等も匿名とした。

### (2) 分析方法

個別入居者の実態調査の結果から、療養病床入院患者及び居住系サービス利用者の身体状態、要介護度、サービスニーズに関する共通点や相違を検討した。本調査は質的調査であるため統計処理は行わなかった。本稿の末尾に、聴取内容を要約しつつ、可能な限り逐語録的に記述した記録を資料として添付した。

### (3) 調査対象施設及び被調査者（個別入居者実態調査件数）

- ① 首都圏にある療養病院 医療ソーシャルワーカー  
(療養病床入院患者 10 例、精神病床 10 例)
- ② 北関東にある医療法人が経営する適合高齢者賃貸住宅 副管理者  
(入居者 10 事例)
- ③ 首都圏にある住宅型・健康型高齢者住宅及び特定施設 施設長  
(特定施設入居者 9 事例)

- ④ 甲信越にある医療法人が経営するケアホーム 経営者及び施設長  
(入居者 10 事例)

### 3. 調査結果概要

#### ① 首都圏にある療養病院

調査対象病院は、首都圏に開院 28 年目の（2010 年 11 月 5 日調査当時）病院で、病床区分は、療養病床（看護基準 25：1）と精神病床（看護基準 20：1）、合計 460 床である。そのうち、療養病床は医療療養病床が 164 床、介護療養病床が 56 床、合計 220 床、精神病床は医療療養病床が 120 床、介護療養病床が 120 床、合計 240 床である。調査日における平均在院日数は 944 日であった。

被調査者である医療ソーシャルワーカーに個別入院患者のケース記録を参照していただきながら、入院患者の実態について聴取した。被調査者は、入院患者の全体像を以下のように把握していた。

- ・ 内科の療養病床に非常に長い入院患者が多い。
- ・ 軽症の患者は施設に入所するため、最近の患者は在院日数短縮傾向である。一方、療養病床に入院する人は重症化し、両極化している。
- ・ 当院では、精神病床（認知症）でも内科の合併症も診られる。入院患者には、認知症と内科疾患をあわせ持っている患者が多い。
- ・ 医療区分 1 の割合は 2010 年 9 月時点で 61.7%と圧倒的に多い。社会的入院要素が多い。医療区分 2・3 の割合は 38.3%に過ぎない。
- ・ 患者平均年齢は平成 17 年が 84 歳、18 年が 84.1 歳、19 年 84.6 歳、20 年 85.2 歳、21 年 84.9 歳となっている。

個別入院患者の実態調査対象は、在院日数 365 日超で、社会的入院要素が多そうな患者を選択したと被調査者から説明を受けた。退院困難な入院患者の個別事情に関する被調査者の見解は以下のとおりである。

- ・ 当院は医学的管理が強く、入院患者はお金を所持できない。私物の持ち込み制限があり、衣類もリースで、売店にも勝手に行けない。認知症のない患者は、家族や嫁との同居がいやだから、「それでもしかたないと」「ここにいざるを得ない」と思っているようだ。認知症が全くない患者はごくわずかである。退院し施設に入所したとして

も、生活環境の変化でせん妄状態になることがあり、施設側が驚いて入所継続ができず戻ってくる患者もいる。

- ・ 療養病床は、ADL が低下し急性期病院から当院に転院されてくることが多いが、認知症病床は、介護者が介護疲れで倒れ、在宅から入院することが多い。
- ・ 当院の患者は、学歴が高く、大学教授、国家公務員、会社社長など社会的地位の高い職業に就いていた人が多い。
- ・ 診療報酬だけでは病院経営は厳しくなる。診療報酬以外の生活日用品リース代、室料差額などが収入源のひとつとなっている。法人グループ内にリース会社はなく、価格は高めの設定となっている。長く安定して入院生活を送ってもらいたいという経営者の方針は変わっていない。回転率ではなく長期入院によって収入を得る方針である。
- ・ 施設では、スタッフに認知症ケアの力量がないと難しい。弄便、異食、徘徊、大声を出すなど症状が強い人は対応が厳しい。認知症専門ケアが可能なスタッフがいる施設を増加しないと療養病床のニーズはなくなる。
- ・ 上記 20 例は、社会的入院の要素がある、落ち着いた患者の例が多かったが、調査対象事例以外では、精神症状を薬でコントロールする治療が必要な患者は認知症病棟に多い。高齢なので薬剤を使いすぎると意識レベルと 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。
- ・ 本研究は、施設でも療養病床でもない、居住系サービスの方向性をさぐるのが目的であるが、認知症患者にとって外来通院は厳しい。入院で様子をみながらコントロールする。精神科だけでは対応できず内科も必要。三ヶ月では難しく半年一年のスパンで診る必要ある。三ヶ月で退院させると再燃して戻ってくる人が多い。精神科・内科両方対応できる病院なら症状コントロール可能なので、当院は認知症が増加している高齢者の現状のニーズを満たしている。国は認知症を考えた政策をとっていない。見守りがあれば大丈夫な程度の認知症なら良いが、症状が進めば自宅では限界がある。政策的にもう少し早く対処していかないと益々厳しい患者が増えてくる。
- ・ 精神科病院は昔のように“一旦、入ったら出られない”のはよくないが、当院は認知症に重点を置いて経営を考えていくのではないかと思われる。高齢化によって、病院で入院生活しないと精神症状の波があり対応困難な認知症患者は以前に比べて増えている。
- ・ 医学が発達し、色々な病名がつけられている。医療化によって長命になり、以前は治

