

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。そのための費用は、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

センターで医療サービスのマネジメントまで行えるようになっていないのが現状である。現実そのような連携がうまくいっているかどうかについては次章で述べたい。

3. 新宿区における退院から在宅移行の際のサービス調整の実情

(1) 高齢者総合相談センターの役割

急性期病院からの退院から在宅療養への移行の中で、高齢者総合相談センターが実際どのように関わり、どのような役割を果たしているかについて、近くに大きな急性期病院があって、在宅療養に関する相談件数が多く、実績も上げているKセンターでヒアリングを行った。ヒアリング結果をもとに、急性期病院からの退院から在宅療養への移行に際しての高齢者総合相談センターの役割について、以下のように整理することができる。

(相談のきっかけ)

以前は、病院側で何の準備もできないままに退院させるケースもあり、家族から「明日退院だが、どうしたらいいのか」というような相談もあったが、最近は、まず、病院から連絡があり、病院に出向いてMSW等と相談し、退院後の生活設計を患者・家族と一緒にしていくという形が多くなっている。

(病院との関係)

病院によって対応は様々である。退院計画をきちんとつくり、病院での退院カンファレンスに、高齢者総合相談センターの担当者やケアマネも参加して、在宅療養の注意事項など引き継ぎをきちんとしてくれる病院もある。一方で、病院側で一方向的に退院の日程を決めて、退院後の生活については病院では関知しないので、後は高齢者総合相談センターにお任せというようなどころもある。退院のカンファレンスにMSWが関わっていないところもある。

退院計画に主治医がきちんと関与し、MSWの位置づけもしっかりしている病院は、在宅への移行がスムーズにできている。高齢者総合相談センターは、十分な時間をもって、病院側といっしょに退院の相談に入ることで、在宅の準備を整えられるような環境を整備するという役割を担っており、そのために、病院に存在と意義を理解してもらい、早めの相談をしてもらうように努力している。ようやく連携がうまくいくようになってきている。

(退院調整での役割)

退院後の療養生活に介護は不可欠であり、病院医師→地域の医師というルートだけではうまくいかない。MSW→ケアマネのルートもしっかり作っていかないとその後の生活が成り立たない。

しかし、医療職でないケアマネは、ナース、ドクターから直接話を聴くことが難しく、病院側でも、ケアマネが何をするのかという認識が薄い場合もあって、連携がうまくいかないことがある。病院とケアマネの間に高齢者総合相談センターが入ることで、その間がスムーズに行く。

高齢者総合相談センターの役割上、介護保険サービスのケアマネジメントそのものを担当することは難しい。高齢者総合相談センターは、相談を受け、患者・家族の退院後の生活設計の支援をし、ケアマネと、主治医・訪問看護ステーションとの情報交換・連携の体制をつくって、ケアマネに引き継ぐ、というのが主な役割となる。しかし、在宅療養のマネジメントは、病状が変化するため、即断即決が求められる。福祉職は、病状が悪化しても医療知識が乏しいために対応が遅れることがあり、介護職のケアマネでは無理なケースがある。そのような場合は、センターで引き続きマネジメントを行うケースもある。

(関係者間の連絡調整)

高齢者総合相談センターでは、病院のMSWとケアマネを集めて、連絡会を開催するなど、両者の距離感を縮める努力をしいる。また、地域内の病院やクリニックを回って、関係づくりを進めてきている。早いうちに退院計画をつくり、高齢者総合相談センターがそれに関与することで、事前の準備を十分にして退院することができるようになる。このために、関係者の密接な連携と情報交換が不可欠で、そのための場をつくっていくのも高齢者総合相談センターの役割である。

(2) 訪問看護の実情

在宅療養を支えるために中心的なサービスとなるのが訪問看護である。介護サービス事業所の所属するケアマネや独立のケアマネは、医療に関する知識が乏しく、在宅療養に関しては、医療専門職のサービス内容に関する調整はできない。一方、主治医が介護サービスの内容にまで口を出すことは少ない。現実には、この間をつなぐ役割をしているのは訪問

看護ステーションである場合が多い。こうした観点から、新宿区立訪問看護ステーションにおいて、区内の訪問看護ステーションの実情と区立の訪問看護ステーションの役割についてヒアリングを行った。ヒアリング結果から、区内の訪問看護の実情と区立と民間の役割分担について、以下のようなことがわかった。

