

3. 居住系サービスモデルを提案するに当たっての視点

(1) 積極的な住み替えという視点

居住系サービスは、必要なサービスが受けられる住居を提供する事業と位置づけられる。したがって、病院や施設のように、サービスを利用するためにやむを得ずそこに自分の身柄を移すのではなく、生活の質（QOL）を高めるためのステップアップの一環として居住系サービスに住み替えるという視点が必要である。つまり、「生活に適さない住居から生活に適した住居への住み替え」の選択肢として居住系サービスがあるという位置づけでなければならない。このためには、それまでの様々な「関係」が維持継続されることが望ましく、また、長期にわたって居住することを前提に、現在の生活に適しているだけでなく、将来の生活にも適した条件を同時に備えているものでなくてはならない。

このような視点から見た場合、現在提供されているサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームのほとんどは、やむを得ずそこに移るという消極的な位置づけでしかなく、ステップアップのために積極的に選択する住居としての条件を満たしているとはいいがたい。「生活に適した住居への住み替え」という意識がはっきりしているイギリスの **Sheltered Housing** と比較した場合、日本の居住系サービスの問題点が明確になる。詳細は、本報告書「イギリスにおける **Extra Care / Sheltered Housing** の現状」を参照していただきたいが、主要な点は以下のようにまとめることができる。

- ①住居というには生活するに十分な広さがなくてはならない。イギリスでは、1人暮らしでも最低1ベッドルーム（日本でいう1LDK）の広さが必要とされているが、居住系サービスの場合、ほとんどが1ルームである。これでは、日中くつろぐことも客を招くこともできない。そのような場合は、共用のロビー等を使うというのが日本の居住系の考え方であるが、それは住居としては不完全といわざるを得ない。また、**Sheltered Housing** では、それまで使っていた家具や食器等を持ってきて、それまでの生活を継続することができるが、日本の居住系サービスでは、お気に入りの家具等は置いていかなければならない。
- ②イギリスの場合、分譲型の **Sheltered Housing** では、居住の権利は一般的に所有権に基づくものである。このため、基本的に自宅を売却して入居する。より生活に適した住居があった場合には **Sheltered Housing** を売却して別な住居を購入することも可能である、日本の有料老人ホームの場合、ほとんどが使用権であり、退居すると権利は消滅してしまう。このため、いったん入居すると他へ転居することは難しくなる。また、そういうこともあって、自宅を売却することに抵抗がある。

③イギリスの Sheltered Housing では、様々な状況の高齢者が暮らしており、それ自体が自然発生的なコミュニティであるという意識が強い。このため、相互援助の関係ができやすく、年齢を重ねて体が弱くなったときの不安も少ない。日本の居住系サービスでは、一定の身体的、精神的状態にある高齢者だけを入居対象としているものが多く、やむを得ずそこに移るという意識が強いため、同じような状況にある高齢者だけの集まりになりやすい。このため、コミュニティとしての機能が伴わず、地域にとってマイナスの存在になりやすい。

我が国の居住系サービスの現状を見る限り、積極的に選ばれる居住系サービスへの転換を図っていくことは難しいといわざるを得ないが、サービスモデルを考える場合、このような視点を取り入れることも必要であろう。

(2) 包括的ケアマネジメント体制

居住系サービスは、入居者の生活に必要なニーズをすべてその枠内で提供するわけではない。安否確認、緊急時の対応や食事、清掃等のサービスは住居に付帯するサービスとして居住系サービスの運営主体が提供すべきものであるが、医療、介護サービスについては、入居者の状況に差があることから、特定施設型のように一律に介護保険給付の上限までサービスを利用することを前提としてサービス提供体制を整えることは効率的ではなく、地域のサービス提供事業者と連携して、これを積極的に活用する（「外付け」）方向が望ましい。

しかし、サービス事業者と居住系サービスの運営主体との間で、入居者の身体的、精神的な状況に関する情報とケアの目標が共有されていなければ、効果的なケアを提供することはできない。「外付け」サービスの活用であっても、入居者のニーズに十分に答えることができるためには、医療、介護を通じた包括的なケアマネジメントの体制が整っていることが前提となる。地域においてそのような体制が整っていなければ、居住系サービスの提供主体が包括的なケアマネジメントを実施できる体制を整え、それを前提に、医療、介護サービス提供についてだけ地域の事業者委託するという形態を取らざるを得ない。

退院の受け皿型やターミナル型では、医療ニーズが大きく、マネジメントも医療サービスを中心としたものとならざるを得ない。この場合は、かかりつけ医との連携により、そのマネジメントの下でのサービスの委託という形態になるが、それでは、介護サービスとの連携が難しくなる。この両者を一体的に管理できる機能を居住系サービスが持っていることが求められる。それは、看護師の活用ということになる。居住系サービスにケアマネージャーの資格を持った看護師を、マネジメント担当として常駐させることで、かかりつけ医との連携を確保し、医療と介護を包括したマネジメントが行える体制を整えること

が望ましい。

前述のように、病院を中心にして、退院の受け皿型の居住系サービスを展開している事業体では、同時に、訪問医療、訪問看護、訪問介護等のサービス部門を持って、それらを包括したケアマネジメントの体制を整えているところもある。このような場合はすべてのサービスが統一的なマネジメントの下で効率的、効果的に提供されることが期待できる。しかし、このような体制は、一つの事業体で入院から在宅までをすべてカバーしようというものであり、「患者囲い込み」につながりかねない面を持っている。また、すべての地域でこのような形態が可能なわけではないことから、これだけを居住系のモデルと考えることは難しい。

(3) 地域性

居住系サービスは住居を提供する事業であり、立地の問題は重要である。高齢期の住み替え先の地域として、全く縁もゆかりもないところを選ばれることは希であり、一般的には、①同一の日常生活圏域内か同一の市町村内 ②出身地あるいは以前に住んだことのある地域 ③別居の家族の住まいの近所 ④風光明媚で温暖な気候のところ のいずれかが選ばれると考えられる。この他、病院を中心とした複合体への住み替えでは、病院との関係を維持するために、病院の近くに転居するという場合もある。実際には、都市部の居住系サービスの調査によれば、最も多いのは①、次いで③で、②と④はほとんどない。^{xi}