療対象外のひとが患者になっている。

## ② 北関東にある医療法人が経営する適合高齢者賃貸住宅

調査対象施設を運営する法人は、医療法人社団で、昭和 57 年に 7 床の泌尿器科医院として開設以来 30 余年を経過し、現在は 98 床の病院、診療所、人間ドック・健診センター、メディカルフィットネス&スパ、居宅介護支援センター、ヘルパーステーション、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、適合高齢者専用賃貸住宅を運営する複合体経営である。生活に密着した場所で、地域住民が必要とするサービスを提供していくことが経営理念である。

調査対象の適合高齢者専用賃貸住宅は、2010 年 4 月に開設された。閑静な住宅街に位置する建物で、居室は 13 室（全室個室、18 m<sup>2</sup>以上）。エアコン、トイレ、洗面、調理、収納設備、緊急通報装置が配備されている。共用施設として浴室（介護浴槽あり）、洗面室、食堂談話スペースがある。1 階にはヘルパーステーションが併設されており、現在の入居者のうち必要な人は、この事業所の訪問介護サービスを利用している。

家賃は 66,000 円、62,000 円、57,000 円の 3 タイプで、管理共益費は自立の場合は 30,000 円、要支援 1,2 は 45,000 円、要介護 1 は 50,000 円、要介護 2 は 55,000 円となっている。食費は朝食が 300 円、昼食及び夕食が 600 円である。電気代、電話料、介護保険一割負担分は、別途、自己負担となる。一泊単位での短期利用も可能（全室一泊 5,900 円）である。

入居要件は、概ね 60 歳以上で、自立または要支援、要介護 1～2 までが対象となり、日常生活及び共同生活の営める（自傷、他害行為のない）方である。入居時には通常の賃貸住宅と同様、家賃 2 ヶ月分の敷金が必要となる。

当法人透析センターで透析治療を受ける方や、入居後に介護度が重度になった場合の相談には応じている。基本的には自立の方が入居するので介護つきではないが、医療法人の複合体経営の一事業であるため、入居者の急変時は法人内で 24 時間対応が可能である。ヘルパーステーションの当直は、付き添いはできないが、救急車やタクシーを手配し、病院到着前に患者 ID を連絡しておけば、外来窓口が事前に受付を済ませてくれるなど優先的に診療してもらえる便益がある。現在、空室は 1 部屋（短期利用者分を除けば 2 部屋）であり、すべての希望者が入居できるわけではない。

被調査者である施設副管理者に個別入居患者のケース記録を参照していただきながら、入居者の実態について聴取した。被調査者は、入居者の全体像を以下のように把握していた。

- ・ 元気であれば誰でも自宅が一番良いと考えるが、配偶者の死亡や肺炎などによる入退院を契機に、まだなんとか自立、或いは要介護1~2程度であるが、独居には不安があるため早めに住み替えている入居者が多い。入居前の自宅が空き家になっている傾向がある。それでも自分で家賃を支払える経済力のある方が入居されている。入居要件になっていることもあり、認知症の方は殆どいない。
- ・ 元気な入居者がボランティアでヘルパーステーションの仕事を手伝ってくれていたが、現在はパート採用で働いていただいているという例がある。
- ・ 医療法人が運営しているという安心感が得られ、そもそもこの地域でもとから同法人の病院で診てもらっていた入居者もあり、地域に根ざしたコミュニティケアが実践されている。

### ③ 首都圏にある住宅型・健康型高齢者住宅及び特定施設

調査対象施設は、平成2年2月28日に開設され、介護保険指定事業（居宅介護支援、特定施設入居者生活介護）及び有料老人ホーム、シニア住宅に関わる一切の業務を行う株式会社である。同社は住宅型・健康型有料老人ホーム及び介護保険法上の特定施設を運営している。二つの施設は首都圏の同県同市内にある。

住宅型・健康型有料老人ホームは、平成12年10月1日に開設された高齢者住宅で、60歳以上で規定の入居金及び管理費の支払能力があり、入居時は通常の日常生活を概ね営むことができる（自立）であることが要件となっている。全45室で定員は50名で、調査日（2012年3月9日）現在、空室は1室である。

特定施設は、平成19年10月1日に開設された。入居時は、要支援または要介護であることが要件である。全69室で、住宅型・健康型有料老人ホームの入居者のうち、介護が必要となった人が転居するため、常に2~3室、空室を設けている。

調査日現在の入居者の男女構成は、住宅型・健康型有料老人ホームでは男14、女32（合計46）、特定施設は男11、女54（合計65名）、両施設合計では男25、女86（合計111名）であり、男女構成比は、2.2:7.8である。同社は、この2施設で連携して、住宅サービス及び介護サービスを提供している。

