

ケーススタディ：高齢者医療ケアの未来

加治木しあわせの杜・高齢者健康コミュニティ CCRC 構想

～ 医療法人玉昌会 加治木温泉病院 ～

山下正策¹⁾ 萩原隆二²⁾ 梅本昭英³⁾ 吉永浩之¹⁾ 上菌勝男²⁾ 本田陽子³⁾ 渡辺純子³⁾
山崎孝夫⁴⁾ 杉村和隆⁴⁾ 高田和美⁵⁾ 手崎清美⁵⁾ 高田昌実^{1),2),3)} 窪田昌行^{6),7)} 馬場園明^{7),8)}

【はじめに】

日本はいよいよ人口減少時代に突入した。総務省が、2009年5月に公表した推計人口によると、昨年日本で生まれた赤ちゃんは109万人、亡くなった人は114万人、人口の自然減が約5万人、減少数は前年の約2.8倍であった¹⁾²⁾³⁾。さらに、国立社会保障・人口問題研究所が2006年末に公表した日本の将来人口推計は、日本の将来像について悲観的な状況を示している⁴⁾。研究所によれば、日本の人口減少の最初の難所は、今から21年後の2030年、団塊の世代が80歳を過ぎる年である。この時、総人口は1億1522万人、このうち75歳以上の後期高齢者は20%を占め、15歳未満の子供は10%にとどまる。それからさらに25年後の2055年、最大の負担を強いられる人口構造となる。この時、総人口は8993万人に激減し、後期高齢者が27%を占め、子供は8%になる。15歳以上65歳未満の経済を支える生産者年齢人口は総人口の半数しかいない。このことは、1人の生産者人口の収入が1人の社会保障費を賄っていく構図である。

加治木温泉病院が位置する鹿児島県は、2008年の人口172万人が、2030年には146万人へ26万人減少する。高齢化率は26%から35%へ上昇する。高齢者数は2008年の45万人から51万に6万人の増加であるが、そのほとんどは医療・介護ニーズの高い80歳以上であり、14万人から20万人へ6万人増加する。

一方、国の財政状態をみれば、国の債務残高が2007年3月末時点で834兆円あり、年間歳入の約15倍、GDPの1.7倍、一般企業であれば、破綻状況にあり、1990年代から高齢者施設に補助金を活用してきた政策は継続できない状況である⁵⁾⁶⁾。

このような人口構造の変化、経済の中で、少子高齢化が大きな問題となり、高齢者の医療・介護が最大の関心事となる中、政府は平成18年、「入院している人の半分は治療の必要がない」として、当時38万床あった療養病床のうち、介護型療養病床13万床は全廃し、医療型療養病床25万床は15万床に大幅削減する方針を出した⁷⁾。今後も少子高齢化が急激に進行していく中で、社会保障費の大きな部分であり、かつ有限な医療費、介護費を効果的、効率的に活用していくことが重要である。そのためには、高齢者それぞれの医療ニーズ、介護ニーズに合った新しい高齢者医療ケアシステムを構築していく必要がある。

本事例研究の目的は加治木温泉病院の療養病床転換の将来構想を検討していく中で、これからの地域高齢者のニーズに合致した新しい高齢者医療ケアシステムを検討するものである。すなわち、介護型療養病床の転換モデルとして、高齢者の医療・ケアニーズに適したサービスを在宅ベースで提供することにより、高齢者の医療・介護にかかる社会的コストを最適化することを目標として、高齢者住宅と在宅医療・介護サービスを総合的に提供するモデルを提案するものである。

1) 医療法人玉昌会 加治木温泉病院

2) 医療法人玉昌会 高田病院

3) 医療法人玉昌会 在宅サービス事業部

4) エース建築設計株式会社

5) 株式会社JOY

6) 株式会社CCRC研究所

7) 医療福祉経営マーケティング研究会

8) 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

【新しい高齢者医療ケアシステムの必要性】

1. 必要な社会保障制度改革

2009年現在、日本は世界一の長寿国を維持しており、平均寿命は83歳であると報告されている⁸⁾。一方、出生率は1.3と人口を維持していく2.0に比較してかなり低く、このような少子高齢化の進行は、今後も加速していく。この結果、日本における高齢者数は2008年から団塊の世代が65歳、75歳、80歳になる2015年、2025年、2030年に増加し続ける。

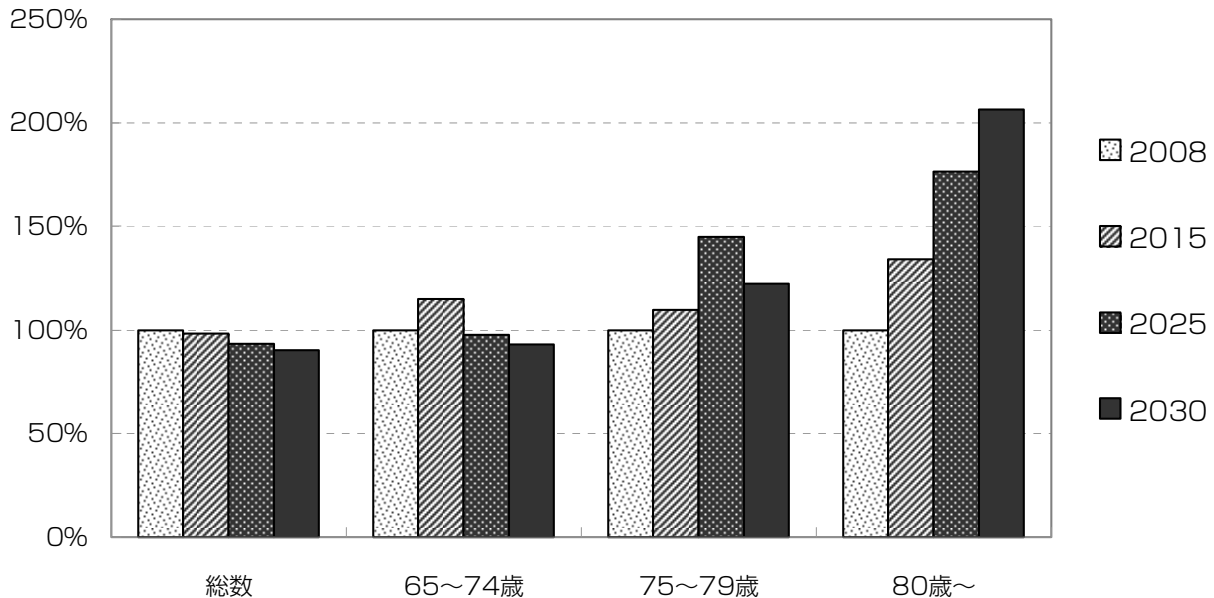
(図表1) 例えば、2008年から2030年の22年間で、人口は1億2769万人から1億1522万人へ1247万人(10%)減少していく。高齢者全体数をみれば、2835万人から3667万人へ832万人(29%)増加し、高齢化率は22%から32%へ上昇する。さらに、2050年には高齢化率が40%となると推計されている⁹⁾。