地方では、居住系サービスへの住み替えを必要とする高齢者が集まって住んでいるということが少ないため、同一生活圏域内に適切な居住系サービスを見つけることは難しく、同一市町村内か③のような形で都市部に移住するということが多くなる。これに対し、都市部では、多くの居住系サービスが提供されており、また、同一日常生活圏域には、同程度の生活水準の住民が住んでいるという場合が多いことから、それまでの生活を大きく変えなくてもよいような居住系サービスを見つけることも可能である。このため、比較的近所での居住系サービスへの住み替えが可能になる。しかし、ターミナル型に限ってみると、ギリギリまで在宅生活を維持してきたが「これ以上は無理」というような緊急性があるケースに対応できる居住系サービスは少なく、やむをえず遠隔地の居住系サービスに入居せざるを得ないというケースも多く存在する。また、居住環境の問題で在宅生活を継続できないケースには、低所得者も多く、そのため都市部の居住系サービスが利用できず、安価な遠隔地の居住系サービスを選択するという場合もある。^{xii}

^{xi} 厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成 22 年度報告書 分担研究報告書「第 3 章長期入院患者の「受け皿」としての居住系サービスの可能性に関する研究」を参照されたい。

^{xii} これらについては、本報告書「「やむを得ざる転居」をする要介護者の医療・介護・生活支援ニーズ」の章を参考にされたい。

このように、居住系サービスは都市部に需要が多いが、都市部は地価が高く、利用料が高くならざるを得ない。そのため、比較的高額所得の者を対象に、自宅を売却することを前提とした早めの住み替え型の居住系サービスが多く供給されることになる。一方、地方では、退院の受け皿型を中心に、医療との結びつきの強い居住系サービスにたいする需要が大きい。都市部でギリギリまで在宅で過ごしたが、ターミナル型の居住系サービスへ移るという場合で、所得の関係で近くの居住系の利用が難しい場合は、このような地方の居住系へ入居することになるのが現状である。

4. 事業モデルの提案

これまで述べてきたことをもとに、ここでは、以下のような2つの事業モデルを提案することとしたい。1つは、早めの住み替え型、退院の受け皿型、ターミナル型のすべてを包含した、様々な高齢者が暮らすコミュニティとしての居住系サービスモデルであり、もう1つは、ターミナル型に特化した小規模の居住系サービスモデルである。

(1) モデル1＝コミュニティ型居住系サービス

i. 総合型のメリット

このモデルの特徴は、早めの住み替え型、退院の受け皿型、ターミナル型のすべてに対応した総合型であるということである。総合型のメリットは、どのような状況の高齢者でも入居することができ、どのような状況になってもターミナルまで住み続けることができるということである。また、そうであるがゆえに、多様な高齢者が生活するコミュニティとしての実態を持つことができ、地域に違和感なく受け入れられることができる。

現在の居住系サービスは、早めの住み替え型かターミナル型のいずれかに特化したものか、入居時は自立が条件であるが要介護状態になっても住み続けられることを謳っているものがほとんどである。しかし、後者の場合でも、医療ニーズには対応できない場合が多く、また、要介護度が高くなると住み続けることが困難になることもある。このため、退院の受け皿型のニーズには対応できず、また、将来の不安にも適切に答えられていない。

高齢者は、加齢とともに身の回りのことを自分で行うことが難しくなり、病気や骨折などにもなりやすくなる。差し迫った状況にない高齢者が、「住み替え」という大きなイベントを選択するのは、将来の不安に対する備えが大きな要素になる。早めの住み替え型の対象者の将来の不安は、退院の受け皿型の対象者のニーズとほぼ同様なものである。退院の受け皿型のニーズに応えられるようなサービスを準備しておくことは、同時に早めの住み替え型の対象者の不安にも応えられるということになる。さらにその先、ターミナルまで住み続けることを前提とするなら、同様にターミナル型のニーズにも応えられるようにし

ておくことが求められる。総合型の居住系サービスは、現在のニーズに対応すると同時に将来の不安にも応えられるものといえよう。

ii. 立地と規模

総合型の居住系サービスは、様々な状況の高齢者がバランスよく居住していることが望ましく、そのためにはある程度の規模が求められる。イギリスの Sheltered Housing の例を参考にすると、200～300 人程度が暮らすコミュニティというのが適正な規模といえるだろう。この程度の大きさのものを新たに建設することは都心部では用地取得の問題があり難しい。訪問介護サービス、訪問看護サービスをはじめ、生活基盤がある程度整った地方都市というのが最適な立地であろう。また、用地取得が難しい地域もあり、公共施設の跡地などの優先利用について、公の支援が望まれる。

iii. 居室と設備

居室については、住居であるということを前提に考えるならば、LDK+1 ベッドルームは確保したい。トイレと、少なくともシャワー室は各居室に設置することが求められる。一般の居住系サービスが 1 ルームで、浴室共用であることから考えると、相当にデラックスマな感じは受けるが、それまでの住居を売却して入居するという前提であれば、料金的も妥当なものとする事は可能であろう。

共用設備については、施設に付帯する設備というより、200～300 人程度が暮らすコミュニティというものを想定したときに、通常そこに存在するものがあるという位置づけで考えるほうがよい。食堂や売店も、コミュニティにはレストランやコンビニがあるのと同じだと考え、テナントとして入ることや、元気な入居者がそこで働くというようなことも考えてよいのではないだろうか。

iv. 費用

入居の形態は、分譲型と賃貸型の両方を用意し、入居者が選べる事が望ましい。分譲型は、それまでの住居を売却することを前提にして、退居時の買い戻し特約付きの所有権とすることが、入居者の財産保全の希望に添うものであり、入居の障壁が低くなる。自宅を保有していない場合や家族が住んでいる場合も考慮し、賃貸の形態も取り入れておく必要がある。購入費や賃貸料は、居住系サービス特有のものではなく、近隣の同程度の不動産価格等を参考に決められることになる。