(区内の訪問看護ステーションの実情)

新宿区内には、16ヶ所の訪問看護ステーション（以下「訪看」という。）と、1ヶ所の区立訪看がある。訪看は、おおむね、狭い範囲で、地域の医師と連携して事業を行っている。区全体としてはおおむね必要量が満たされているが、偏りがあり、24時間の訪問看護サービスが受けられないなど、サービスが制約される地域がある。（R 高齢者総合相談センターの管轄地域などはそのような地域に当たる。）

(区立訪看と民間の訪看との役割分担)

区立訪看の役割は、民間の訪看が十分にニーズを受けとめられるようにすることにある。このため、区内の訪看と連携をとって、各訪看のサービス提供情報を持ち、区全体にサービスが行き届くように、総合窓口（在宅療養相談窓口）を開いて、調整を行っている。また、区立訪看が中心になって、訪看の連絡会を開催し、情報交換と質の向上を図っている。

このような調整や相談のために、訪問看護サービスの現場を持っていることが必要なため、訪看となっている。また、訪看であれば、困難ケースなど、民間の訪看では引き受けられないケースも引き受けることができる。しかし、区立訪看では、24時間サービスは行っていないなど、量的な面でのカバーではなく、質的カバーが中心となる。

(退院調整での役割)

病院から区立訪看へ、直接退院の連絡がくることがある。区外の病院から区内の家族の元に退院してくるケースもある。そのような場合、病院のMSWと区立訪看でやりとりして、引き受けてくれる医師、訪看を探すことになる。まず、主治医と訪看を探し、その後にケアマネと相談して介護サービスを入れていく方がやりやすい。区立訪看はケアマネも持っているので、独自に介護サービスのマネジメントも行っている。

区の作成した流れでは、まず高齢者総合相談センターの医療連携担当が相談に応じることになっているが、高齢者総合相談センターの医療連携担当は保健師が多く、実際のサー

ビスの現場を持っていないことから、臨床の医師との連携が難しい場合がある。また、訪問看護サービスを医療保険で行うのか介護保険で行うのかの判断も、高齢者総合相談センターや医療職でないケアマネでは難しい場合があり、現場の解った区立訪看で行うことが多い。

また、患者・家族に対しても、退院後の在宅生活の不安に対し、区立訪看が、区役所の立場で相談に応じている。例えば、在宅療養移行後に、訪問看護サービスの利用に不安をもっている患者・家族に対し、区立訪看が家庭訪問を行い、実際に傷の管理や褥瘡の防止などの指導をして、訪問看護サービスで実際にどのようなことをしてもらえるのかを具体的に示すことで不安を取り除くというようなこともしている。このような場合、区立訪看としては、初回は相談ということで無料とし、以後のサービスを他の訪看に引き継いでいる。このように、アセスメントを行って、他の訪看に引き継ぐ場合は、中立的立場が求められるが、そこに区立の意義がある。

(病院との関係)

最近、病院側に患者は在宅に返すものだという認識ができてきている。医療依存度の高い患者を在宅に返す場合、訪看との連携が必要という意識も普及してきている。

区立訪看は、病棟ナースの研修も担当しており、訪問看護の実習も行っている。これによって、病棟ナースが、退院後患者がどのような看護を受けるのかということが実感でき、退院調整が容易になる。

病院での退院カンファレンスには、訪看担当者も参加している。

訪看と入院元の病院との関係はほとんどない。元の病院に通院したい人は、それも支援している。主治医との関係についても、独立ステーションが多く、医師側で訪看を丸抱えにしているという例は少ない（医師側がつくった訪看は区内に3ヶ所ある。）。

(3) ヒアリングからわかる新宿区の状況

(在宅療養に関する相談体制)