一方、核家族化が進む中、家族で高齢の親を見守り、ケアしていく機能が弱体化してきている。このままの状況で、少子高齢化が加速すると、社会保障制度が維持できるかということを真剣に議論しなければならない。

図表1 日本の人口構造の変化(2008~2030年)

	総人口	65歳~		65~74歳		75~79歳		80歳~	
2008	127,686,000	28,350,000	22%	15,047,000	12%	5,718,000	4%	7,585,000	6%
2015	125,430,220	33,781,455	27%	17,329,183	14%	6,276,777	5%	10,175,495	8%
2025	119,269,824	36,353,963	30%	14,686,682	12%	8,284,035	7%	13,383,246	11%
2030	115,223,664	36,669,835	32%	14,011,078	12%	7,000,394	6%	15,658,363	14%

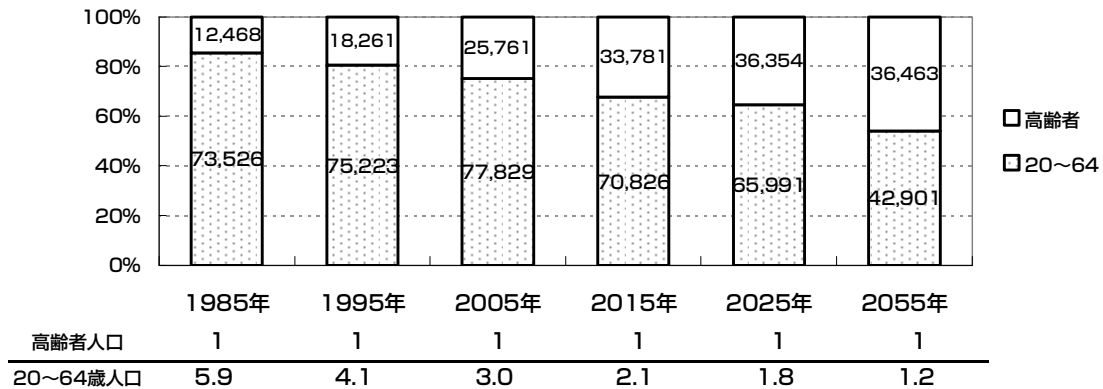
	総数	65~74歳	75~79歳	80歳~
2008	100%	100%	100%	100%
2015	98%	115%	110%	134%
2025	93%	98%	145%	176%
2030	90%	93%	122%	206%



図表2に年金等社会保障費の受給者の多くを占める65歳以上の高齢者人口と、その担い手である20~64歳人口の比率を比較した。1985年には高齢者1人を5.9人で支え、2005年には3人で支える状況である。団塊の世代が75歳以上後期高齢者になる2025年には、高齢者1人を1.8人で、高齢化率41%となる2055年には、1.2人で高齢者1人の社会保障費を賄うことになる。この数字は、20~65歳の男女全員が働くということが前提であるが、日本の女性の就業率は約50%

である。とすれば、2025年から、高齢者1人の社会保障費を1人が支える構造となり、悲観的な人口構造、経済構造になる。もちろん、この時までには、抜本的な少子化対策がとられる必要があるが、少子化の解決には時間を要する。従って、増加し続ける高齢者への対策として、有限な財源を効果的に活用する高齢者医療ケアの新しいシステムづくりが不可欠である。

図表2 高齢者とそれを支える20~64歳人口



2. 自立支援モデルの必要性

新しい高齢者医療ケアモデルを構築していく上で、高齢者の生活能力を明確に把握しておく必要がある。高齢者とは65歳以上の方をいうが、現行の65歳から74歳くらいまでの前期高齢者は運動器機能、認知機能とも維持し自立している方が多い。図表3に示すように要介護認定を受ける前期高齢者は4%にすぎない⁹⁾。

一方、75歳以上の後期高齢者は、介護認定を受ける割合は29%と8倍近くになる。従って、例えば高齢者住宅の入居対象者は、75歳以上の後期高齢者であることを念頭に置く必要がある。さらに、75歳以上の後期高齢者については、欧米のデータによれば、80歳以上になると何らかの支援を必要とする割合が急に高まるといわれている^{10) 11)}。このため、75歳以上高齢者をさらに①75歳~79歳までと②80歳以上に分けて検討してみると、80歳以上高齢者が介護認定を受ける割合が急に高まることがわかる。これらを整理すると、介護認定を受ける比率は図表3のようになり、75歳から79歳までの高齢者572万のうち、介護認定を受けているのは、13.9%の約80万人であるのに対し、80歳以上は、759万のうち41.1%の312万人が介護認定を受けている。なお、80歳以上の人口は2030年には2倍の1,567万人に急増する。これら、支援を必要とする高齢者への対応が大きな課題となってきている。

図表3 介護認定を受ける高齢者の比率 (2008年12月)

(単位:千人)

	前期高齢者		後期高齢者	
	65~74歳	75~79歳	80歳~	全体
高齢者人口	15,047	5,718	7,585	13,303
介護認定を受ける高齢者数	657	796	3,120	3,916
介護認定を受ける比率	4.4%	13.9%	41.1%	29.4%

今までの高齢化問題への対応として、日本は、1989年のゴールドプラン施行以来、特別養護老人ホームを中心とする介護施設を大量に整備してきた。また、2000年の介護保険施行後、民間版の特別養護老人ホームというべき特定施設(介護付き有料老人ホーム)が急増してきており、公的、民間の介護施設をいくら作っても間に合わない状況が生じていた。このような介護施設増産の状況は、介護保険財政を圧迫しており、特別養護老人ホームや特定施設は総量規制を受け、整備枠がないのが現状である。