見守り等の生活支援サービスや管理上のサービスは、別途実費を負担することになる。食事や身の回りの消耗品等は、テナントとして入っているレストランやコンビニで、入居者自身で購入することとし、一律に管理費用に含めることはしないほうが住居としての実態に合っている。医療や介護のサービスは、医療保険、介護保険を使って利用することとし、個々に利用状況に応じて自己負担分を負担する。サービスのマネジメントも、保険制

度の中で提供することにすれば、入居者の負担は小さくなる。

v. 経営主体のあり方

居住系サービスには多くの業種が参入してきており、医療、福祉の関係者が経営するものも多い。将来の不安も含めて、医療ニーズが大きいことから、病院などを経営する医療法人等が、総合的なサービス展開の一環として居住系サービスを提供しているケースも増えている。このような形態の場合、入居者が必要とするサービスを確保できるという点では優れているが、退院患者の入居を前提に閉ざされた社会をつくってしまうおそれがある。入居者の安心のためには、地域のクリニックをかかりつけ医として位置づけて連携を図っていくことが重要である。地域のクリニックと競合関係にあるような病院の経営主体が居住系サービスを提供する場合には、デメリットの方が大きくなってしまいうだろう。一方、特別養護老人ホームなど福祉施設を営む法人の場合、医療との連携が弱いことがある。特別養護老人ホームの入居者の多くが、そこで最期を迎えられない現状をみると、そのような法人が総合型の居住系サービスを提供することには不安が残る。

居住系サービスを特殊な「施設」ではなく、通常の住居として普及させていくためには、各分野の企業の参入を促すことが望ましい。特に、自宅を売却して居住系に入居した後のファイナンシャル・プランづくりの支援と合わせて、金融商品と連携した居住系サービスとして、保険会社などと連携して提供することも検討してよいのではないだろうか。

vi. サービス提供体制

前述のように、生活支援サービスは居住系サービスとして自前で提供すべきであるが、医療、看護、介護のサービスについては外付け型とし、個々の入居者が、医療保険、介護保険を活用してサービスを利用するという形態の方が、多様な居住者へきめ細かく対応ができる。ただ、外付けといっても、すべてを外部の事業者任せにするのでは居住系のメリットはない。訪問看護に含まれない、日常の健康管理と医療と介護の両面に渡るマネジメントを担当する（ケアマネジャーの資格を有する）看護師を常勤で配置（費用は、管理費用に含むが、介護保険サービスのマネジメントは介護保険で賄う）して、適切なサービスが提供できるようにコーディネートしていくことが必要である。また、前述のように、医療、介護サービスとの連携を確かなものにする観点から、建物内、敷地内に、訪問サービスの拠点を置く（テナントして入る）ことも検討されてよいだろう。

vii. 医療との連携とケアマネジメント

居住系サービスが、一般の住居に比べてメリットがある点は、生活支援サービスが受けられるという点と、医療と介護を包括したマネジメントの下でのサービスを受けることが可能になるという点である。後者のメリットがないと居住系サービスとしての価値は半減する。後述のように、地域の中でかかりつけ医を中心とした包括的なマネジメント体制が

できあがっている場合は、居住系サービスの入居者もかかりつけ医のマネジメントの下で適切なサービスを受けることが期待できるが、現実には、まだそのような体制が普及するには至っていないところが多い。このため、前述のように、居住系サービスの入居者については、居住系サービス提供主体の側で、かかりつけ医と連携して、医療、介護のサービスのマネジメントを行う専属の看護師を配置する必要がある。

(2) モデル2 = 小規模ターミナル型居住系サービス

i. 単独型のメリット

都心部では、療養型の病院や特別養護老人ホームなどの施設が極度に少なく、一方で、訪問系の医療、看護、介護のサービスが充実していることから、一人暮らしや高齢者夫婦世帯で、医療、介護ニーズを抱えていても、訪問サービス等を利用しながらギリギリまで自宅で生活している場合が多い。2つめのモデルは、このような高齢者が、在宅生活がどうしても無理になったときに、住み替えて「最期を迎える住居」としての居住系サービスを想定したものである。

このような性格の居住系サービス（ターミナル型）では、入居者は、重い認知症の症状がある場合が多く、24時間の介護・看護サービスが必要なケースも存在する。また、ギリギリまでそれまでの自宅で生活してきたということは、それまで多くの医療、介護関係者が関わってきたわけであり、そのようなサービス事業者やかかりつけ医との関係が継続されることが望ましい。その意味で、そこで新たにコミュニティを形成するという視点よりも、生活の継続という視点を重視する必要がある、早めの住み替え型、退院の受け皿型で入居した高齢者がターミナルまでそこで生活できるように必要なサービスを整えるという統合型とは異なったサービス提供体制を整える必要がある。この点で、モデル1とは異なったものとならざるをえない。

ii. 立地と規模

このモデルは都市型と割り切ってよいだろう。一人暮らしや高齢者夫婦でもギリギリまで自宅で生活するという環境が都市部以外では整っていないため、地方ではもっと早いうちから居住系に住み替えることが必要になるからである。末期癌等で退院後の療養生活を住居でというようなニーズに対しては、モデル1の統合型で対応することが可能である。生活の継続を重視する点からは、比較的小さな圏域を対象として、小規模のものをたくさん提供していくことが求められる。しかし、あまりに小規模のものは運営面で非効率となる。運営の効率性と入居者の利便性を考えると、50～100世帯というのが適正規模であろう。