ヒアリングの結果、新宿区では、高齢者総合相談センターと区立訪看、さらには民間の訪看⁶などが、重層的に在宅療養に関する相談を受けており、それぞれの立場で、専門性を

⁶ 例えば、区内に事務所を有する「白十字訪問看護ステーション」では、独自に在宅療養等の相談を受ける「暮らしの保健室」を運営している。

活かした相談と医療・看護・介護サービスへつなぐ役割を担っていることがわかった。行政サイドの説明では、高齢者総合相談センターの体制を充実したことによって、医療相談も含めて、高齢者総合相談センターがあらゆる相談の窓口になることを目指しているようである。しかし、在宅療養にスムーズに移行するためには、急性期病院、主治医、訪問看護ステーション、ケアマネ、在宅介護サービス事業者、地域住民等の緊密なネットワークが必要であり、高齢者総合相談センターが相談の中心となるためには、高齢者総合相談センターを中心としてそのようなネットワークを構築していかなければならない。これには時間がかかる。高齢者総合相談センターも、介護保険以前の在宅介護支援センターから引き続き相談業務を行っているところもあるが、担当者が替わることもあり、在宅療養に関する相談としては経験が少ないところもある。ネットワークの要は、結局は人間関係であり、担当者の異動などによって、ネットワークの構築をやり直さなければならない事態が生じる可能性もある。一方、相談者は、退院を迫られたり、在宅療養が困難になったりという切迫した状況にある場合が多い。このような場合、実際のサービス提供体制を有し、日頃から主治医とのネットワークの中で動いている訪看が、高齢者総合相談センターの相談のバックアップをすることで、医療・看護・介護サービスの連携がスムーズに行くことが考えられる。このような役割を、区立訪看だけでなく、民間の訪看も担っていて、それらがうまく役割を分担し、重層的な相談体制が実現することによって、在宅療養への移行とその継続が可能となることにつながっているといえよう。

（訪問看護の体制）

16ヶ所の民間訪看と1ヶ所の区立訪看は、互いに「商圈」を争うことなく、役割を分担している。民間訪看相互でも、自然に担当区域を分けて、地域のニーズに合ったサービスを展開することで、無意味な競争をなくし、事業が成り立つように工夫していることがうかがえた。これは、狭い区域に多くの人が暮らし、対象者が集積している都心部ならではの状況であろう。

重層的な相談体制とその背後に最適化された訪問看護サービスが存在し、訪問看護を中心に在宅療養高齢者の医療・介護サービスを構成していくことができる。しかし、新宿区の状況は、都心部のどの地域でも実現可能とはいいがたい。区が一般財源を投入して、10人体制という破格の高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）の体制を構築していること、区立訪看の位置づけがしっかりしており、それを担当者がきちんと認識してい

ること、地域の開業医と訪看の連携がしっかりしており、自然と地域割りができていること、民間訪看を母体としたNPOがボランティアで相談体制の後支えを行っていること、など関係者の取り組みがうまく作用していることが、この状況をつくり出しているといえるだろう。

しかし、このバランスがくずれると、もともと経営的に難しい民間訪看の運営が困難となり、事業から撤退することが起こりうる。そうなると、地域割りがしっかりしているが故に、穴の空いた地域が生まれることになってしまう。現に、ヒアリングしたK高齢者総合相談センターの担当地域では、民間訪看が撤退したために、訪問看護を中心とした在宅療養・介護プランをたてることが難しくなっている。地理的な関係から、区外の訪看からのサービスを利用できることで、ケアプランをつくることができなかったという事例はなかったようであるが、在宅療養のニーズと訪看のサービスのバランスがとれているということは、サービス供給がうまくいかなくなると在宅療養が困難になる可能性もあるということでもある。

4. 在宅療養が困難となる事例

K高齢者総合相談センターと区立訪問看護ステーションにおいて、在宅療養が困難となったケースについてのヒアリングを行ったが、そこには共通する内容が含まれていた。両者のヒアリング結果から共通に見いだすことができる在宅療養困難ケースの内容について、3つのモデルに整理した。いずれも、本人側の事情であり、現状では、サービス供給の問題で在宅療養が困難になるというケースは少ないようである。

(精神疾患のあるケース)

独居で精神的な疾患（そこまで行かなくても、性格上の障害）があるケースや精神的に自立能力が不足しているケースは、いったん在宅療養に入っても、継続することが困難となる場合が多い。同様に、認知症がある程度進んでしまうと、独居では無理になる。

同居家族がいる場合でも、まわりが支えきれなくなり、家族の生活が維持できなくなると在宅では難しい。このようなケースは、精神科医療を含む生活全般の支援が必要であり、精神病院への入院や介護付きの有料老人ホームへ行くことを勧めている。