一方、高齢者の価値観、ライフスタイルも大きく変わってきている。特に、戦後の教育、文化、経済成長の環境の中で育った人々が高齢社会の一員になり、多数派になろうとしている。ちなみに、終戦の昭和 20 年（1945 年）時点で 10 歳だった人は、2009 年時点で 72 歳になる。高齢者のイメージも「保守的、しきたりにとらわれる、閉鎖的、封建的、地味」から「健康、若さ志向、意欲的、フレキシブル」へ、趣味については、「趣味は持たず、つつましく」から、「余暇、趣味への投資に積極的、知識欲旺盛」、介護についても「家族の世話になる」から「自立、福祉サービスの積極的活用」へと大きく変わっている¹²⁾。とりわけ青春時代にビートルズやロック音楽を聴いた団塊の世代が高齢社会の多数派になったとき、高齢者の自立、健康ニーズはもっと大きくなり、自立と尊厳を基本にしたサービスの提供がさらに求められてくると思われる¹²⁾。今後、このような新しい価値観を持った支援を必要とする高齢者の数が、およそ 2 倍になるとき、すなわち、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年以降、高齢者医療・介護をどうしていけばいいのかが、大きな問題となってきている。

これらの問題を解決していくにあたって、先に高齢化の問題に取り組んできた、欧米の高齢者福祉の歴史は参考になる¹³⁾。最も高齢者福祉が進んでいるといわれる北欧デンマークでも 1960 年代後半から 1970 年代、日本の特別養護老人ホームに相当するプライエムの建設ラッシュがあり、いくら施設を作っても間に合わない状況があった¹⁴⁾¹⁵⁾。そこで、デンマークでは国を挙げて、高齢者医療ケアのあり方を議論し、1 年半かけて方針を決めた。すなわち、高齢者は「ケアされるより、交流しながら役割をもって生きる」ことを望んでいることが明らかになり、高齢者ケアのあり方も、「介護」の時代から、「自立支援」の時代へ変革していった。この過程で生まれたのが、有名な高齢者福祉三原則「①継続性の維持、②残された能力の活性化、③自己決定の尊重」である。

医療福祉経営マーケティング研究会では、高齢者ケアのあり方について、新しいモデルを提案している。（図表 4）このモデルでは、対象とする入居者を従来の要介護高齢者のみではなく、自立・要支援・要介護の高齢者全体を対象として、管理（病院）モデルではなく、支援（生活）モデルとして、また、ケアの目的を疾病・障がいの管理ではなく、それぞれの残された能力を活用し、生活の質、人生の質の向上を図る自立支援としたものであると定義した。そこでは本人が主体となり、ケアの場所は医療福祉施設でなく、生活の場として、医療の目的は診断、治療優先ではなく、良く生きるための支援優先であるとした。また、スタッフの役割は指示の遵守ではなく、心理的、物理的支援とした。最後にその財源を医療保険・介護保険だけでなく、これらに個人資産を取り入れた新しい高齢者ケアを提供していく場として、高齢者住宅の必要性も強調している。

将来、日本においても、高齢者のニーズはますます多様化していく中で、高齢者の自己決定、残された能力の活用、生活の継続性を踏まえた、自立支援に基づく新しい高齢者医療ケアシステムの創造が不可欠になっている。

図表 4 高齢者ケアの新しいモデル

高齢者ケア	旧来の高齢者ケア	新しい高齢者ケア
モデル	管理モデル	支援モデル
目的	疾病・障害の管理	生活の質・人生の質の向上
主体性	医師・管理者が決定	本人が選択
場所	医療・福祉施設	生活の場
医療	診断、治療優先	良く生きるための支援優先
スタッフの役割	指導・管理・お世話	心理的・物理的支援
本人の役割	指示の遵守	自立して生活を楽しむ
食事	栄養管理重視	口からおいしく食べることを重視
財源	医療保険・介護保険	個人資産、医療保険・介護保険

3. マズローの 5 段階の欲求にマッチさせた周囲からの自立支援

高齢者の尊厳を守ってケアを行うには、周囲からの支援を行う必要がある。周囲からの支援には、「情動的支援」と「手

段的支援」の二種類がある。「情動的支援」は、共感、愛情、信頼、敬意を示す「共感的支援」と、本人の行動、考え方、生き方について肯定的な評価を行う「評価的支援」からなる。一方、「手段的支援」は、本人の役に立つアドバイスや情報を与える「情動的支援」とモノや行動で支援する「道具的支援」からなる。高齢者の生活は、疾病、障がいといった身体的な問題、孤独感、不安感といった心理的な問題、住居形態、経済的な問題、孤立といった社会的な問題も影響する。そこで、マズローの5段階の欲求に関連して、高齢者の周囲からの支援を図表5に具体的にまとめた¹⁶⁾。

なお、米国の心理学者アブラハム・マズローは、人間の基本的欲求を低次から、1. 生理的欲求、2. 安全の欲求、3. 所属の欲求、4. 自尊の欲求、5. 自己実現の欲求 の5段階に分類した。また、「生理的欲求」から、「自尊の欲求」までの4階層に動機付けられた欲求を「欠乏欲求」とし、「自己実現の欲求」に動機づけられた欲求を「成長欲求」としている。人間は満たされない欲求があると、それを充足しようと行動するとした。その上で、欲求には優先度があり、低次の欲求が充足されると、より高次の欲求へと段階的に移行するものとした¹⁷⁾。

高齢者の支援において、「生理的欲求」には、適切な食事、心地よい睡眠、快い排泄、快適な住居、清潔な環境などがある。「安全の欲求」には、安全に動けるスペース、病気に対応した医療・障がいのレベルに合った介護がある。「所属の欲求」には、友人、家族、医療・介護スタッフの存在、安心できる居場所がある。「自尊の欲求」には、友人、家族、医療・介護スタッフによる共感、愛情、信頼、敬意、理解がある。「自己実現の欲求」には、周りの人に貢献したいという希望もある。「生理的欲求」、「安全の欲求」には、「道具的支援」で対応できる面もあるが、「所属の欲求」、「自尊の欲求」、「自己実現の欲求」には、「情動的支援」も必要である。高齢者に「敬語を使いながら接する」ことや、「食事を急がせず、高齢者のペースに合わせる」ことは「情動的支援」の基本にある。一方、高齢者自身が情動的な支援が得られるには、高齢者も友人、家族、医療、介護スタッフに情動的な支援をすることが必要になってくる。

図表5 マズローの5段階の欲求にマッチさせた周囲からの支援

＜ 生理的な欲求 ＞
適切な食事、心地よい睡眠、快い排泄、快適な住居、清潔な環境
＜ 安全の欲求 ＞
病気に対応した医療、障がいのレベルにマッチした介護、安全に動けるスペース
＜ 所属の欲求 ＞
友人・家族・医療介護スタッフの存在、安心できる居場所
＜ 自尊の欲求 ＞
生活の自立、周りの人からの共感、愛情、信頼、敬意、理解
＜ 自己実現の欲求 ＞
周りの人に貢献したいという希望に対する支援