iii. 居室と設備

ターミナルに特化すると、居室は介護がしやすい広さが適当ということになり、1ルームでも足りる。むしろ、共用スペースが充実していることが望まれる。ベッドや棚、箆筒等の居室内の設備は備え付けの方が適しているが、愛着のあるものは持ち込めることが望ましい。トイレとシャワーは介護用になっているものが必要である。病状の急変があり得るので、緊急通報の設備や異常を感知する設備も必要であろう。設備的には、住居というよりも病院や施設に近いものとならざるをえない。住居としての実態は、ハード面よりは、地域性、人間関係の維持、生活パターンの維持といったソフト面で確保するようになっていくことになる。

iv. 費用

それほど長期の居住になるケースは少なく、経営面からは回転率をよくすることも必要となるため、賃貸型が中心となろう。入居者の費用負担の方法としては、賃貸料以外の管理費用、生活支援サービス費用も一律で負担するものが中心となる。食事は、食堂で取るか、居室に宅配するかとなり、食費も一律で負担することとなろう。長期の入居が前提ではないため、自宅を売却することを前提にする必要はないが、一人暮らし等で自宅が空家になってしまうような場合は、売却して居住系サービスの費用に充てることのできるように、ファイナンシャル・プランの援助をすることもサービスの一つに加えてもよいだろう。

v. 経営主体のあり方

かかりつけ医や訪問看護ステーション、24時間対応の訪問介護サービス事業者との連携が重要で、できれば、医療または介護のサービス事業者がターミナル型の居住系サービスを提供する形態が望ましい。そのような形態であれば、後述のサービス拠点を施設内に置くことも可能になる。ただその場合、他のサービス事業者の連携がうまくいかなることも考えられる。後述のように、かかりつけ医を中心として、医療、介護を通じた包括的ケアマネジメントの構築が図られている地域では、クリニックを中心にして非営利団体を設立し、そこが居住系サービスを経営するというような形態が最も適しているといえる。

vi. サービス提供体制

24時間の看護、介護サービスが必要な入居者も想定されることから、サービス拠点が施設内にあることが必要である。しかし、独自にサービスを提供する体制を整えることは、小規模であることもあって非効率であり、入居者がそれまで利用してきたサービスを継続できなくなるというデメリットもある。事業主体としては「外付け型」であるが、地域全体をカバーする看護、介護サービス事業者のサービス提供拠点を、居住系サービスの施設内におくという形態が最も適している。同じ施設内の居住者の利用が確実に見込まれることで、サービス事業者側にもメリットがある。

vii. 医療との連携とケアマネジメント

これまで述べてきたように、ターミナル型の居住系サービスモデルは、地域において医療、介護を通じた包括的ケアマネジメントの構築が図られていることが前提となる。しかし、一部の希な例を除き、そのような基盤はまだ整っていない。居住系サービスは、本来、その人のライフステージに適した住居を提供するものであり、病院や施設のように、そこですべてを充足するものではない。ターミナル型の居住系サービスが有効であるのは、ターミナルまで生活できる地域の基盤がある場合に限られる。地域における包括的なケア体制が構築できないから居住系サービスへ住み換えるのではなく、居住系サービスも地域における包括的なケア体制の一部として位置づける発想が必要ではないだろうか。

5. 課題と提言

(1) 費用負担の問題

これまで述べてきたように、利用者が居住系サービスを選択する場合の最大のネックは費用負担の問題である。特別養護老人ホームなどの施設には建設費に対する高率の補助があり、病院の建設費は診療報酬によって回収できることとなっているため、基本的に不動産にかかる費用を利用者が負担することは想定されていない。「ホテルコスト」ということで、長期の入院、入所の場合には滞在の経費を負担することになったが、それは食費や光熱水費等であり、不動産の利用に対する費用は含まれない。一方、居住系サービスでは、ケアハウス等法律上の「施設」に該当する場合を除き、用地取得費、建設費のいずれにも制度的な助成はなく、^{xiii} その費用は入居者が負担することになる。このため、居住系サービスは、一部の「お金持ち」が選択する高級な住まいか、現在の住まいに住み続けることができず、他に選択肢もないため、やむを得ずを選択するものになってしまう。

居住系サービスは病院や施設のように、サービスを受けるためにそこに移るという性格のものではなく、その人の生活に適した住居である。したがって、それまでの住居を処分してそこに住み替えるというのが前提と考えるべきである。高齢者の持ち家率は高く、ストックを保有する高齢者も多い。住居を含めた資産の活用という視点を持てば、居住系サービスの費用負担は十分に可能な高齢者も多いはずである。しかし、住居の売却は容易ではなく、それを処分した後、どの程度居住系サービスに住み続けられるかの見通しも付けにくい。たとえ魅力のある居住系サービスが提供されたとしても、そこに住み替える決断をするまでには乗り越えねばならない障壁が大きく、決断できない高齢者も多い。

このような障壁を低くしていくためには、良質な居住系サービスが提供され、人々の意

^{xiii} 「高齢者すまい法」により、サービス付き高齢者住宅の建設には10分の1の補助ができることになったが、これは奨励的な補助であり、永続的なものではないとされている。

識が変わっていくといった実績も必要であるが、住み替えが容易になるための支援の仕組みを構築していくことも必要である。具体的には、住居の流通を促進するための不動産流通システムの構築、リバース・モーゲージなどストックをフロー化する仕組みや、それらが有効に機能するために将来の資金計画のアドバイズをするファイナンス・アドバイザーの養成などが求められる。

高齢者がそれまで住んでいた住居を若い人が購入して、そこで暮らすようになることは、地域を活性化することにつながる。地方都市の中心部や比較的古い時代に開発された住宅地などでは、高齢者が退居した後の空き家が大きな問題となっている。高齢者が住居を売却しやすくすることは、このような問題を解決し、多世代がいっしょに暮らし、次の世代に引き継がれていくコミュニティを形成することにもつながる。地域活性化の一環として、地方公共団体も積極的に関与していくことが必要ではないだろうか。