(在宅医療に対する不安が大きいケース)

一般に、在宅療養の経験がない場合は、患者や家族の不安が大きいことはやむを得ない。しかし、患者・家族に対する教育（どんなことが必要で、どんなサービスが受けられるか）を十分にしていくことで、不安が解消されることも少なくない。家庭でできることと専門職が行うことを明確に認識できるようにしておくことが重要である。医療側は、患者を中心にみるので、家族への支援という視点に欠ける場合がある。不安解消のために、ソーシャルワークの立場からの介入が必要となる。IVH（高カロリー輸液）と吸タンが必要な患者が在宅療養することになったが、家族が、入院時から、感染症の防止や在宅療養で行うことを担当医、看護師から学び、吸タンの練習などを行って、十分に準備をして対応したため、1年間、ターミナルまで在宅で対応することができたという例もある。

また、一人暮らしで家族が離れている場合は、家族の不安が大きいので、事前に、本人と家族でよく話し合っ、て、家族の役割についての合意が必要である。在宅療養について、本人の意志が強い場合は、家族の承諾も得られることが多い。インフォーマルサービス（地域の協力）によって見守りを確保し、家族に対して頻繁に情報提供を行うことも必要で、そのような支援が得られない場合は、一人暮らしの在宅療養は難しくなる。

病状が重くなると、患者本人の不安が大きくなる。在宅が不安になると、本人が病院を望むようになる。そうになると、異常行動がみられるようになり、家族、地域が悲鳴を上げるようになる。医療が行き届かなくなるというより、生活の方で無理になる。生活の場としての家庭が無理になると、在宅は続けられない。このような場合は、最後は病院でということになるのは避けられない。

(住居の状況が在宅療養に適さない場合)

新宿区内には老朽化したアパートが少なからずあり、階段どころか、はしごで上り下りしなければ部屋には入れないというところに住んでいる人もいる。在宅療養の機器の搬入や訪問入浴等のサービス提供ができない場合は、自宅での療養生活は困難である。COPD（慢性閉塞性肺疾患）のため、酸素吸入が必要な患者であったが、老老介護で、家が古い木造であり、階段が急で2階に上がることも困難であったことから、このまま在宅を続けると見殺しに近い状態になるため、在宅を諦めたケースがあった。このケースでは、介護付きの有料老人ホームに入所した。

5. 新宿区における居住系サービスの実情

(1) 居住系サービスの概況

新宿区には、特定施設入所者生活介護の指定をうけている有料老人ホームが10ヶ所ある（内1ヶ所は地域密着型特定施設入所者生活介護）。この他に、特定施設入所者生活介護の指定をうけている施設や住宅はない。

これらの有料老人ホームの総定員数は534であるが、新宿区資料によれば、特定施設入所者生活介護と地域密着型特定施設入所者生活介護の介護保険利用者の合計は、平成21年度平均で736人、22年度818人、23年度886人となっている。⁷これは、住所地特例によって、区外の特定施設入所者生活介護を利用する高齢者がいるためである。当然その逆も存在すると考えられるが、差し引きでかなりの「出超」となっている。また、区内の施設の開設の動向と関わりなく、近年、利用者数が増えている。新宿区の第5期介護保険事業計画では、24年度1,022人、25年度1,155人、26年度1,305人と、増加傾向が続くと見込んでいる。

各施設の概要について、ホームページやパンフレットでわかる範囲でまとめたものが別添資料である。これをみると、入居費等には相当な差があることがわかる。一時金については、敷金のみとか2年分ずつ分割で払う方式のところもあるが、平均的なところでは、1,500万円前後の一時金が必要なところが多い。毎月の費用にもかなりの差があるが、おおむね18万円～23万円代というところに入っている。ただし、その他の雑費等の内容が施設によって異なっているので、そのほかに負担しなければならない費用にも差があると考えなければならない。費用負担の差と、介護・医療サービスの充実度は必ずしも関連していないようであり、金額の差は、立地条件、部屋の広さ等のアメニティの違いによる方が大きいと考えられる。