4. 医療、介護、住まいが包括的に提供される自立支援システム

マズローの5段階の欲求の中で、基本的な欠乏欲求である「快適な住居」、「安全に動けるスペース」、「安心できる居場所」など住まいに関する問題は大きい。高齢者が安心して、安全に生活する住まい、スペースがあるかないかは、自分の意思（自己決定）で外出したり、友人や社会との交流を自由にするのが制限されるかどうかを左右する。これは自己実現の妨げとなるので、住宅問題が新しい高齢者医療ケアシステム構築の要の一つであるといえる。

前述したデンマークでは、高齢者施設として整備されてきたプライエム（介護施設）の施設整備を1988年に凍結し、施設ではなく、住環境としての特徴をもつプライエボーリに転換していった。また、プライエムの廃止と並行して、高齢者の様々なニーズに対して必要な高齢者住宅を整備してきた。デンマークが施設から住宅へ転換していく高齢者福祉の現状を説明する文献に次のような文献が紹介されている¹⁵⁾。「デンマークでは1970年代、プライエム（日本の特別養護老

人ホーム) がどんどん建てられ、急増していった。しかし、施設をいくら増設しても、まだ施設は足らず、病院や自宅には施設に入れない高齢者があふれていた。コペンハーゲンの病院では、入院患者のうち、39%が社会的入院による入院だった。その頃、コペンハーゲンには、プライエムに約 5,800 人分の居室があったが、これに対し、約 2,200 人の待機者がいた。そして、この待機者のうち、約 1,000 人が病院で待っていた。明らかに社会的入院であった。その頃、病院 1 床の費用は 1 日当たり約 4 万円、プライエムが約 1 万 2000 円、在宅ケアは 2000~6000 円であった。このような中、1973 年、オイルショックが世界を襲い、デンマークもその打撃を受け、市の財政に与える経済的打撃は大きく、在宅や病院には、プライエムの入居を待つ高齢者があふれており、施設を増設するといっても、市にはお金がなく、財政負担の大きいプライエムはミニ病院化し、プライエムを中心とした施設ケアに代わる別の高齢者ケア体制が求められていた。」

まさに、現在の日本の状況と類似しているといえる。デンマークでは、その後、高齢者ケアのあり方を深耕していき、施設ケアに代わる高齢者ケア体系として、在宅医療・介護と高齢者住宅を組み合わせた自立支援の時代へと移行していった。

このように、いち早く高齢者のニーズに対応してきた欧米福祉先進国では、介護施設の他に、高齢者の自立と尊厳を基本に可能な限り自立して生活でき、自由に選択できる “高齢者住宅” が整備されてきた。すなわち、欧米では、施設整備を拡大していくのではなく、高齢者住宅を核として、医療機関、介護サービスが連携をとり、自立支援を基礎とした「新しい高齢者医療ケアシステム」を作り上げ、地域の高齢者のニーズを満足してきた歴史がある。日本でも住宅と医療・介護が連携され、包括的な医療、介護サービスが提供される自立支援システムの構築が緊急の課題となっている。

【加治木温泉病院の現状と問題点】

1. 沿革

医療法人玉昌会は、昭和 32 年 1 月、19 床のベッドをもつ内科系の有床診療所「高田内科医院」として鹿児島市で開設され、昭和 37 年に医療法人となった。その後、地域の医療ニーズに応える形で、昭和 60 年、高田病院に名称変更しベッド数も 167 床となった。その後、高田病院は昭和 61 年に 12 床増床し許可病床 179 床となり、老人デイケア（後に通所リハビリテーション）の事業展開等高齢者医療を中心とした医療サービスを提供し、現在の病床構成は、医療型療養病床 149 床、回復期リハビリテーション病床 30 床、計 179 床である。

一方、医療法人玉昌会は高齢者医療の多様化、ニーズの増加等の医療環境の変化に対応する形で、鹿児島市のベッドタウンとして開けていった始良郡加治木町に、加治木温泉病院を昭和 53 年に病床数 100 床で開設した。その後、平成 9 年に現在の 350 床に増床し、高齢者医療に特化してきた。最近では、350 床すべて療養型病床であり、内 117 床が介護療養型、233 床が医療療養型の病床となっていた。しかし、平成 21 年 1 月に一般病棟を開設し、現在の病床構成は、一般病床 30 床（このうち亜急性期病床 10 床）、医療型療養病床 149 床、回復期リハビリテーション病床 54 床、介護型療養病床 117 床、計 350 床である。

また、平成 11 年に総合リハビリテーション施設、平成 13 年には回復期リハビリテーション病棟(54 床)、平成 14 年に地域リハビリテーション広域支援センターの認定を受けて、始良・霧島圏域でのリハビリテーションの中核病院としての役割を担っている。また、平成 6 年人工腎臓センターを開設し、高齢化と共に増加している透析治療にも重点をおいている。

2. 加治木温泉病院の特色

(1) バランスのとれた総合的な高齢者医療の提供

加治木温泉病院は、高齢者の多様な疾患、ニーズに対応していくように、診療科目としては、内科（人工透析を含む）、消化器科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科、歯科を標榜し、患者本位で心の通った診療を目指している。そのために、各科の医師や看護師、その他のスタッフが連携を密にし、バランスのとれた高齢者専門のチーム医療を提供している。的確な治療や介護ができるように定時・随時のカンファレンスでの治療方針の決定やチームの意思統一や退院時カンファレンスでの在宅における治療および生活支援など多職種協働の体制作りを行っている。

なお、高齢者の様々な疾病に対応できるように、療養支援看護師、技術支援ナース、心理士、認知症ケア専門士などを育成してきた。

また、病院からの自宅復帰を積極的に支援するために、平成19年在宅医療・介護を行う始良地区在宅サービス事業部を創設した。介護事業としては、通所リハビリテーション、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、地域密着型認知症対応通所介護事業、および認知症対応型共同生活介護事業を行っている。

(2) 高齢者に特化した総合的なリハビリテーション

加治木温泉病院のリハビリテーションの歴史は、マッサージ師や鍼灸師が中心のリハビリから始まった。なお総合リハビリテーション施設の認可を受ける以前より、少人数ではあったが理学療法士・作業療法士に加え言語聴覚士や心理士、医療ソーシャルワーカーなどの多職種を配置し、患者の状態に合わせたリハビリテーションサービスの提供と退院支援を実践してきた。

その後、総合リハビリテーション施設や回復期リハビリテーション病棟の開設を行ない、回復期病棟の開設と同時にリハビリテーション専門医を配置しリハビリテーション部門の強化を図った。また、義肢装具士を入れ経過に応じたスピーディーな装具の作製や調整を行なえるようにした。病気や障害を抱え不安や戸惑いの中で退院を余儀なくされる方々の生活の再設計を支援するため、医療ソーシャルワーカーを配置し医療福祉相談に応じている。現在リハビリ部門は医師4名（常勤医1名、非常勤医3名）、理学療法士17名、作業療法士18名、言語聴覚士9名、心理士1名、義肢装具士1名、医療ソーシャルワーカー6名で行っている。