(2) 包括的マネジメント体制の構築

先に述べたように、居住系サービスとしては、医療、介護サービスは「外付け」とし、サービス提供事業者と密接な連携を取ることが適当である。医療、介護を包括するケアマネジメント体制についても、地域においてそのような体制が構築されることが前提であり、居住系サービスが居住者だけを対象として独自にそのような体制を構築するよりも、地域におけるケアマネジメント体制のなかできちんと位置づけられていることが重要である。前述の、ターミナル型の場合の同一生活圏域での転居というのは、同一の地域ケアマネジメント体制の下での転居という意味合いももっている。しかし、現実には、その「前提」が成り立っていない場合が多い。

医療と介護では、制度的にマネジメントの体制が異なっている。医療は、基本的に医師がすべてを把握し、すべての処方について指示を出すことが建前で、在宅療養の場合、かかりつけ医が患者の医療サービス全体のマネジメントを担当することになる。しかし、退院の受け皿型の対象者のような場合は、病院との関係が深く、また、病院との関係が切れることに不安を抱いているケースも多いことから、居住系サービスに病院との連携関係を求める傾向があり、そのようなところでは、地域のかかりつけ医との連携関係が築きにくい面がある。一方、介護サービスはケアマネジャーが全体のサービスマネジメントを行うことになっているが、ケアマネジャーの守備範囲は介護保険サービスのみであり、医療との連携は苦手という場合が多い。

医療、介護を通じた包括的なケアマネジメント体制を確立する前提として、関係する専門職間で利用者の身体的、精神的な状況を把握し、共有するという課題が存在する。在宅で療養生活を送っている場合、特に、ターミナル型の場合は、状況が変化しサービス内容が修正される場合が頻繁に起こりうる。このような場合、関係する専門職が、常に最新の

利用者情報を把握し、ケアの目標を確認しておくが必要になる。すでに、いくつかの地域では、試行的に、病院とかかりつけ医との間のカルテ情報の共有、医療と介護の専門職間の利用者情報の共有のためのシステムが構築されつつある。しかし、病院とかかりつけ医の間では、電子カルテを利用した情報共有システムが構築されているが、医療と介護の間では、カルテ情報を用いることが困難であるため、連絡帳のようなローテクの方法がとられている例が多い。このため、病診間の情報共有システムとの連動性もない。

包括的ケアマネジメントの体制は、フランスにおける HAD の方法が参考になる。^{xiv} HAD におけるコーディネイト医師の役割をかかりつけ医が担当し、かかりつけ医のもとにすべての情報が集まるようにして、かかりつけ医が全体のケアの方針を決定し、その下で、コーディネイト担当の看護師が各専門職と相談して具体的なケアの内容を決めるという形態である。コーディネイト担当の看護師はケアマネージャーを兼ねていることが望ましく、マネジメント担当看護師の養成と権限の拡大を図ることによって、そのような看護師の位置づけを明確にしていくことが求められる。

居住系サービスにおける包括的なケアマネジメントの実現は、このような地域におけるケアマネジメント体制の整備の中で考えられていくべきものであり、居住系サービスのあり方とは別に、政策的な取り組みが望まれる。

おわりに—住まい方に対する意識変革

居住系サービスは、施設と在宅の中間といわれるが、その本質は住居であり、「サービス利用型住居」とでもいうべきものである。したがって、居住系サービスの利用は、病院や施設のように、サービスを利用するために身柄をそこに移すのではなく、住みやすい住居に「住み替える」というものでなくてはならない。これまで、「家」は家族が暮らすためのものであって、個人のものではなく、高齢者福祉においても、そうした家族の入れ物という意味も含めて、「住み慣れた自宅」で暮らし続けることが幸せとされてきた。このため、施設への入所は、そうした「幸福な空間」から追われるという不幸であり、できるならそうなりたくないこととして受けとめられてきた。

しかし、実態は大きく変わってきている。単身や夫婦のみの高齢者世帯が主流となる中で、「住み慣れた自宅」で暮らし続けることは必ずしも幸せではなくなっているにもかかわらず、「住み慣れた自宅」に代わって積極的に選択すべき「幸福な空間」という選択肢は提供されてこなかった。一方、「家」は家族に引き継がれていくものではなくなっているにもかかわらず、いつまでも手放すことができないため、高齢者が亡くなった後の空き家が大きな社会問題となっている。古い観念と変化する現実とのギャップが様々な問題を生

^{xiv} 本報告書「フランスにおける Hospitalisation A Domicile (HAD)の調査報告」の章を参考にされたい。

み出している。ライフステージに合った住まいを自ら選択するという積極的な位置づけの居住系サービスが提供されることで、人々の意識が変化し、そのようなギャップが埋まってくることを期待するとともに、それがまた居住系サービスの普及につながっていくという循環が生じることを望みたい。

第 I 章－ 2 退院患者の支援ニーズと地域医療連携に関する検討

早稲田大学人間科学学術院教育コーチ
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

1. 長期入院患者が退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズ

本項では初年度（平成 22 年度）に調査した長期入院患者の実態調査の結果から、退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズを考察した。

（1）長期入院是正政策によって生じる問題点

民主党は 2009（平成 21）年のマニフェストにおいて、社会保障費削減計画の停止、医療従事者の増員などの政策方針を示し、INDEX2009 医療政策＜詳細版＞においては、療養病床 38 万床は総枠として維持する必要があるとの考え方を示していた。同年に民主党を中心とする連立政権が発足すると、厚生労働省は、これまでの療養病床再編成の計画凍結を表明し、2010（平成 22）年 9 月 8 日、衆議院厚生労働委員会において、長妻校正労働大臣（当時）は、削減計画を撤回する方針を明らかにした。その後、介護保険法改正が検討される中で介護療養病床の廃止期限を当初の 2011 年度末から 6 年延長し、2017 年度末とされた。

保健医療機関及び保険医療担規則第 10 条に示されている「家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき」に入院を続けている状態は、いわゆる社会的入院のひとつであると解釈することができる。すなわち、医療ニーズが少ないにも関わらず、家庭事情等のために退院が困難な場合である。