このように、特定施設入所者生活介護を利用する場合には、毎月の費用だけでも、平均的に20万円程度の費用が必要であり、これに介護保険の自己負担額の上限を負担することになる。自己負担額の上限は、要介護3で23,187円、要介護5であれば27,672円となり、嗜好品や雑費等を含めると、平均的に25万円前後の負担が必要となる。家計調査による高齢者世帯（単身）の1月の平均消費支出は、14万3,000円程度であり、自立で在宅の高齢者よりも、10万円程度の追加支出を求められることになる。また、特別養護老人ホームの

⁷ 要支援を含む。

場合、最大でも住居費約6万円(ユニット型個室、基準費用)、食費約4.2万円(基準費用)で、合計でも10万円程度⁸、療養型病床の場合で住居費、食費の合計で約5.2万円(この他に医療費の自己負担分が必要)⁹であることと比べても、大きな費用であるといえよう。

医療との連携については、ほとんどの施設が近隣クリニックと契約を結んで、定期的な(週1回程度)訪問診療を行っているのみで、日常的な医療管理は、当該施設の勤務看護師が行っていると考えられる。しかし、ホームページ上では、看護師の勤務を謳っていない施設も存在する。医療依存度が高い高齢者が入居するには、24時間の看護体制等が必要となるが、そのような対応ができるのは2施設にすぎない。

なお、別添資料にはないが、施設に立地については、新宿区の東西に分かれており、中央地域(戸塚、若松、大久保地域)には存在しない。グループホームやデイサービスセンターが、区内にバランスよく配置されていることと比較すると、特定施設入所者生活介護の施設の配置はかなりアンバランスといえるだろう。

(2) 入所者の実情

別添資料の施設の内、番号1の施設について、入所者の状況等についてヒアリングを行った。

当該施設は、不動産会社を親会社とする株式会社が経営しているものである。同一親会社が実質的に経営する病院があるが、遠隔地にあるため直接の関係はない。同一主体の経営する介護付き有料老人ホームは都内に9ヶ所ある。いずれも高級住宅地に立地している。6~7年前から、親会社が大手警備保障会社の全面融資を受けるようになり、そのグループ系の事業になった。

(立地)

東京の山手線の駅から歩いて8分程度。周りは豪華な住宅・マンションが建ち並ぶ高級住宅街。その街並みに、違和感なく建っている。

⁸ 厚生労働省資料による

⁹ 同上

(料金)

平均的な個室の利用で、

一時金 2,650万円、

毎月の費用（上乗せ介護月払いの場合）299,250円＋介護保険自己負担

（内訳 上乗せ介護 36,750円、食費 73,500円、管理費 189,000円）

と、かなり高額である。

(医療機関との関係)

いくつかの提携医療機関があるが、最も関わりが強いのは近くのクリニックで、月4回定期的な訪問診療があり、夜間、緊急も対応している。提携の病院は、施設からの送迎サービスを行うのみで、特に優先的に入院させてくれるわけでない。

(看護体制)

施設長は大きな病院の看護師長などを経験した看護師である。その他に3名の常勤看護師がいるが宿直・夜勤はない。夜間の吸タン等は介護職員が訓練を受け対応している。

(入所者の属性)

高級住宅地であり、料金が高いことを反映して、入所者は、元医者、弁護士、会社経緯者、大学教授等、いわゆる富裕層である。

(入所経路)

ほとんどが在宅からの入居で、近隣居住者が8割をしめる。他は、家族の呼び寄せがほとんどで、療養型病院、特養、老健、他の有料からの入居者もわずかだがいる。

多くの場合は、在宅で医療、介護を受けてきたが、先行きが不安になって入居というケースである。このため、家族が近隣に住んでいて、交流も盛んである。

(入所者の状況)

平均年齢 88.36歳で、要介護度別の状況は以下のようになっている。

自立	なし、	要支援1	2.5%、	要支援2	5%、	要介護1	12.8%、
要介護2	12.8%、	要介護3	23%、	要介護4	23%、	要介護5	20.5%

医療的ケアを必要とするものは、胃瘻1名で、あとは吸タンなどである。以前は医療依存度の高い入居者も多かったが、今は少ない。

平均年齢は高くなっているが、要介護度はむしろ下がっている。施設では、機能訓練を兼ねた行事、教室等を積極的に行っており、それが入所者の活力を高めているとのことであった。

(経営状況)