施設管理者の住宅型・健康型高齢者住宅入居者についての認識は以下のとおりである。

- ・ 自宅から入居する人が多い。配偶者の死亡で独居となり、日常生活に疲れ、掃除・洗濯など生活の細かい点が困難になり、健康上、また、精神的に独居に不安を持つこと

が入居の契機になっている。入居後も、居室には風呂はあるが清掃が困難なため大浴場を利用する人が多い。要介護の方は1~2名で、そのほかは要支援または自立である。入居時は自立が前提だが、入居後に加齢によりADLが低下するためである。

- ・ 多くの方が孤独死に対する不安を持っており、施設では朝夕の安否確認を行い、居室から出て共有施設に姿を見せない場合には、居室まで確認に行っている。ここでは孤独死の心配がないこと、介護が必要になった場合には、無条件で同社の特定施設に転居できることで安心感が得られている。
- ・ 元の自宅は処分している人が多い。施設では処分の仲介も行っており、殆どの場合、処分できている。施設は終の棲家であり、特養などの他施設を待機している例はない。
- ・ 入居者の特徴としては、入居時に自立であり、自己の自律性を重視した自尊心の強い人が多い。介護施設には行きたくないと考えており、そのため体調不良を隠したりすることもある。
- ・ 家族と不仲なため施設に入居していることもあり、社会性を保つことに対する欲求があり、訪問してくれる人や関係を持つようとしてくれる相手に金銭を渡す例もあり、オレオレ詐欺の被害も出ている。詐欺犯が居室の電話に親戚の名を語り連絡をして来たり、友人と名乗って居室をたずねる訪問販売員があり、話に来てくれたと喜び、心づけを渡したりしている。金銭を渡すことが自己規定や存在意義の確認になっていると観察される。施設では、入居者の家族から相談を受けて本人に確認し支援を行っているが、基本的には居室は入居者の自宅であるため、過度の介入はできない。淋しい、話をしたい、だから金銭を渡す、という循環になっているようである。施設の職員は家族の代わりにきめ細かなケアをするよう心がけている。存在を主張したり、歓心を買うために施設長や会社を困らせるような面も見られる。
- ・ 外でお茶を飲む、買物をする、確定申告に同行するなど外出支援には人手が必要であるが、人件費率が6割を超えるため、更なるサービスは困難な面がある。
- ・ 施設内の交流として茶話会等もあるが一方向的に話し手になる入居者がいると他方は聴き手となってしまふ。ボランティアを招いてのフロアコンサート等を実施している。
- ・ 介護が必要になった場合は同社の特定施設で静養できる。入退院後に住宅型・健康型高齢者住宅に復帰の見込みがない場合は、特定施設に入居することも可能である。
- ・ 必要な人は、通所系・訪問系介護サービスを利用している。
- ・ 全員がいわゆる「ぴんぴんころり」を願っている。

また、特定施設入居者の実態については、以下のように認識されている。

- ・ 特定施設も自宅から入居する人が多い。基本的に終の棲家として入居されている。特定施設入居者生活介護サービスを受ける人が殆どであり、通所系・訪問系サービスを利用する場合は自己負担となる。
- ・ 入居者が一人で外出することはご遠慮いただいている。上述のとおり入居者の外出ニーズを満たすのは難しい。
- ・ 近所の小学校から定期的にボランティアに来ていただき、太鼓や歌や踊りを楽しませている。近隣大学落語研究会のボランティアも来訪している。ボランティアは一時的ではなく継続的な関係を保つため、組織的なボランティアを受入れており、個人のボランティアは活用していない。

#### ④ 某県の医療法人が経営するケアホーム

調査対象施設は、某県において保健・医療・福祉の複合事業を展開している、社会医療法人グループの有限会社が経営するケアホームである。同法人の病院は、一般床 43 床（亜急性期 6 床）、医療型療養病床は 20 床、介護型療養病床 20 床、合計 83 床の在宅療養支援病院である。診療科は、内科・外科・整形外科・皮膚科・婦人科・形成外科・リウマチ科・泌尿器科・リハビリ科である。亜急性期は脱したが、胃瘻や痰の吸引など医療ニーズの高い慢性期の患者は医療療養病床に入院でき、医療ニーズは少ないものの在宅では介護しきれない患者は、介護療養病床に入院できる。病院以外に 3 つの診療所があり、「24 時間 365 日、気軽に相談できる地域のホームドクター」を目指している。

福祉においては、介護老人保健施設、グループホーム、通所介護、訪問看護、訪問介護、相談窓口（地域包括支援事業・居宅介護支援事業・障害児等養育支援事業）、地域支援（配食事業・福祉有償運送サービス・ホームヘルパー養成講座）、福祉用具・介護用品取扱レンタル、ケアホームの運営を行っている。介護老人保健施設では病院と在宅の中間施設として、リハビリテーションを受け、在宅復帰を目指すことができる。

保健においては、疾病予防のための温泉利用施設を運営している。

被調査者は、ケアホーム（ケア付き住宅）事業を経営する有限会社の社長、及び、施設の管理者で、2011 年 12 月 2 日に調査を行った。調査日現在、14 施設、定員 107 名である。病院・施設を退院・退所したが、在宅生活を継続できない方が住み慣れた地域で在宅にいるのと同じような生活ができる場所を提供することをコンセプトに、開始した事業であっ



