

9. 在宅療養の場はさまざまに変わる

C. サービス付き高齢者向け住宅

天本 宏*

(*医療法人財団天翁会 理事長)

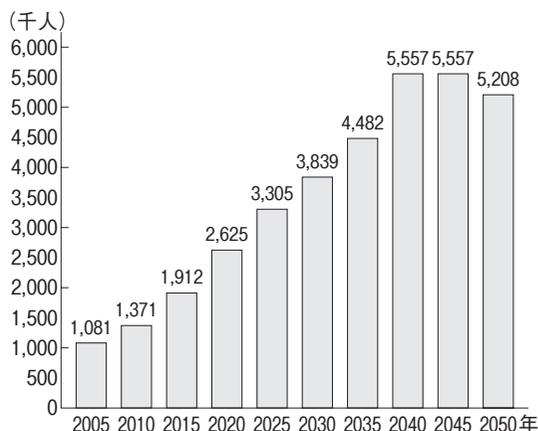
はじめに

これから90歳以上の人口は、図1のように30年以上も急速・大幅に増え続け、2040年には550万にも達する。すなわち、「90歳過ぎまで長生きする」方々が増えていくということである。しかも、統計的予測において、高齢者夫婦、単身高齢者が増えていく。また、家あって「家族なし」の家庭が増えていく。これまでの日本文化であった同居家族による見守り、生活支援がない高齢者世帯が増えていく。しかし、90歳以上の個々の高齢者の日常生活の手段的生活機能、基本的日常生活機能、家庭環境等からして生活が「自立」できる方は非常に少ないであろう。

超高齢化社会における環境整備の課題

実は、介護保険誕生時においては家族ありきで組み立てられており、介護保険の使命は「家族介護者の負担を軽減する」こととなっている。そして、これからの財政的状況からして介護保険給付からは、特に在宅介護サービスからは見守り、生活支援は外されていく可能性が高い。超高齢社会における家族構成の激変からして、見守り、生活支援といったニーズはむしろ高まるにもかかわらず、介護保険サービスは当てにはできなくなっていく。

これまでは介護保険施設、特に特別養護老人ホームを「終の棲家」と称していたが、決して生活の場、住まいではないし、十分な医療支援が外部から導入できない制度設計となっている。大部屋で、一律・画一・集団の場であり、個別的、生活の場では決してなりえていない。



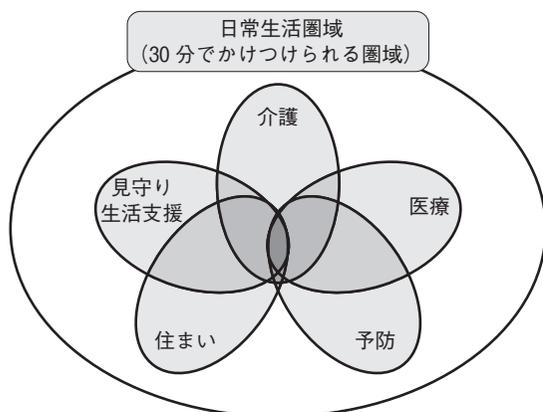
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月)」

図1 90歳以上人口増からモデルなき挑戦が始まる

しかも、現状日本での死ぬ場所は80%以上が病院である。病院は治療の場であり、安心できるかもしれないが(入院は家族の意向が強い)、決して「生活の場・人生終末に相応しい場」ではありえない。さらに、病院で亡くなる高齢者は長期間入院・生存し(延命させられ)、結局は家に帰れず「死ぬ」のである。90歳過ぎまで生き延び、「自然な幕引き・永眠」へのニーズは高まりつつある。まさに緩和ケアの趣旨である「生命・生活・人生・QOL・本人の意思を尊重し、死を自然なことと認める」といった文化、環境整備がこれからの超高齢社会におけるニーズとなり、緊急・急務な課題となってきた。

「地域包括ケアシステム」が目指すもの

そのような時代背景の下に国家戦略として「地域包括ケアシステム」が掲げられることとなっ



「地域包括ケアシステム」は現時点「構想」の段階で、これから「システムモデル」化していく。

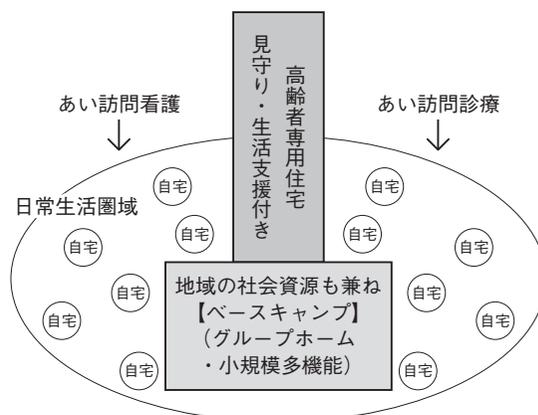
(厚生労働省資料参考)