40名定員で39名入居(1名は夫婦室を1名で使用)で、入居待ちが10名ほどいる。十分なケアを行うには、この程度の規模が最適であり、これでも経営的には十分にやっていると、利用料の引き上げ、引き下げとも考えていないとのことであった。

(全体的な印象)

立地、料金、サービスとも、富裕層をターゲットにした施設であることがはっきりしている。介護、看護の体制も整っており、医療以外は外部サービスを必要としていない。施設もゆったりとしていて、グレードの高さを感じる。入居者の自由度が高く、できるだけ自立した生活をできるように進めているが、それも入居者のかつての社会的地位が高いことに配慮したものであろう。お金があれば、これだけのことが受けられるということを示す例とも言える。この施設は、新宿区内でも料金が高い方ではあるが、別添のように、地価の高いことを反映して、高めの料金の有料老人ホームが多くなっており、この施設も新宿区内では特別に豪華で高額というわけではない。しかし、そのような施設であっても、医療は近隣のクリニックからの訪問診療に頼らざるをえず、医療依存度の高い入居者は、施設としては受け入れ可能を謳っているが、現実には少ない。

6. 都心部における居住系サービスのあり方に関する考察

新宿区を例として、都心部における在宅療養と居住系サービスの状況について調査を行ってきた。新宿区のように、医療・介護ニーズを有する高齢者が、狭い地域に集積して生活しているところでは、小さな地域をターゲットにして、重層的な相談体制やきめ細かなサービス提供体制の構築が可能であり、このため、可能な限り在宅でという目標がかなりの程度実現できると考えられる。しかし、そのような地域であっても、居住系サービスの

ニーズがないわけではない。本章では、新宿区での調査をもとに、都心部における居住系サービスのあり方について検討してみたい。

(1) 都心部における居住系サービスのニーズ

新宿区のように、大型の急性期病院がたくさんあり、療養型病院が少ない地域では、急性期病院からの退院は、自宅での療養生活への移行にストレートにつながることになる。このため、それを前提とした在宅療養支援体制を整備することが必要となる。新宿区の例では、重層的な相談・マネジメント体制が構築され、それぞれで関係機関、専門職のネットワークを持っており、退院から在宅への課程でこぼれ落ちる人がいないような体制が整えられている。また、訪問サービスについても、対象者が狭い範囲に集積していることから、介護保険や医療保険の制度を活用して、必要なサービスが十分に提供できる体制を整えることが可能になっている。また、急性期の病院が近くにあるために、訪問では難しい医療サービスや救急の対応という面でも、不安は少ない。

このため、「退院後に自宅に戻って生活できない」、「自宅では十分な医療・介護サービスを受けられない」といった理由で居住系サービスを利用するというニーズは比較的少ないと考えられる。しかし、相談体制と医療・介護サービスを整えても、在宅療養が困難なケースは存在する。それは、前述のように、本人の病状が進んで在宅での生活そのものが困難になったというような場合である。このような場合、医療体制の薄い特別養護老人ホームへの入所も長期の入院も困難であり、居住系サービスに頼る他はなくなる。しかし、このような場合でも、できるだけ生活状況が継続できることが望ましく、それまでの人間関係が維持され、重層的なマネジメント体制のなかで医療・介護サービスが継続して受けられることが確保できる環境への「引っ越し」が望まれる。

つまり、都心部における居住系サービスに求められる形は、自宅では生活することが困難な程度に医療依存度が高い高齢者がターミナルまで暮らし続けることができる住まいであり、かつ、それまでの住居から近く、訪問サービスが引き続き受けられる形態ということになる。

(2) 都心部における居住系サービスのあり方

このようなニーズに応えられる居住系サービスのあり方として、どのような事業形態を考えていけばよいのであろうか。まず、①ハード、ソフト両面で、医療依存度が高い高齢

者が入居できるものでなければならない。また、②できるだけそれまでの生活が維持できるように近隣で入居できるような施設を多数つくっていくことが求められる。このため、施設の規模は小さくならざるをえない。さらに、③それまで利用していた訪問サービスが引き続き利用できるものが望ましい。つまり、外部からのサービス導入が容易であることが求められる。