また、加治木温泉病院では、在宅リハビリ部門において、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを併設しており、入院のみでなく退院後も安心して地域で暮らし続けるような支援体制作りを努めており、患者や利用者、そのご家族等に安心・安全な医療サービス、質の高いリハビリテーションサービスを提供し、地域でのリハビリテーション中核病院としての役割を果たしている

なお、総合リハビリテーションセンターの3つの方針は次の通りである。

①入院から在宅まで一貫した質の高いリハビリを提供する

地域の医療機関との連携や回復期から在宅まで一貫して各専門職が連携しカンファレンスなどを通して、個人に合ったリハビリテーション計画の下に質の高い、積極的なリハビリテーションを提供する。

②継続したリハビリを提供する

訪問リハビリテーションや退院後の外来リハビリテーションの提供、住宅改修の相談、介護者への援助など継続的なリハビリテーションの提供を行う。

③地域に開かれた病院としてリハビリテーションの教育啓発活動を積極的に行う

始良地域リハビリテーション広域支援センターとして、地域に暮らす障がいを持つ方々や高齢者の方々の予防介護を含めた予防教育、相談援助並びに地域医療機関・福祉機関のリハビリテーションスタッフへの教育啓発活動を行う。

(3) 人工腎臓センター

昭和60年7月の増改築時に透析室が開設され、平成6年5月に人工腎臓センターとして増設された。平成11年10月には日本透析医学会認定施設の認定を受けた。

現在、透析用監視装置45台、個人用透析装置5台にて血液透析療法を行っている。腎医局には3名の医師（日本透析学会指導医1名、専門医2名）がおり、血液透析、腹膜透析（CAPD）や診察を行っている。最近では長期透析、高齢化、認知症の合併、糖尿病から腎不全になる方が多く、シャントトラブル、2次性副甲状腺機能亢進症、心臓病や脳卒中などの合併症を持つ患者の割合が増えている。腎センターのスタッフは看護師15名、臨床工学士6名、ケアワーカー3名で入院・外来併せて一日60名余りの透析を行っている。

近年は透析患者の高齢化が進み、通院が困難な方や長期に療養される方、リハビリが必要な方が増えている。自分で通院できない方には、できるだけ病院で送迎し、在宅での生活をできる限り支援している。また入院が必要な方は療養病床で対応している。また脳血管疾患後遺症などの合併症があり、リハビリが必要な方には、総合リハビリテーションセンタ

一と連携し、訓練も行っている。その他、通所リハビリを利用している方もいる。

今後、高齢化や多くの合併症を持った透析患者が増えていくと予想され、より安心・安全な透析治療や療養環境作りと地域の中核病院として災害時の透析に関する拠点病院を目指して整備していく予定である。

(4) 地域との連携

加治木温泉病院では副院長を中心とした地域医療連携室が設置され、地域の医療機関や介護施設等各関係機関との病・病連携、病・診連携、地域連携に積極的に取り組んでいる。

患者の入退院情報は地域医療連携室で一括管理し、ベッドコントロールが行なわれている。新規入院患者の情報は地域医療連携室から入院検討会へ提供され、入院の可否及び入院先病棟の決定が行なわれる他、多職種間での情報共有を図っている。また、地域の医療機関情報の把握にも努めており、病院で入院受入れが困難と判断された方については必要に応じ、他の医療機関への紹介も行なっている。

入院時連携については各機関連携担当者との面談や電話、FAX、診療情報提供書、各種サマリーのやり取りや連絡会への参加を通して情報交換を図っている。また紹介先医療機関への入院報告書や経過報告書、退院報告書等の送付を行い情報共有に努めるほか、概ね年2回ほど連携先機関の訪問活動も実施している。現在は医療機関中心の訪問となっているが、今後は広報部門と協働で、地域の介護施設や事業所へと活動を広げたい。また療養型病院という性質上、急性期病院の後方支援が中心となっているが今後はクリニック等の協力を仰ぎながら前方支援(在宅復帰)に力を注ぐ必要があると思われる。

退院時連携については連携室のほか MSW、ケアマネジャーが中心となり入院後早期からの退院支援に取り組んでいる。回復期リハビリテーション病棟入院患者の多くは在宅復帰されるが、高齢者や高度機能障害の方もあり、長期療養もしくは介護施設などへの退院となることもある。

在宅復帰支援においては介護保険を含めた制度活用支援、多職種での家屋調査、介護家族への介助指導、退院時カンファレンスの設定等を行っている。また、施設入所にあたっては地域の介護施設情報の収集、施設見学のセッティングや同行、入所先施設職員との情報共有等に取り組んでいる。なお、早期の退院支援においては多職種でのチームアプローチが不可欠であるほか、地域の介護施設、居宅サービス事業所等の最新情報の把握に努め、適切な時期に患者1人1人に応じた情報提供がスピーディーに行なうようにしている。

また病院全体として地域との連携に取り組むべく、昨年度より加治木町内の医療機関やクリニック、介護施設や居宅サービス事業所等に呼びかけ「加治木町医療・介護連携勉強会」を立ち上げた。現在は4ヶ月ごとに開催し、互いの施設に関する情報交換や専門医による研修会を実施している。地域の各機関がこの勉強会へ参加することで、顔と顔を付き合わせたフェイス TO フェイスの連携への足がかりとなり、ゆくゆくは地域全体が1つの枠組みとしてシームレスに動いていく「医療から介護までの包括的なケアシステムの構築」へと繋がることを目標としている。

3. 加治木温泉病院の病床の現状と問題点

2001年の第4次医療法改正以前の病床区分は、精神病床、感染症病床、結核病床、その他の病床という4つに区分されていた。しかし、第4次医療法改正で、①一般病床、②療養病床、③精神病床、④感染症病床、⑤結核病床という5区分に分けられた。現在の加治木温泉病院の病床構成は、一般病床30床、回復期リハ病床54床、医療型療養病床149床、介護型療養病床117床である。

(1) 一般病床

加治木温泉病院の病床350床のうち、医療型療養病床30床を2009年1月一般病床に転換した。一般病床とは、「精神病床、感染症病床、結核病床及び療養病床以外の病床」で、2001年の第4次医療法改正の結果、主に急性期の疾患を扱う病床として定義されたものである。ちなみに同時に慢性期の疾患を扱う「療養病床」も定義され、病床の区分を通じて病院の機能の違いが明確にされた。