た。これらの住宅は病院周辺に集約され、医療機関のバックアップが身近にあることから、医療ニーズの高い高齢者でも入居可能としている。

ケアホーム入居者の個別事情の特徴は以下のとおりであった。

- ・ ケアホームでは、子供が首都圏に転居したり、老老介護だったが、夫婦のいずれかが介護者として続けられなくなったなどの理由で、自宅があるにも関わらず介護力が不足し、これ以上、在宅で生活し続けることが困難になった高齢者が多く入居している。これらは、療養病院の場合と大きな相違はない。
- ・ しかし、入居経緯を見ると、退院後に入居する人は 20%弱であるのに対し、自宅から入居する人が 32.2%で最も多い。退院後の「受け皿」としてではなく、「早めの住み替え」として選択されているようである。しかし、住み替えと言っても、自宅は賃貸も売却も困難で、殆どの場合、空き家となっている。地方都市の日本家屋の一軒家に住むという需要自体が少ないため、不動産というストックがフロー化され活用される余地があまりない。入居費用は本人または家族が負担しており、経済力があることが入居の条件のひとつになる。
- ・ 医療・介護のサービスのニーズは当然少なくなく、外出可能な場合は、医療（外来受診）、通所リハビリテーション、通所介護を利用している。合わせて訪問看護、訪問介護サービスも受けている。訪問介護が日に 3 回あるのは、朝昼夕の安否確認や服薬確認のため、居室に訪問しているものである。
- ・ 平均年齢は 83.8 歳で、男女比は 3：7、服薬していない入居者はおらず、多くの入居者は、少なくとも月 1 回は通院している。93 名中 84 名は訪問介護サービスを、66 名は訪問看護を、66 名は通所系サービスを、68 名は福祉用具貸与サービスを受けている。
- ・ ケアホームや居室は、たとえば夫婦での入居、個室希望など、ニーズや希望に合わせて選択ができる。看取りも希望があれば可能である。しかし、実際には、夫婦での入居は現時点では 1 組もなく、全員が独居とのことであった。被調査者の話では、配偶者が同居を忌避することが多いとのことであった。
- ・ 平均入居年数は、約 3 年数ヶ月である。認知症や脳血管障害の入居者が多く、法人内の病院にがん患者が殆どいないこともあり、がん末期の入居者はいない。老衰で亡くなる方が殆どであるという。
- ・ 特別養護老人ホームへの入居待機者も多い。ケア付き住宅より特別養護老人ホームの方が軽い経費で暮らせ、家族の経済的負担が軽減されるためであるが、入居者本人は

ケア付き住宅を好んでいる例が多いという。入居前の自宅は、近隣ではあっても家が離れているため夜が不安であったが、入居したことで、すぐ近くに病院があり24時間、医療者が駆けつけてくれるという安心感や、入居者が外出すると、病院職員や地域住民が見守っており、「大丈夫?」といった声かけをしてくれることで「つながっている」という連帯感があるからだという。

- ・ 費用面では、入居者は介護給付の自己負担に加え、「生活支援費」として、受けるサービス量の多寡に関わらず、一律、1日1,000円（月3万円）を支払う。一番高価な居室は、約20万円であるが、国民年金受給者の場合は到底、年金だけでは賄いきれず、子が負担することになる場合もある。ある程度の収入がないと入居は難しい。実際、入居者の多くは、元公務員や教員が多いとのことであった。
- ・ ケアホームを運営する有限会社の社員は5~6名で、ケア提供は、グループ法人に業務委託する形態をとっている。これにより、有限会社の人件費負担は少なく、かつ、病院職員などグループの職員が医療保険・介護保険・自費の垣根を越えて継続的に入居者をケアすることが可能となっている。グループ内の情報交換が可能であり、多職種の連携・協働がしやすく、一貫した患者へのケア計画を立案し援助ができるため、本人・家族が安心できる。
- ・ 当法人グループの医療と福祉を一体的に提供するシステムが地域に根つき、地域住民が高齢者を見守るというコミュニティケアが自然な形で実践されているところに、住宅サービスが追加され、一連のシステムが機能するようになってきた。複合体経営を行う法人グループによって、医療・介護・居住の「ワンストップサービス」の提供が可能な基盤が整備された例であろう。

## 4. 分析

首都圏にある療養病院、北関東にある医療法人が経営する適合高齢者賃貸住宅、首都圏にある住宅型・健康型高齢者住宅及び特定施設、某県にある医療法人が経営するケアホームの個別入居者実態調査結果（合計49事例）から、以下のような傾向を読み取ることができる。