しかし、現実には、そのような形態での居住系サービスの提供は可能なのであろうか。①に関しては、現状を見ると、新宿区をみても、医療依存度が高くなり、在宅での生活が困難になって、「引っ越し」ができる居住系サービスは少ない。新宿区内には10ヶ所の特定施設入所者生活介護が利用できる有料老人ホームがあるが、24時間の看護サービスが受けられるところは2ヶ所に過ぎない。

②については、新宿区内の有料老人ホームは、定員100名以下のところが多く、比較的小規模となっている。しかし、これは、主に、敷地の確保の困難さに要因があり、敷地の制約の範囲内でできるだけ多くの定員を確保して規模の利益を求めたいという傾向は存在する。また、新宿区内でも、有料老人ホームの立地が偏っていることも、敷地確保の問題が大きいと考えられる。上述のニーズに応えるためには、既存の住宅の改装も含め、地域密着型に該当する程度の小規模の有料老人ホームをつくっていく必要があるが、そのような形態であれば、人員の配置等の面で非効率とならざるを得ない。つまり、月々の利用料が高くなってしまうという問題が生じる。

③については、特定施設入所者生活介護になると、介護保険サービスによって収入を確保するというインセンティブが施設側に働く。このため、施設内ですべてのサービスを確保することが前提となり、外部のサービスを利用することは難しくなる。¹⁰地域の24時間の看護サービスは医療保険で利用するということもできるが、マネジメントを公的な主体が行うとすれば、施設側の都合でサービスの切り替えをするということではできなくなる。

このように、ニーズと現実の居住系サービスの提供とは、ミスマッチとなっている。都心部の有料老人ホームは、地価の高い土地をいかに活用するかという点に経営上の重点が置かれ、入院患者の受け皿として居住系サービスを考えていく必要もないため、医療面のサービスは「客を呼ぶため」の表面的なものとなりがちである。このため、近隣のクリニック等と契約を結んで、週1回程度の往診・健康チェックで事足りるという入所者にしか

¹⁰ 制度的には可能であるが、現実には、施設内の介護サービスで上限まで使ってしまうため、外部サービスを入れる余地は少ない。

対応できないところが多くならざるを得ない。これでは、医療依存度の高い高齢者には対応できない。これは、一つには、療養型病院が少ないことから、病院主導型の居住系サービスがないことによると考えられる。在宅療養の中心となるのは訪看である。しかし、訪看は、比較的小さな事業体で経営しているところが多く、居住系サービスへ進出する余地はない。このため、どうしても、医療に強くない他業種からの参入が多くなり、医療依存度が高い高齢者には対応できないところが多くなるというわけである。

新宿区の特設施設入所者生活介護が「出超」、つまり区外に「引っ越」している人の方が多いという現状は、居住系サービスの「量」だけでなく、ニーズに適したものが少ないという「質」の問題もある。在宅療養、在宅介護を基本として、重層的な相談・マネジメント体制と、手厚い居宅サービス供給体制を整えている新宿区のような地域では、居住系サービスのニーズは、ギリギリまで在宅で、どうしても無理なら居住系で、というような形態が中心となる。その場合、せっかく培ってきたサービス事業者等との信頼関係を維持できるように、できるだけ近くで、それまでのサービスが引き継げる形で「引っ越す」ということが望ましい。ところが、医療依存度が高い高齢者は、近くにそのようなニーズに応えられる居住系サービスがないために、一からやり直しのような形で「引っ越」さざるをえなくなる。

この問題を解決するためには、訪問サービス側が居住系サービスを提供するという形態を考える他はない。特に、その中心となるべきは、訪問看護サービスであろう。訪看は医療と介護をつなぐ総合的サービスの要として位置づける必要があり、居住系サービスも訪問看護サービスを軸に構築していくことがニーズに合ったものとなる。訪問看護事業は、それだけでは赤字になることが多い。小規模な居住系サービスが地域にあれば、サービス提供が効率的になり、経営上のメリットもある。訪看とクリニックが主体となって、諸規模な居住系サービスを提供していくことができるような仕組みと行政の支援を検討する必要があるだろう。