長期入院是正政策により、新規の社会的入院が抑制された場合、例えば、初診時に治療できない末期がん患者が急性期病院にも療養病院にも入院できず、在宅療養を余儀なくされ、在宅療養を支援する診療所や介護保険事業所のサービスも活用できない場合には、生活の質が極めて悪く、非常に困窮し、独居老人の孤独死といった実態が生じる。新規の社会的入院が抑制される事象は、初診時末期がん患者に限定されない。脳卒中の急性期治療後、救命できたが高次脳機能障害となった場合に療養病床に受入れられないことも生じ得る。医療ニーズの高い要介護者は、介護施設にも受入れられない。家族介護力のない在宅に帰される場合は、極めて困難な状態に陥る。

急性期病院は平均在院日数の短縮化を図っており、治癒の見込みのない患者や、家庭事情等の社会的理由により長期化が見込まれる患者は、「急性期病院ではできないことがない」

との理由から、医療ニーズが少ない患者は早期に退院または転院させるようになっている。

2012（平成24）年の診療報酬改定において、急性期病棟等退院調整加算1（140点）、急性期病棟等退院調整加算2（100点）が加算できるようになった。入院中であって、介護保険法施行令（平成10年法律第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者が、適切な退院先に退院できるよう、医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で退院困難な要因を有する患者に対し退院支援計画を策定し、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行う取組みを評価するものである。算定は退院時1回のみで有り、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。他の保健医療機関に転院した場合も含まれるが、死亡退院は含まれない。これにより、急性期病院では、入院時または入院後の早期に退院困難な要因を有する患者を抽出し、早期に介入して退院調整を行ない、退院支援計画を策定するようになった。退院支援計画の目的は上述のとおり、適切な退院先に退院できるようにすることであるが、退院支援のアウトカムとして、適切な退院先に退院できたことが評価されるようにはなっていない。現状では、退院支援計画の策定が目的化している実態があることは否めない。

急性期病院を早期退院後、療養病院に入院する場合、「重症かつ短期」または「軽症かつ長期」に二極分化される。前者は死亡退院が多く、後者は遷延性意識障害、すなわち、日本脳神経外科学会が定義する、(1)自力移動ができない(2)自力摂食ができない(3)排泄(はいせつ)が失禁状態——といった状態が医療によっても改善されずに3カ月以上続く、脳卒中後あるいは交通事故後の患者が多いと言われている。死亡退院となる例が多い「重症かつ短期」の患者を受入れる療養病院では、平均在院日数は短縮化される。このような病院は、看取り機能を担うこととなる。

緩和ケア病棟については、2012（平成24）年の診療報酬改定では、緩和ケア病棟入院料（1日につき）が30日以内の期間は4,791点、31日以上60日以内の期間は4,291点、61日以上期間は3,291点となり、短期入院が評価されるようになっている。緩和ケア病棟を”Another ICU”と称し、臨死期のがん患者のケアと看取りの機能に移行しつつある。

「軽症かつ長期」の患者や、終末期であるが臨死期ではないがん患者が入院できなくなると、介護保険施設、或いは、自宅または自宅以外の在宅に帰されることになる。

高齢者の場合、一旦は退院し在宅に復帰しても慢性疾患の急性増悪が頻回になり徐々に衰弱する例がある。「軽症かつ長期」の在宅患者の急性期対応を、都度、一般病床で行ない、療養病床では受入れないとすると、急性期病院への入退院の繰り返しが生じる。そのようにして在宅療養を支援する、在宅療養支援病院が近隣に存在する場合には、在宅復帰も可能となる。しかし、在宅療養支援機能を有する病院がない場合に在宅に帰されると、危機に瀕する在宅患者が増加すると考えられる。

急性期病院は短期の急性期医療、緩和ケア病棟は臨死期における短期のケアが評価され、それらの機能が強化されてきている。療養病床の「重症かつ短期」の場合は医療療養病床

における、死亡退院までの短期入院となる。「軽症かつ長期」については、介護療養病床が廃止される時点までに、その受け皿が整備される必要がある。

(2) 長期入院患者が退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズ

初年度の調査対象病院は、753床の急性期 A 総合病院、117床の東京都在宅医療拠点病院モデル事業の B 病院、460床の C 療養病院、251床の D 療養病院であった。

A 総合病院は前項で述べたように、在院日数の短縮化を図り、図 1 のように推移している（同病院ホームページより）。平成 23 年度の在院日数は 13.7 日であった。平成 24 年度より退院支援計画作成による急性期病棟等退院調整加算を算定しており、急性期医療の機能を果たしている。B 病院は、引き続き、在宅患者の急性増悪時の緊急入院を受入れることなどによって、在宅療養支援機能を担っている。一方で、平成 23 年 12 月に 12 床の緩和ケア病棟を開設し、予防、急性期、回復期、終末期を含む総合診療機能を強化している。そのため、本項では、「軽症かつ長期」の入院が残る C 病院及び D 病院において、今後、長期入院患者が退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズを検討する。

C 病院では、医療区分 1・ADL 区分 3 の患者が最も多く（把握できている 159 件のデータによる）26.4%であったことから、日常生活動作の介護ニーズが大きいことがわかる。同院の方針は、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合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えており、保険収入外の収入の比重が高いと考えられた。この点では、病院ではあるものの、有料老人ホームの医療機能が強化された施設という性質を持つ。このような病院が「病院」であり続けることが医療制度上、困難となった場合には、「入院」が「施設入所」に転換されることが考えられる。

D 病院は、比較的大きな病院グループに属しており、急性期総合病院の後方病院として位置付けられていることから、急性期治療後に「重症かつ短期」の入院を受け持つ場合と、「軽症かつ長期」の二極分化が顕著であった。短期であれば入院は可能である。D 病院の「軽症かつ長期」患者のニーズは、認知症の専門的ケアであった。