図2 国家戦略としての「先行指標」

た。地域包括ケアシステムとは、「日常生活圏域に生活上の安心・安全・健康を支援・確保（住まいも含まれる）していき、多様なサービスを24時間・365日切れ目なく、かつ医療・介護サービスなどを包括的に提供していくシステム」である（図2）。そして、これからは市町村に「地域包括ケアシステム構築を事業計画に義務づけていく」といった社会保障のシナリオ・国家戦略として位置づけられた。

この地域包括ケアシステム構築に連鎖・連動し、高齢者単身・夫婦世帯が安心して居住・住み替えができる賃貸などの住まいを整備推進していく計画として国土交通省・厚生労働省が所管する「高齢者住まい法」が改正され、2011年10月から「サービス付き高齢者住宅」の登録がスタートした。この制度におけるサービス付きでは、「安否確認サービスと生活相談サービス」が必須となっている。ケアの専門職が、少なくとも日中建物に常駐していることが義務づけられている。

その他の生活支援や介護・看護・リハビリテーション・医療サービスは、外部サービスを選択・活用できる仕組み（地域内完結型）となっている。さらに、サービス付き高齢者住宅にテナントして地域密着型サービス（グループホーム、小規模多機能施設、定期循環型介護・看護サービス）、クリニック、訪問看護ステーションが身近に組み込まれている形態、あるいはサービス付き高齢者住宅



地域の見守り・生活支援・地域包括ケアを

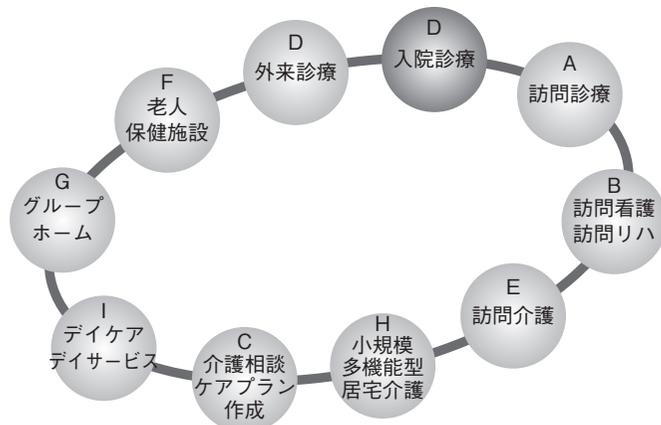
図3 多様な住まいと地域の一体化：「あいセーフティネット」による安心・安全の創造

に近接した医療・介護機関と連携し、24時間・365日の安心を保障していく形態とがセットで組み立てられていく（図3）。

地域でのホスピス・緩和ケア提供の可能性

十分とはいえないが、ホスピス・緩和ケア提供の可能性が高齢者の最期に芽生えてきた。当然、運用、普遍性を担保していくには課題山積である。急増する高齢者夫婦・高齢者所帯へのホスピス対応における課題として、①安心できる見守り・生活支援のある居場所・住まいは？（サービス付き高齢者専用住宅への住み替えなどの推進）、②介護者は？（介護保険サービスの活用、サービスを買う）、③訪問診療・看護・介護の24時間・365日体制は？（地域包括ケアシステムの計画的整備）、④急変時の対応は？（一次医療を訪問診療を含む形態に再構築、また包括的医療指示に拠る看護師への権限委譲・業務拡大など）、⑤近隣住民の理解・受容・文化は？（正しい医療への理解、医療の限界、ホスピスケアの意義などへの啓蒙活動による care in community の創造）、⑥本人の確固たる覚悟・意志・意向は？（リヴィングウイル、エンディングノートの普及があつてこそ最期にホスピスケアが可能となる）、⑦切れ目なき医療・介護の統括者は？（後段で述べる）等々、