一般病床の入院患者は、男性41%、女性59%、平均年齢が男性74歳、女性81歳となっている。(2009年5月)紹介

先は、関連施設、急性期病院、在宅が多く、退院先は関連施設、在宅、他病棟か、死亡である。現在のベッド稼働率は82～83%、在院日数は14～15日である。加治木温泉病院は13：1の看護体制であり、施設基準は入院患者の平均在院日数が24日以内であることとなっている。現在の主な問題点としては、平均在院日数の維持、新規入院患者の確保があげられる。

(2) 回復期リハビリテーション病床

回復期リハビリテーションでは、脳卒中・脊髄損傷・大腿骨骨折等の比較的早期（発症後3ヶ月以内）の患者に対し、家庭復帰・社会復帰を目指したリハビリテーションプログラムを医師・看護師・理学療法士・作業療法士等が共同して段階的に作成・評価し、これに基づくリハビリテーションを集中して行なっている。

回復期リハの入院患者は男性38%、女性62%、平均年齢が男性70歳、女性79歳となっている。（2009年5月）紹介先は、急性期病院、他の回復期リハ病床、他の病棟が多く、退院先は在宅、他病棟、関連施設である。問題点としては、在宅復帰率の維持、回復期入院対象者の維持、新規入院患者の獲得である。現在回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を取っているが、高齢者や高度の機能障害・多くの合併症を持つ患者が増えており、基準の在宅復帰率（60%以上）を維持するのに苦労している。

(3) 医療型療養病床

医療型療養病床は、医療保険が適用され、その入院対象は療養病床のうち、「長期にわたり療養を必要とする患者のうち、比較的医療密度の高い医学的管理を要する者」である。療養病床入院基本料には、2006年度改定で入院患者の医療区分やADL区分に応じて点数を設定する「患者分類による包括評価」が導入された。この改定により大幅な減収を強いられた病院が続出した。2008年改定でも厳しい内容で、医療区分1・ADL区分3のみが据え置かれ、その他の区分は約1.8%の引き下げとなった。

加治木温泉病院の医療型療養病床の入院患者は男性44%、女性56%、平均年齢が男性73歳、女性87歳となっている。

（2009年5月）紹介先は、関連施設、急性期病院、他医療機関、在宅が多く、退院先は関連施設、在宅、他病棟、転院、死亡である。図表6に医療型療養病床の入院患者の医療区分ごとの患者数、割合を示す。医療区分3が、21.5%、医療区分2が60.4%、医療区分1が18.1%で、医療区分2以上が81.9%いる。問題点としては、医療区分2以上の入院患者割合維持と転帰先の確保である。

図表6 医療療養病床入院患者の医療区分の状況

医療区分	ADL区分	患者数	割合
医療区分3	ADL区分:3～1	32	21.5%
医療区分2	ADL区分:3～2	66	44.3%
	ADL区分:1	24	16.1%
医療区分1	ADL区分:3	7	4.7%
	ADL区分2～1	20	13.4%
計		149	100.0%

(4) 介護型療養病床

療養病床のうち、介護保険の適用を受ける療養病床であり、主として、長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性のある者が入院の対象となる。2009年介護報酬改定では、基本報酬は一律12単位アップしたが、ほとんどの施設で算定している管理栄養士配置加算（1日12単位）が包括されたため、事実上据え置きとなった。しかし、特定診療費のリハビリに関する項目が整理・統合された。このため、大半の施設では減収になる見通しで、特にリハビリに積極的に取り組んできた施設ほど痛手を被る形になるとの見通しである。

介護型療養病床の入院患者は男性 32%、女性 68%、平均年齢が男性 81 歳、女性 83 歳となっている。(2009 年 5 月) 紹介先は他病棟、在宅、施設、他医療機関が多く、退院先は施設、在宅、転院、死亡である。

介護療養病床の入院患者 117 名の要介護度の分布を図表 7 に示す。要介護 5 が 48.7%、要介護 4 が 24.8%、要介護 3 が 20.5%であり、平均の要介護度は 4.2 である。重度な看護・介護が必要となる要介護、4 以上の高齢者が 73.5%いる。現在の問題点としては、介護型療養病床の廃止に伴う転帰先の確保と患者家族への周知と同意である。

図表 7 介護療養病床入院患者の要介護度

介護度	患者数	割合
要介護1	1	0.9%
要介護2	6	5.1%
要介護3	24	20.5%
要介護4	29	24.8%
要介護5	57	48.7%
計	117	100.0%

4. 療養病床転換の問題点と方向性

政府は 2005 年 12 月、療養病床を再編することを突然発表した。その理由として、療養病床の現状が、①療養病床の入院患者のうち、医師の対応がほとんどない人が概ね 5 割いるということ、②日本の平均在院日数は国際的に見て極めて長く、特に療養病床がその重要な要因のひとつであるということ、をあげている⁷⁾。

この方針は、医療の必要性が高い人のみを療養病床で受け入れ、療養病床は医療保険型のものに限定し、医療度の低い人は療養病床ではなく、老人保健施設、または居住系サービスであるケアハウス、有料老人ホームで受け入れることで対応するという方針である。この結果、当時医療型療養病床 25 万床は、15 万床に削減し、介護型療養病床 13 万床は、将来的に廃止するという方針を立て、その期限は 2012 年 3 月と明記された。

しかしながら、介護型療養病床に入院している患者の受け皿が抜本的に不足し、入院患者が住みなれた地域をやむなく離れたり、自宅に引き取った家族が介護に悲鳴を上げるケースが生まれ、「患者追い出しを誘導し、行き場のない医療難民を大量に生む」という批判を招いた¹⁸⁾。これらを受けて、厚生労働省は 2008 年 4 月に医療型療養病床のうち、回復期リハビリ病棟 (2 万床) は削減対象から外したうえで、都道府県を通じて必要とする療養病床数を実情調査したところ、当初計画を上回る約 22 万床に達した。この数に削減対象から外したリハビリ病棟は今後少なくとも 1.5 倍の 3 万床程度必要になると予測され、需要数を合わせると医療型療養病床の現状と同数の 25 万床必要となり、2005 年の療養病床削減計画が大きく見直された¹⁸⁾¹⁹⁾。

因みに、2008 年 4 月時点で、病院は 8801 施設あり、約 161 万床のベッド数がある。この内、一般病床は約 91 万床、療養病床が 34 万床となっており、このうち 24 万床が医療型療養病床といわれているので、2008 年時点で約 10 万床の介護型療養病床をどのように転換すべきかが大きな問題点となっている¹⁸⁾。また有床診療所はこの時点で約 15 万床のベッドを持ち、このうち、1.8 万床が療養病床 (医療型か介護型かは不明であるが) である。しかし、有床診療所については、そのタイプにかかわらず、医療型療養病床の診療報酬は病院に比べ、かなり低く、転換を迫られている。