C 病院及び D 病院の調査は、長期入院退院後の患者のニーズを把握するためのプレ調査として、「退院できない理由」を探索するため、医療提供側の情報を収集したものであった。その結果、療養病床等に適切でない長期入院をしている患者は、以下の 2 つのケースに分けられるのではないかという仮説を立てることができた。

- (1) 医療ニーズ、介護ニーズ共に低いが、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) 医療ニーズは高くないが、脳血管障害の後遺症で寝たきりの場合のように、介護ニーズが高く、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）。

より詳細に把握するため、二年目は、医療提供側だけでなく、居住系サービスを提供している事業者「家庭事情等」の具体的内容について、聴取り調査を行なった。

調査対象は、E 適合高齢者賃貸住宅、F 住宅型・健康型高齢者専用賃貸住宅及び特定施設、及び、G ケアホームの管理者（施設長）または副管理者、或いは、経営者である。

E 住宅は、医療法人が運営している 2 階建て 13 室の住宅である。1 階に訪問介護事業所が併設されており、必要な入居者はこの事業所のサービスを利用している。入居条件が自立または要支援、要介護 1～2 とされており、「早めの住み替え」で入居している例が殆どである。調査時点で認知症のある入居者は殆どいなかった。医療法人の複合対経営の一事業であり、入居者の緊急時は法人内の医療・介護事業所で 24 時間対応が可能である。1 階の訪問介護事業所の当直担当者は、付添いはできないが、急変時に救急車かタクシーを手配し、病院到着前に連絡しておけば、外来窓口が事前受付を済ませ、優先的に診療してもらえる便益がある。自立ではあるが独居には不安がある入居者は、このような安心感を重視している。家賃を支払う経済力が必要である。E 住宅の入居者のニーズは、「日常的な見守り」、「必要時の生活支援」、「緊急時の医療へのアクセス」であった。

F 施設の運営主体は株式会社であり、高専賃と特定施設を合わせ持つことによって、高専賃への「早めの住み替え」後、要介護度が高くなり介護ニーズがあがっても対応可能であるという安心感を入居者に与えている。F 施設の入居者のニーズは、「日常的な見守り」、「日常的な生活支援」、「必要時の介護」であった。特定施設入居者は、「終の棲家として最後まで居住できること」というニーズを持っている。高専賃、特定施設のいずれの場合も、経済力が必要である。

G ケアホームの運営主体は、社会医療法人グループの有限会社である。ケアホームは合計で 14 施設、定員 107 名であった。病院・施設を退院・退所したが、在宅生活を継続できない人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として開始した事業である。これらの住宅は病院周辺に集約され、病院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。入居者の状況は、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り、自宅があるにも関わらず介護力が不足し在宅生活が困難になった高齢者が多く、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、退院後の入居が 20%であるのに対し、自宅からの入居が 32.2%と多く「早めの住み替え」として選択されていた。F 施設の場合は、首都圏であり、施設が自宅売却支援をして 100%売却できていたが、G ケアホームは地方都市であり、元の自宅は日本家屋の一軒家が殆どのため売却が困難で、空家のまま残っている状況が多かった。ここでも、経済力があることが入居の条件のひとつとなっていた。G ケアホームの入居者のニーズは「日常的な見守り」、「日常的な生活支援」、「緊急時の医療へのアクセス」であった。G ケアホームの特徴は、運営主体の社会医療法人が地域に根ざした複合体経営であり、近隣住民による見守りがなされるコミュニティケアが実現できている点である。

これら居住系サービスでは、いずれも経済力があることが条件となった「早めの住み替え」が行なわれていた。「日常的な見守り」、「日常的な生活支援」、「必要時の介護」、「緊急時の医療へのアクセス」は共通のニーズである。療養病院では、認知症状の進行や、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、医療ニーズが高いまま持続しているか、低くなくても独居は不可能、或いは、家族介護力不足で入院継続を余儀なくされている。調査対象の療養病院では、医療給付以外の自己負担リース料などがあり、やはり経済力がなければ入院継続は難しい状況であった。

「医療ニーズは低いが、日常的な見守りと生活支援、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理由は、「早めに住み替えて徐々に残存生活機能が低下する」場合と、「ぎりぎりまで自宅での生活を続け、認知症・骨折・肺炎・脳卒中などで入院後、諸処の事情で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が残存生活機能が低下する」場合とに分れるためであろう。

この調査結果を踏まえて、三年目の本年（平成 24）度は、ぎりぎりまで自宅での生活を継続し、在宅生活が困難になった場合に焦点を当て、居住系サービスのあり方について、検討することとした。調査対象は、療養病院が少なく、在宅医療及び介護保険の居宅サービスが充実している東京都新宿区とし、充実していてもなお、在宅生活を継続できない事例、及び、その理由、並びに、要介護者のニーズを調査した。

調査対象は、2 箇所の高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）とし、主任相談員から合計 10 例の個別事例を聴取り調査した。状況は以下のとおりである。

<表 I-2-1>個別事例調査の対象

ID	性	要介護度	家庭事情等	転居先
1	女	要介護 1	独居で居宅サービスを利用していたが家賃が支払えなくなり、立ち退かなくてはならなくなった。	養護老人ホーム
2	夫婦	夫は要介護 5、妻は要支援 2	老老介護であったが、介護者である妻が要介護者である認知症の夫から暴力を受けるようになり、同居が困難になった。	夫は特養、妻は養護老人ホーム
3	夫婦	夫は要介護 5、妻は要介護 1	老老介護であったが、家族からの虐待があり夫婦ともに介護支援が受けられず、自宅にいられなくなった。経済力もない。	特養待機中。成年後見人は決定済み。
4	男	要介護 1	認知症で、家族関係に問題があり支援が受けられない。今後、虐待される懸念がある。	グループホーム
5	女	未認定、申請中	新宿区営高齢者集合住宅に独居であったが、認知症の進行により在宅生活継続困難な状況になった。	特養待機中
6	女	要介護 3	転倒して要支援から要介護 3 に悪化し、ADL が急速に低下した。経済力がなく、有料老人ホームは断念した。	老健
7	女	要介護 1	認知症で独居、居宅サービスを受けていたが、症状悪化。	介護付き有料老人ホーム
8	男	要介護 1	若年性アルツハイマーで妻の申し出により離婚、妻がそれまでの賃貸住宅を解約して出て行ったため住む家がなくなった。生活保護を受給。	転居先のアパートでグループホーム待機中
9	女	要介護 5	脳梗塞を発症し要介護 1 から 5 に悪化した。独居で居宅サービスを受けていたが、再発の可能性がある、これ以上は在宅継続不可能。	療養病床
10	男	未認定、申請中	末期がんで独居であったが、在宅医の判断で在宅継続を中止。生活保護受給。	病院で死亡