### （1）共通のニーズ

- ① 見守りが必要である。見守りのない独居では、転倒や失火などの安全上の不安がある。特に、夜間が心配である。
- ② 生活支援が必要である。程度の差はあるが、日常生活をすべて自立して行うことはできない。特に風呂掃除などの労作が難しく、服薬、調理や洗濯などの細かい作業も支援が必要である。外出や買物支援のニーズも多いが、現状ではなかなか応えられていない。
- ③ 医療・介護へのアクセスが必要である。頻度の差はあるが、何らかの問題が生じた際、あるいは急変した場合に、医療・介護が適時に受けられる安心感が欲しい。
- ④ 状態が変化した場合でも「居つづけられる場所」「住まい」が必要である。住宅・建物といった「空間」ではなく、他者との関係性を維持できる「場」や「コミュニティ」を必要とする。

### （2）相違点

#### ① 入居者の心身状況、入居の経緯、経済力

適合高齢者専用賃貸住宅及び住宅型・健康型高齢者住宅は、そもそも「居住サービス」の提供であり、基本的に認知症状のない全自立か要支援程度の高齢者が、配偶者の死亡などによって独居になったのを契機に「早めの住み替え」として入居している傾向がある。家賃または家賃形式の住居費が発生するため、ある程度の経済力がないと入居できない。調査対象施設はいずれも内廊下型の集団住宅であり、他者との共同生活が営めることを入居要件と施設側は考えている。

複合体経営の医療法人のケアホームも基本的には同じで、病院への入退院を契機に入居する例は殆どなく、「早めの住み替え」である。首都圏では前の自宅を売却可能な例が多いが、地方都市の場合、空き家にならざるを得ない状況が見られ、本人または家族

の経済力が必要である。とはいえ、ケアホームでは特養待機中の入居者もあり、家賃負担が楽というわけではない。

それに対し、療養病床では、認知症状が進行し家族介護が困難になったり、ぎりぎりまで自宅で生活し、骨折、肺炎、脳卒中などで入院後、医療依存度が高いまま持続しているか、低くなっても、自立生活が困難で独居は不可能だが家族介護力がないか、家族が忌避して元の家に居場所がなくなり、戻れなくなっている。認知症がない患者はほぼいない。調査対象の療養病院では医療給付以外で自己負担するリース料などがあり、経済力がない場合には、入院を継続することができない状況であった。

## ② 入院患者のニーズ

前述の共通のニーズの項に記載したニーズに加えて、入院患者の場合は、医療処置が必要となる。認知症専門ケア、頻回の吸痰、人工呼吸器、在宅酸素、胃瘻、尿道カテーテル留置、人工肛門などである。

気管切開カニューレからの吸痰や胃瘻の接続・抜去、感染予防処置などは訓練を受ければ家族が可能な場合があるが、同居で常時看護・介護をする家族がいない場合は、退院は困難である。特に遷延性意識障害で、植物状態での寝たきりの場合、一旦、入院すると長期化し、元の自宅の患者本人の部屋が別の用途に変わり、家族も本人がいない生活に慣れてしまい、帰る場所がなくなっている。

## (3) 療養病床長期入院患者と居住系サービス入居者に分れる理由

居住系サービスでは、入居者がほぼ自立しているなど、残存生活機能が比較的に高い状態で元の自宅から転居し、加齢とともに徐々に生活機能が低下している。最初に入居する居住系サービスは住宅型であるが、介護ニーズの増加に伴い、介護型に移行し、経済力がない場合には、介護保険の施設サービスを利用することになる傾向がある。「早めの住み替え」に踏み切る際には、「状態が変化してもどこかに住み続けることができる安心感」、「医療・福祉へのアクセスのしやすさ」が保障されていることが重要となる。

一方、療養病床に長期入院している患者は、ぎりぎりまで自宅での生活を続け、骨折や肺炎で急性期に入院後、療養病床に転院または転棟し、諸処の事情で元の自宅に帰れない期間が長期化するうちに、医療ニーズは低くなるものの、生活機能が低下している。

結果として、「医療ニーズは低いが、一定以上の介護ニーズがある同じような人びと」が、別々の場所で生活している、と読み解くことができる。

また、療養病床には、認知症が進行している、脳卒中後に高次脳機能障害や遷延性意識障害になっているような、調査対象の居住系サービスでは対応していないケアニーズがある入院患者が存在している。現状では、気管切開カニューレからの吸痰、人工呼吸器管理、経管栄養の管理、尿道カテーテルや人工肛門の管理など、呼吸、栄養、排泄管理、及び、認知症ケアが、自宅や自宅以外の在宅である居住系サービスに届けるシステムが構築されていない。住宅型、文字通り住宅サービスであり基本的に介護サービスはないが、介護型では在宅酸素療法、吸痰、胃瘻、人工肛門等の排泄管理までは対応していることもある。しかし、遷延性意識障害などのいわゆる植物状態や重度の認知症の患者は、住宅型、介護型のいずれでも入居事例は見られなかった。

## 5. 結論

居住系サービスは、現状では、生活支援、身体介護、認知症ケア、医療処置の必要性の多寡によって、近傍に見守り機能のある住宅のみの提供、住宅に生活支援機能付き、住宅に身体介護つき、認知症ケアつき、という機能別になっている。

日常生活動作、生活機能、病状の進行が右肩下がりでも低下し不可逆になる場合と、そうではない場合があるが、環境の変化によって心身状態も変化を受けやすい高齢者が頻回に転居を繰り返すことは望ましくない。