従って、現在およそ 10 万床以上ある病院の介護型療養病床の廃止についての方針は変わらず、2012 年 3 月という期限はそのままである。介護型療養病床を持つ病院、有床診療所は、これから転換をいかにするかが大きな問題点となっている。加治木温泉病院においては、現在の 117 床の介護型療養病床については、いつ、何に転換していくかが大きな課題となっている。

(1) 一般病床、医療型療養病床に転換する場合

介護型療養病床をもちながら、医療型療養病床を中心とする病院は、医療区分 2, 3 の医療度の高い患者が多く、そのた

め、充実した看護スタッフ、高い看護技術を活かして、地域高齢者から信頼される高齢者医療技術に特化する戦略が有効である。その際、介護型療養病床を医療型療養病床に転換することで、医療機関はベッドを失わずにすむので、一番良い事業転換モデルといえる。

また、今後 20 年間で医療リスクの高い 75 歳以上の後期高齢者は、多くの地域で、1.5～2 倍に急増していくので、在宅患者の急性増悪、緩和ケア、ターミナルケア、特殊疾患などに対応できる医療レベル、高い看護技術をもつ医療型療養病床についての需要は減少することはないと想定される。

さらに、急性期病院の地域支援病院として、高齢者に特化した一般病床への転換も考えられる。一般病床に転換する場合は、医師、看護師の確保、人員体制、地域の急性期病院との連携の方法、またどういった医療に特化していけばいいのかというゴールを明確にする必要がある。

(2) 介護療養型老人保健施設に転換する場合

廃止される介護型療養病床の受け皿として、新型老健と呼ばれる「介護療養型老人保健施設」が創設された。新型老健は従来の老健施設よりも医療必要度が高い入所者を受け入れる施設として位置づけられており、新型老健に転換できるのは、療養病床に限定される。しかしながら、現在まで転換が進まなかったのは、09 介護報酬改定前は介護型療養病床から介護療養型老人保健施設に移行した場合、報酬が 2 割近く減収となることが理由である。しかし、09 年改定で図表 8 に示すように、基本報酬は 1 日 32～118 単位引き上げられた。但し、リハビリマネジメント加算と管理栄養士加算の合計 37 単位が基本報酬に包括されたので、実質は要介護 1,2 では 5 単位のマイナス改定となった。一方、要介護 3 以上の入所者については基本報酬が引き上げられ、従来型個室、多床室では、1 日 36～81 単位の引き上げとなった。療養病床の入院患者はほとんどが要介護 3 以上であるので、この結果全体として増収になる。このため、今回の引き上げにより、転換時の減収幅が 1 割程度に縮小するものとみられ、療養病床の転換先として検討しやすくなっている。しかし、今回の改定ではアップしたけれども、将来、減額されていくリスクが残ることは否定できない。

また、今改定で、入所者の割合に関する施設要件が一部緩和された。これまで、「過去 1 年間の新規入所者のうち、医療機関からの入所者と家庭からの入所者の割合の差が 35%」とされていたが、紹介元になる医療機関が周辺にない場合など、この要件を満たすのが難しいため、特例が設けられた。すなわち、「周辺 4k m 以内に医療機関がないか、転換後の定員が 19 人以下の場合には、この要件の適用外になる」ことになった。これら今回の改定を踏まえ、さらに 2012 年の改定を予測し、介護療養型老人保健施設への転換について比較検討していくことになる。

一方、医療機関のリハビリテーションの期間を限定し、長期的なリハビリテーションは、介護保険でカバーされる老人保健施設、通所リハビリテーション、在宅サービスヘシフトしている方針は見えてきた。これらの区別を踏まえた上でも、急性期病院の次のステップである回復期リハビリテーション、老人保健施設、デイケア等のリハビリテーションに特化した総合的な戦略は有効である。

図表 8 介護療養型老人保健施設の介護報酬の改定

		改定前	改定後	増減	実質増減
従来型個室	要介護 1	703単位	735単位	32単位	-5単位
	要介護 2	786単位	818単位	32単位	-5単位
	要介護 3	860単位	933単位	73単位	36単位
	要介護 4	914単位	1009単位	95単位	58単位
	要介護 5	967単位	1085単位	118単位	81単位
多床室	要介護 1	782単位	814単位	32単位	-5単位
	要介護 2	865単位	897単位	32単位	-5単位
	要介護 3	939単位	1012単位	73単位	36単位
	要介護 4	993単位	1088単位	95単位	58単位
	要介護 5	1046単位	1164単位	118単位	81単位

(3) 居住系サービス、特定施設に転換する場合

高齢者の医療機関から居住系サービス施設を含む在宅療養への患者の誘導は、国の政策であり、特にターミナルケア期、看取りを病院から在宅へシフトしようとしている。この流れは、今後の主流であるので、在宅医療への展開は急性期病院以外の重要な戦略である。療養病床の居住系サービス施設への転換先として、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者賃貸住宅をあげているが、それぞれの機能、特色、制約等について検討する必要がある¹⁹⁾²⁰⁾。

民間の有料老人ホームについて、介護付有料老人ホームは、介護保険の特定施設入居者生活介護（以下は特定施設と略す）という認可をとらなければならないが、現在、多くの地域で総量規制を受け、建設できない状況である。従って病床転換の場合、転換条件の中で、特定施設の許可がおりるかどうかを自治体と協議する必要がある。また、認知症を対象としたグループホームも同様である。なお、特定施設が許可されない場合、療養病床の居住系サービスの転換先として、住宅型有料老人ホームがあり、その仕組みを活用して、特定施設と同じような運営が可能か検討していく必要がある。このことに関しては次項で具体的に説明する²¹⁾。

5. 加治木温泉病院の将来構想

日本の高齢者ケアは1973年の老人医療無料化以降に起こった医療の福祉化によって歪んでしまっている問題がある²²⁾。すなわち、日本の高齢者の施設では、医療に重点が置かれたために、高齢者のQOLが必ずしも重要視されないケアが行われてきた。一方、高齢者の急速な増加に伴い、医療や介護の必要な高齢者も増加しており、医療の福祉化を適切に是正していくことは緊急の課題である。これらを10年程度で、是正する設計が必要であるが、介護型療養病床の全廃まであと約3年しかない。そのため、2012年の介護型療養病床全廃の国の方針を受け、加治木温泉病院の病棟再編について医療提供体制の将来構想（マスタープラン）を策定し、対応していく必要がある。