戦略〈Aging in Place〉→戦術〈Care in Community〉



【地域を病棟として捉える】

- 医療法人財団 天翁会
 A あいクリニック
 B あい訪問看護ステーション
 C 多摩市中部地域包括支援センター
 D 新天本病院
 E あいヘルパーステーション
 F あい介護老人保健施設
 G あいグループホームはなきりん
 A あいクリニック平尾
 B あい訪問看護ステーション平尾
 C あいケアプランセンターいなぎ
 H あい小規模多機能施設かりん
 G あいグループホームどんぐり
 I 多摩市桜ヶ丘いきがいデイサービスセンターさくら

図4 医療・介護のモデルなき挑戦—2050年に向けてのヴィジョン

多様かつ多くの課題が存在する。その解決への道のキーワードは、なんといっても「本人の確固たる意思」である。

筆者は先行モデルとして「地域を病棟と捉え、住まいを病室」と見立て、医療機関をゲートオープナー、ベースキャンプ化し、多職種協働、地域の社会資源との協業による地域内完結型・面としての医療・介護一体のトータルケアサービスをアウトプットしていくサービスのプラットフォーム「あいセイフティネット」をサービスモデル(図4)として多摩ニュータウンといった地域で実践してきた。そして、並行して「care in community」といった街づくりを少しずつ仕かけている。

お任せ医療からの脱皮、自ら選択できる終末期医療への啓蒙、過剰な医療への期待から正しい医療への理解、医療の限界への啓蒙活動、近隣住民の高齢者、認知症サポーターの養成、近隣住民の見えないケア・受容していくケアの育成をし、地域力・風土・文化を創造(quality of societyの向上)していく医療人としての間接的地域貢献をしている。

サービス付き高齢者住宅と終末期ケアの充実

ホスピスケアは高齢者、家族、医療人といった当事者のみが担っていくのではなく、地域社会も

担っていく「care in community」が不可欠である。道半ばなるも、高齢者の最期にこそこれまで培った「在宅でのホスピスケア」が高齢者自身の選択肢に加えられるべきである。これから急増していく高齢者のがん末期以外における最期、想定しにくい自然死への最期、認知症への最期におけるホスピスケア等々、モデルなき挑戦が始まる。また、想定困難な死期における方々の側に付き添う人が居ない単身老人(ご本人の意向の強い方)への対処における近隣住民の理解・サポート体制の構築など、ソーシャルサポートの技術の向上も課題となる。

さらに、ホスピスケアにおけるチームの主体者を誰にしていくかの検討も重要である。筆者の見識では、「看護師による一貫したケアプラン(医療と介護に通じた切れ目のない当事者になりうる職種)と指示系統の明確化」による組織体制構築が必要と考える。しかし、90歳以上といった超高齢者における意向表示・意思決定困難事例にどのように対応していくか(除外していくことは簡単であるも、然は然にありながら…)、家族のない方、家族との連携体制困難事例も多くなる。さらに、各プロセスにおいて合意形成をどのように踏んでいくかは、直接サービスとともに後見人制度などの法的な整備も並行して進められなければならない。

サービス付き高齢者住宅の利点・注目できるの

は、さまざまな形態の現状の介護保険施設、特定施設（外部サービス活用型有料老人ホーム）などは要介護状態になってから入所する。そのため、利用者と地域社会との一体化に欠け、箱の中だけでは安心できる居場所としての社会化、社会人としての人間関係は薄い。しかし、サービス付き高齢者住宅への入所は、健康時、要介護状態でも軽い時期からの住み替えであり、近隣住民との、地域への浸透といった安心の創造プロセスを経ていくといった環境面において「ホスピスケア」を受け入れる条件整備となりうる。

おわりに

これからの大都市東京・超高齢化における大きな課題として同居家族の居ない高齢者世帯が増えることは確実で、そのような劇的環境変化、スピードに対応した高齢者用の住まいの供給体制は

今以上に深刻化していく。在宅医療・在宅死を望む方々も増えていくが、病院・施設に入れなく、在宅医療・在宅死を受け入れざるをえない高齢者も増えていくことであろう。

そのような大都市においてサービス付き高齢者住宅が増えていき、「質の管理（地域内完結としての外部サービス活用・選択の担保など）」。高齢者への最期へのホスピスケアへのニーズは高まり、試行錯誤していく挑戦が期されているが、解決していかなければならない課題も山積している。しかし、ホスピスケア専門家・先駆者から論文依頼があったということは、「なさねばならない」と当事者も痛感されてのことと思う。このような機会を与えていただいたことを期に、高齢者への地域医療の場に「ホスピスケアへのモデルなき挑戦」をさらに一歩踏み込んで行きたいものである。ホスピスケア実践者の方々のご指導と共に実践でき、普遍化していきたいものである。