したがって、状態が変化しても同じ場所に住み続けられ、外付け医療・介護を効率よく届けやすい集合住宅を供給し、上述の「共通ニーズ」を充足するサービスを包括的に提供するとともに、状態変化によって追加ニーズが生じた場合には、必要なサービスを選択的に追加提供可能なシステムが求められる。同一敷地内、或いは、同一地域内で双方向に移行（転室・転居）可能であれば、入居者の負担も軽減されるだろう。

調査対象施設では、いずれの利用者（入院患者、入居者）も一定の経済力を有しており、居住コストを自己負担可能であった。特養やグループホームも居住系サービスのひとつと考えられるが、これらの施設は居住サービス機能を合わせて有しているため、利用者にとっては割安、保険者にとっては高負担ある。居住コスト自己負担増となったとしても、支払い能力がある場合は、例えば、「認知症専門ケア付き、医療処置付き、居住コスト自己

負担型施設サービス」が創出されれば、長期入院患者のうち経済力を有する群が、そこに移行できる可能性はある。従来の特養は低所得者層向けとすることを検討する余地もあるだろう。

政策の方向性としては、居住コストを介護給付及び医療給付から除外する目的があるのだから、自立度の高い段階での「早めの住み替え」を促進する政策は、住宅政策となると考えられる。高所得者層は自己解決可能だが、低所得者層には「特養待ち」状態を解消する施策が求められる。それは特養の増床ではなく、廉価な住宅供給でなければ現状を変えることは困難だろう。

今後、外付け医療・介護を効率よく届けやすい集合住宅を検討するに先立ち、医療区分とADL区分によるマトリクス評価を居住系サービス（住宅型から特養・グループホームまでを含み、老健を除く）の事例で調査し、区分ごとに、どのような要件が満たされていればアウトリーチが可能となっているか、どのような医療は介護職や家族に移譲可能かを分析する必要がある。今後も引き続き調査が必要である。

居住系サービスは今回の調査対象施設のみならず、一般に集合住宅が多く、他者との共同生活ができることが要件となるため、要件を満たさない場合には、入居・生活継続が困難である。今後の課題としては、①共同生活困難な性格や人格の場合、②重度の認知症や心療内科・精神科の治療が必要な場合、また、③居住系サービスに転居する際に元の自宅を売却できるか、できないか、入院患者は自宅を売却しておらず、そもそも不動産を所有していない患者（極端な例では、行路患者は病院を居住機能として利用しているなどもある）の問題をどのように解決するか、といった住宅対策について、調査・検討を深める必要がある。

## <資料>

### (1-1) 首都圏にある療養病院 療養病床入院患者 (10 事例)

#### 事例①

- ・ 87 歳女性、平成 15 年から約 7 年入院中。急性期病院から転院されてきた。医療区分 1、ADL 区分 2 で認知症があるが問題行動はなく内科で診療を受けている。結婚歴のない独身女性で、兄弟姉妹はいない。急性期病院入院前は独居で同居介護者はいなかった。一番近い親戚が甥である。
- ・ 現在は施設入所可能な病状だが、風邪をひいた時などに当院の内科で治療を受けられることが安心だからという理由で入院している。当院入院当初は誤嚥性肺炎があった。既往歴はあまりない。
- ・ 栄養は自立摂取可能、排泄はおむつなし、杖歩行でトイレにいつている。
- ・ 独居は難しく、家族介護が無理なので家に帰れないだろう。かなり婉背している。入院生活に慣れているから身の回りのことができているが、普通の住宅やマンションは難しい。施設なら可能だが安心だからここにいる。

考察：医療的には入院の必要はないが、①同居家族に介護力がない（家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない）、②病院生活に慣れ病院が住居化している、③いざというとき医療がすぐに受けられる安心感 から入院を継続している。

#### 事例②

- ・ 81 歳女性、平成 20 年から約 2 年入院中。急性期病院から転院されてきた。認知症。見た目には認知症には見えないが病名がついている。
- ・ 夫は施設に入所中、子どもは二人いるが、遠方に住んでいる。本人夫婦の自宅はバリアフリーではない。
- ・ 独居は難しいが病院でなくても大丈夫と病棟看護師は言っている。
- ・ 車いす歩行、食事と排泄の状況は不明。医療区分 1、ADL 区分 2。
- ・ 病状は、脳梗塞後遺症、左片麻痺、それにより認知症病名がついている。
- ・ 見通しとしては、家族は施設入所を考えているが、夫の病状が変化しており、施設と病院を往来しているため、その状況により検討している。特養待機中。医療必要度が高くて断られているわけではない。