共通点は、全事例とも独居もしくは家族支援が得られず、在宅継続困難になっていることである。

相違点は、ID5～7は認知症の進行、ADLの低下が顕著なケースである。ID1～4及び8は、要介護者の残存生活機能の低下よりも、むしろ虐待や経済的理由から自宅にいること自体が困難になっている。ID9、10は医療ニーズが高い状態に急変、または、漸次変化している。このような高齢者が、在宅生活を継続していくためには、以下のニーズを満たす必要がある。

- (1) 認知症の進行、ADL低下、高い医療ニーズのある要介護者の24時間の見守り
- (2) 経済力のない人が転居できる住まいの確保
- (3) 急を要する転居への対応（緊急避難的な住まいの可用性）

ID5～7のようにさほど要介護度が高くなく、訪問介護などを利用していても、一人でいる時間帯に転倒したり、脳卒中を発症すると一気に要介護度が上がってしまう。また、認知症が進行して、火の始末、服薬、衛生管理などができなくなり、安全が保てなくなっていく。さらに、家に帰れない、暴れる・騒ぐ、ヘルパーや近隣住民とトラブルを起こすなど、様々な問題が生じる可能性が高まる。ID9～10のように医療ニーズが高い場合も、24時間の見守りと頻回な喀痰の吸引などのケアが必要となる。

ID1～4と8は、経済力がないことや、家族からの虐待を受けていることなどから、生活機能とは関係のない要因で、在宅生活の継続が困難になっている事例である。その上に、ADL低下がかさなってくる。若年性アルツハイマーの場合、介護保険以外のサービスを受けられない場合が多く、在宅を継続するにあたっては条件的にいっそう困難になる。

ID9、10のように医療ニーズが高い場合は、随時の医学的管理の必要性が高まる上、独居もしくは家族支援なしの状況下では急変時の早期発見、早期対応も困難となる。ID9、10は病院が終の棲家になっていた。心身状態、経済状態ともにぎりぎりまで在宅にいるために、切迫した事態に遭遇し危機に瀕する結果となっていると読み取れる。

ID5～7も、いつ転倒し、あるいは脳卒中になり、医療ニーズが高くなるともかぎらない。虐待や経済的困窮も含め、急を要する緊急避難的な転居にも対応可能な住まいの提供が必要となる。被調査対象者によれば、末期がん患者が積極的治療をやめて疼痛管理のみ行ない、急変時も救急車を呼ばず在宅での看取りを希望している場合は、在宅医療と居宅サービスの組合せによって、独居でも最後まで在宅生活を継続できる可能性がある。しかし、脳卒中後の遷延性意識障害等で経管栄養や人口呼吸器が装着されている状態の場合、また進行した認知症の場合には、24時間見守りのない独居は、ほぼ不可能となると考えられる。これは筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの神経難病の場合も状況は類似しているとのことであった。症状が進行すると独居は難しくなる。疾患及び病態別に検討する必要があるそうである。

居住系サービスが、これらのニーズを満たし得るならば、経済力があり早めの住み替えで自己解決を図り、長期入院を回避している人びとと同様、必要なケアを受けながら、療養病院以外の在宅へ移行できる可能性が生まれるであろう。

2. 「長崎あじさいネットワーク」調査報告

上述の E 住宅や G ケアホームのように、居住系サービスが医療法人の複合体経営の一つの事業として含まれ、当該法人の病院が入居者の医療ニーズを満たす機能を有している場合には、入居者や家族の安心感が得られやすい。しかし、そうではない場合、在宅生活を継続する際の医療ニーズを充足するためには、かかりつけ医の機能が重要になる。

このことから、地域医療 IT 化を図り、病診・病薬連携を強化している「長崎あじさいネットワーク」の調査を行なった。被調査者は、独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 木村博典情報管理運営部長であった。

(1) ネットワーク構築の経緯

長崎医療センターは長崎県大村市にあり、643 床の総合病院である。2011 年度は外来患者数 760.9 名/日、平均在院日数 15.4 日(一般)、病床利用率 90.9%(一般)、紹介率 85.8%、逆紹介率 94.0%、ドクターヘリ出動 546 件/年である。

同センターは、2001 年に病理・内視鏡・画像参照・看護支援・整理検査・重症者監視のシステムを導入移行、段階的に電子カルテシステム(病院情報システム)を拡張してきた。2002 年には病棟オーダーリングシステム、2003 年には外来オーダーリングシステムが導入され、2004 年 3 月には、電子カルテの全面運用開始となった。2004 年 4 月には電子クリニカルパスの運用が始まっている。あじさいネットワークは、2004 年 11 月 15 日から、電子カルテの内容を、医院やクリニックなど、地域のかかりつけ医にも見てもらうシステムとして稼働したものである。2009 年よりクラウドセンターにサーバーを借りるクラウド型になっている。

もともと患者自身が持ち歩く手書きの「連携ノート」は 1991 年から存在していた。かかりつけ医、歯科、薬局、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所生活介護、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション事業者がそれぞれに記入するようになっていた。あじさいネットワークによって、現在、これが IT 化されつつある。