おわりに

新宿区を例に、都心部における居住系サービスのあり方について検討してきた。訪問サービスが成り立つには、対象者の一定程度の集積性が必要であるが、都心部は高齢者が狭い地域に密集して生活しているところであり、訪問サービスの展開には適している。行政側で、相談・マネジメントが重層的に行える体制を整え、集積性のメリットを活かして、医療・介護サービスの充実が図られていけば、急性期病院から直接在宅へというクリティカルパスも成立しうる。そのような地域においては、居住系サービスは、ぎりぎりまで在宅で生活し、どうしても無理になれば居住系で、というような役割を果たすことになる。居住系サービスが、そのような役割を担うことで、在宅での不安がより少なくなるということも期待できる。

しかし、そのような居住系サービスは、できるだけ小地域に、きめ細かく用意される必要があり、都心部といえどもニーズに応じて行くには、小規模のものとならざるを得ない。小規模の居住系サービスは、介護・生活支援要員の配置等で非効率なものになってしまう。このため、料金が高くなり、一部富裕層しか利用できなくなってしまう。この問題を解決するには、訪問サービスとの一体的な運営が適している。このように考えると、都心型の居住系サービスとしては、在宅療養の中核となるクリニック、あるいは訪問看護サービスと一体的に運営できる、小規模の事業形態が適しているということになる。残念ながら、そのような形態の居住系サービスは新宿区には存在しない。

来年度は、引き続き、このような都心型の居住系サービスモデルの具体的な形について研究していきたい。

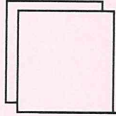
(別添)

新宿区の居住系サービス

番号	入所対象者	経営主体	定員	部屋数	1室の広さ ⁱ	入居費用 ⁱⁱ			提携医療機関		24時間 看護師 常駐
						一時金	月額入居費 ⁱⁱⁱ	その他費用	医療機関種別	特記事項	
1	要介護 要支援	株式会社	38	38	18 m ²	2,650万円	262,500円+ 36,750円 ^{iv}	雑費 ^v 、介護 保険自己負 担	近隣クリニック その他の病院	定期訪問診 療あり	×
2	要介護 要支援 自立	株式会社	64	57	18.2 m ²	1,480万円	236,250円	雑費、介護保 険自己負担	近隣クリニック	定期訪問診 療あり	×
3	要介護 要支援	株式会社 ^{vi}	35	35	20.3 m ²	1,890万円	185,000円	雑費、介護保 険自己負担	近隣クリニック	定期訪問診 療あり	×
4	要介護	株式会社	32	32	(トイレ 共用)	50万円	216,000円	雑費、介護保 険自己負担	近隣病院		×
5	要介護 要支援	株式会社	28	26	12.4 m ²	2年契約 1,575,000円 +50万円	217,930円	雑費、介護保 険自己負担	近隣クリニック 近隣病院	安否確認巡 回、定期訪問 診療あり	×
6	要介護 要支援 自立	株式会社	119		22.04~ 57.09 m ²	1,100~ 3,210万円+ 180万円	237,000円	雑費、介護保 険自己負担	同施設内クリ ニック	同施設内に クリニック 併設	×
7	要介護 要支援	株式会社	67	60	NA	1,200~ 2,000万円	236,250円	雑費、介護保 険自己負担	近隣クリニック	充実した 医療体制を 売りに	○

8	要介護 要支援	株式会社	95	69	13.20～ 18.15 m ²	980～1,300 万円	184,340 円	雑費、介護保 険自己負担	同施設内クリ ニック	同施設内に クリニック 併設、ナー シングホーム の名称を用 いている	○
9	要介護 要支援	株式会社	42	42	16.8 m ²	1,480～ 2,160 万円	181,493 円	雑費、介護保 険自己負担	近隣クリニック	定期訪問診 療あり	×
10	要介護（地 域密着型小 規模有料）	株式会社	14	11	14.46～ 21.12 m ² （トイレ 共用）	36 万円	218,000 円	雑費、介護保 険自己負担	同施設内クリ ニック	同施設内に クリニック 併設	×

-
- i 平均的な部屋の広さ
 - ii 入居費用は個室の場合の代表的な例
 - iii 内訳は、部屋代、管理費、食費、光熱水費、保険外介護サービス費等である。
 - iv プラスは上乗せ介護費用、他施設は月額入居費に含む。
 - v 雑費は、各施設とも、理美容料金、洗濯代等である。
 - vi 2と同じ会社が経営



2. 居住系サービス事業者調査