考察：医療的には入院の必要はないが、①同居家族介護力がない（家族の家に同居できな

い、又は、同居できても家族が介護できない)、②夫の病状変化のため本人の方向性を決定できない、③特養に入れなから入院を継続している。

#### 事例③

- ・ 85歳女性、平成20年から約2年入院中。急性期病院から転院されてきた。認知症のない珍しい事例。
- ・ 医療区分1、ADL区分1で、本人はリハビリテーションに注力しており、“もも上げ”もできる。入院当初は車いすだったが、リハによってADLがあがってきた。
- ・ 夫は死亡、子どもは一人いるが急性期入院前は独居であった。子どもが同居は難しいため、帰れない。介護保険サービスを使えば独居も可能と思われるが、本人が帰りたいと言っていない。安心のため入院してきたい様子。
- ・ 今年のはじめは泌尿器でバルーンが入り、一時、ADLが下がっていた。
- ・ 脊柱管狭窄症があり、何かのはずみで痛めたら歩けなくなる。筋力をつければ大丈夫だが、圧迫したら麻痺がでるリスクはある。食事も排泄も歩行も可能。施設入所を検討している様子はない。

考察：医療的には入院の必要はないが、①同居家族介護力がない（家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない）、②いざというとき医療がすぐに受けられる安心感から入院を継続している。

#### 事例④

- ・ 90歳男性、平成21年から1年以上入院中。
- ・ 脊柱管狭窄症だったが自転車と接触し更に歩けなくなり、妻が介護し居宅サービスを利用していたところ急性期病院に入院し、当院に転院されてきた。
- ・ 認知症病名はついていないが、老人性認知症スケールは2bなので独居には不安がある。妻と、結婚している子ども一人。
- ・ 急性期入院前は妻が本人を介護していたが、介護疲れで妻がうつ病になった。本人は亭主関白で妻に命令口調で指示する様子が観察される。妻が見舞いにくると嬉しそうにしているが二人で暮らすと妻の生活が成り立たなくなる。
- ・ 医療区分1、ADL区分1、毎日写経している。脊柱管狭窄症。手術はせず、保存的加療をしている。特養待機中。



- ・ 食事は自力摂取、見守りがあれば移乗可能で車いす歩行している。

考察：医療的には入院の必要はないが、①家族（妻）の介護忌避、②特養に入れない から入院を継続している。

#### 事例⑤

- ・ 81歳女性、平成19年から約3年入院中。糖尿病があり血糖コントロールが悪く急性期病院に入院後、本人が独居に不安を持ち、転院してきた。
- ・ 医療区分1、ADL区分1で、アルツハイマー型認知症の病名を他院で受けているが、見た目には物忘れなどが若干あるかと思われる程度。意地悪をすることがある。
- ・ 夫は死亡し、子どもはいない。兄弟姉妹はいない。独居していた時、遠い親戚と家が近かったため、現在もその親戚が対応している。
- ・ 本人が入院継続を希望しており他施設に行くつもりもない。
- ・ 食事、排泄、歩行は全自立。現在は糖尿病も落ち着いている。

考察：医療的には入院の必要はないが、①同居家族介護力がない（家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない）、②病院生活に慣れ病院が住居化している、③いざというとき医療がすぐに受けられる安心感 から入院を継続している。

#### 事例⑥

- ・ 93歳女性、平成16年から約6年入院中。有料老人ホーム自立型に入居中に腎機能低下、脱水などで急性期病院に入院しADLがさがったため元の施設に戻れず当院に転院されてきた。
- ・ 医療区分1、ADL区分1で、杖歩行や車いすを押して歩行可能、食事と排泄は自立しているが、認知症は進んできた。
- ・ 夫は死亡、子ども一人は本人自宅から遠方に住んでおり同居できない。自宅は処分済み。
- ・ 施設入所は可能と思われるが、ここで生活ペースができています。既往歴は、骨粗鬆症、高血圧程度。
- ・ 認知症が進んでいるので、誰かが見守りするなら独居可能。物取られ妄想があるので、認知症が対応できる施設なら大丈夫ではないか。

考察：医療的には入院の必要はないが、①同居家族に介護力がない（家族の家に同居でき

ない、又は、同居できても家族が介護できない)、②自宅を処分して入居した有料老人ホームに戻れず帰る場所がない、③認知症のため見守りなしで独居ができないため入院を継続している。

#### 事例⑦

- ・ 92歳女性、平成16年から約6年入院中。胆のう炎で急性期病院に入院後、当院に転院してきた。
  - ・ 医療区分1、ADL区分1で、車いす歩行で、座位保持時は問題ない。認知症病名はついていない。トイレは自立に近い軽介助。
  - ・ 夫は死亡し、子どもは3人。急性期病院入院前は子どもの家族と同居していた。家族の面会は多い。
  - ・ 戻るなら急性期入院前の家族と同居になるが、本人は帰ることに不安があり、「病院がいい」というイメージ。家族は本人が不安を持っていることを心配している。病棟看護師は帰れると言っている。
  - ・ 耳鼻科に通院している。心房細動、脳梗塞、変形性膝関節症、腰椎症など病名は多い。
- 考察：医療的には入院の必要はないが、①いざというとき医療がすぐに受けられる安心感から入院を継続している。

#### 事例⑧

- ・ 89歳女性、平成15年から約7年入院中。見た目は若く70代に見える。急性期病院から転院されてきた。
- ・ 医療区分1、ADL区分1で、車いす自走。当院入院前は胃かいようがあり、吐血と下血を繰り返していた。認知症病名はついていない。
- ・ 独身で兄弟は死亡、姪の家に同居していたがADLが下がり、姪が介護不可能となった。家族関係が複雑。姪に遠慮している。しかたがなく入院している（と本人はたぶん思っている）。同居すれば家に帰れるが、姪に介護させるのは厳しい。
- ・ 見守りのできる施設なら大丈夫だが、当院に慣れていて他に移る希望はない。
- ・ 入院中に白内障が進むなどの経過はある。見た目は至って元気、水戸黄門を楽しみにしている。画面に接近して観ているので視力はかなり低下しているだろう。当院の眼科は休診中なので他院受診が必要。時々精神面が不安定になる。

考察：医療的には入院の必要はないが、①同居家族介護力がない（家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない）、②病院生活に慣れ病院が住居化しているから入院を継続している。

#### 事例⑨

- ・ 84歳男性、平成21年から約1年入院中。急性期病院から転院してきた。
- ・ 認知症と言われて認知症病棟に入院したが、実際はせん妄だった。精神科医はせん妄が落ち着いた時点で、精神病床での入院継続の必要はないと判断し、療養病床に転棟した。
- ・ 脊柱管狭窄症があり車いすがないと厳しい。泌尿器疾患でバルンカテーテルがはいており、家族が引き取れないというため戻れない。
- ・ 妻は死亡し、結婚した息子がひとり、息子の子は小さい。以前、嫁いびりをしていたので、嫁がNOといっている。外出・外泊は受け入れてくれていて少し折り合っている。本人は帰りがっていたが、現在は半ば諦めている。
- ・ 医療区分1、ADL区分2で、排尿はカテーテル、排便はトイレで自立、車いすに乗ったりリハといって車いすを押しながら歩いている姿が見れる。恰幅が良いが脊柱管狭窄症があるのですたすた歩けず、しんどそうに見える。口から食事摂取できる。
- ・ 二世帯住宅。本人の部屋がたぶん二階。上記の問題で家に帰れない。入院中他院でヘルニア手術をうけており病状は変化している。医師は自宅に帰そうとしていたが現実的に難しかった。

考察：医療的には入院の必要性は大きくないが、①家族（嫁）の介護忌避、②いざというとき医療がすぐに受けられる安心感 から入院を継続している。

#### 事例⑩

- ・ 73歳女性、平成19年に急性期病院から入院後、一度肝のう瘍手術で退院したが当院に戻り再入院。通算約3年入院中。
- ・ 認知症病名はついていない。アルコールの問題あり。病名はついていないがアルコール中毒か依存症で、かなりの量を継続して飲んでいて、精神症状あったため、近所迷惑をかけていた経緯がある。現在は「ほんとに意地悪ばあさん」という印象の患者。病院の牢名主的な存在で、回りの患者から「この人に逆らうと怖い」と思われている。

- ・ 夫は死亡し、結婚して別居している息子は当たり障りなく対応している。
- ・ 入院前は独居していた。飲酒量多く、体調崩し急性期病院に入院し、家に戻るとまた体調が悪くなるので、精神科の対応も可能な当院に転院してきた。
- ・ 医療区分 1、ADL 区分 1。現在は入院中なので飲酒していない。
- ・ 家に帰れるはずである。肝臓系疾患が定期的に出るが、自宅から通院しながら過ごせる。家に帰ると飲んでしまうので入院継続させるという精神科病院はなく、落ち着いたら帰るのが原則である。独居も可能だが、同じ状況を繰り返す可能性は高い。本人も入院していきたい。要介護度が低く、施設入所はできない。

考察：医療的には入院の必要はないが、①いざというとき医療がすぐに受けられる安心感から入院を継続している。

## (1-2) 首都圏にある療養病院 精神病床入院患者 (10 事例)

### 事例①

- ・ 昭和 5 年生まれ 94 歳女性、平成 14 年から約 8 年入院中。任意入院。
- ・ 他院の認知症治療病棟から転院されてきた。精神病床は医療区分・ADL 区分をつけるようになっていないが、もしつけるなら医療区分 1、ADL 区分 1 だろう。前頭側頭葉型認知症、長谷川式スケールでは 28 点。こだわりが強く、症状経過はマイルドだが、誰かをずっと見つめていたり、通常の行動とは少し変わっている。
- ・ 夫も当院に入院中。当初は内科疾患で入院したが、認知症病棟に転棟した。子どもは二人いる。本人は、自宅に戻ったら何をするかわからない状態。自宅に外泊し、大量服薬で救急病院に搬送されたことがある。病院生活では穏やかで落ち着いているが、病院ではない環境で生活となるとどういう状況になるかわからない。
- ・ 自宅はそのままになっていると思われる。夫が入院中なので自宅に帰るとなるとひとりになってしまう。
- ・ 自分がどうしたいという意思表示は、聞けば返事してもらえと思うが、敢えて聞いたことはない。認知症病棟の患者には聞きづらい。
- ・ 施設入所となると、こういう症状の認知症の対応に慣れていないと他の利用者とうまくいかないと言われてしまいそう。病院の中でも浮いた存在である。

考察：身体的には問題ないが、①同居家族介護力がない（家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない）、②認知症対応が可能な施設でないと入所は難しい、