(1) 医療法人玉昌会と加治木温泉病院の経営理念

医療法人玉昌会の経営理念は「いつまでも健やかに・・・私たちの願いです。」である。これを受けて加治木温泉病院は、「法人の行動指針である、“低賞感微”に沿った医療・介護サービスを提供します」という理念の下、地域の医療、介護の担い手として大きな役割を果たしている。なお、法人の行動指針「低賞感微」とは、次のような姿勢である。

低：すべてに謙虚な気持ちで接する

賞：お互いを思いやり敬意を払う

感：すべてに感謝する

微：微笑を添えて態度で示す

(2) 経営目標（ビジョン）

医療、介護が必要な高齢者、特に後期高齢者が急増する一方で、国の財源は有限であり、限られた医療資源を有効に活用していく必要がある。そのため、厚生労働省の医療・介護制度の抜本改革の方向性として、急性期・回復期・慢性期・在宅医療という医療の切れ目のない流れで疾病を管理し、医療と介護を峻別し、連携していく方針は変わらない。これらを踏まえれば、今後の医療・介護の潮流として、①施設から在宅へ、②公的財源から私的財源へ、③医療から予防・リハビリへの三つが想定される。

加治木温泉病院では、今後の医療行政の方向性であるこれらの方向性を踏まえて、現在の病床構成の再編案として、次の将来構想を考えている。

- ① 始良地区・鹿児島市の急性期病院の後方支援病院および在宅・施設入所者の急性増悪時の受け入れ先として亜急性期から慢性期の医療（一般病床、回復期リハ病床、医療型療養病床）を担い、さらに在宅部門を充実させシームレスな継続した医療・介護の在宅支援を目指す。
- ② 一般病床は医師数や看護師数の施設規準や急性期患者の需要を鑑み、最適な病床数として60床の体制を目指す。
- ③ 医療型療養病床は高齢者の慢性期医療を担っているが、この需要は減少するとは考えられず、介護型療養病床は可能な限り医療型療養病床への転換を目指していく。

- ④ 医療ニーズが相対的に低い高齢者に関しては、高齢者住宅と在宅医療、在宅介護サービスの連携により対応していくことにする。

(3) 到達目標（ゴール）

介護型療養病床の入院患者の受け皿として、高齢者住宅を検討する。介護型療養病床の入院患者は、要介護4以上が73.5%、要介護3以上が94.0%いる。これら的高齢者を対応する高齢者住宅としては、高齢者一人ひとりの様々なニーズに対応できる住宅型有料老人ホームを建設する。住宅型では、軽度な要介護高齢者から、重度な要介護高齢者まで外部の在宅介護、医療サービスを利用し、自立支援を行う。さらに、地域の高齢者が自宅で安心して生活できるように、在宅介護、在宅医療サービスを地域にも提供できる仕組みを構築する総合的な高齢者医療・介護施設「しあわせの杜」を実現する。詳細については、次章で説明する。

【しあわせの杜・高齢者健康コミュニティCCRC構想】

1. 事業構想の背景

加治木温泉病院が主な診療圏とする始良、霧島地区においても、今後も高齢化が加速する。図表9に加治木温泉病院が主な診療圏とする加治木町の人口、高齢者人口のデータを示す。加治木町では、2008年時点で人口22,544人、高齢者が5,998人（高齢化率27%）である。この内、要介護認定者は1,252人おり、高齢者の21%が要介護認定を受けている。

加治木町では、図表に示すように要介護認定を受ける前期高齢者は4%にすぎない。一方、75歳以上の後期高齢者は、介護認定を受ける割合は34%と8倍以上になる。さらに、75歳～79歳までが14%、80歳以上が45%と80歳以上高齢者が介護認定を受ける割合が急に高まることがわかる。

従って、新しい高齢者医療・ケアシステムを開発していくにあたっては、対象としては、何らかの支援を必要とすることが多い80歳以上であると考えて設計する必要がある、そのためには80歳以上の高齢者の特性をよく把握することが重要なポイントである。従って、団塊の世代が80歳以上になる2030年、加治木町の人口は、22,544人から19,203人へ3,341人減少するが、80歳以上高齢者は、2,146人から3,335人へ1.55倍になる。参考のために三町合併する始良町、蒲生町、近隣の霧島市、鹿児島市、及び鹿児島県の2008年から2030年の人口構造の変化、要介護者の変化を図表10に示す。このように人口減少と急激な高齢化で、支援を必要とする高齢者が1.4～1.7倍に増加していく中で、現在の医療・介護制度を維持することは難しく、新しい高齢者医療介護支援システムが必要となってきた。

図表9 加治木町の人口構造の変化、要介護者の状況

	高齢者	前期 65～74	後期 75以上	75～79	80以上
A. 全人口	5,998	2,610	3,388	1,242	2,146
B. 要支援・要介護	1,252	117	1,135	174	961
B/A	21%	4%	34%	14%	45%

	総数	65～		65～74		75～79		80～	
2008	22,544	5,998	27%	2,610	12%	1,242	6%	2,146	10%
2015	21,753	6,841	31%	3,148	14%	1,138	5%	2,555	12%
2025	20,155	7,611	38%	3,107	15%	1,611	8%	2,893	14%
2030	19,203	7,476	39%	2,602	14%	1,539	8%	3,335	17%

図表 10 人口構造の変化

	人口				高齢者数(65歳以上)				高齢化率	
	2008	2030	増減	増減率	2008	2030	増減	増減率	2008	2030
鹿児島県	1,719,832	1,459,991	-259,841	85%	447,333	511,726	64,393	114%	26%	35%
鹿児島市	604,619	553,838	-50,781	92%	122,806	170,724	47,918	139%	20%	31%
加治木町	22,544	19,203	-3,341	85%	5,998	7,476	1,478	125%	27%	39%
始良町	45,001	44,572	-429	99%	10,369	14,450	4,081	139%	23%	32%
蒲生町	6,987	5,947	-1,040	85%	2,463	2,302	-161	93%	35%	39%
霧島市	127,450	117,001	-10,449	92%	28,175	35,392	7,217	126%	22%	30%

	80歳以上				介護認定者			
	2008	2030	増減	増減率	2008	2030	増減	増加率
鹿児島県	142,258	202,627	60,369	142%	87,000	122,610	35,610	141%
鹿児島市	35,069	65,377	30,308	186%	22,237	38,152	15,915	172%
加治木町	2,146	3,335	1,189	155%	1,285	1,893	608	147%
始良町	3,076	5,445	2,369	177%	1,867	3,154	1,287	169%
蒲生町	941	873	-68	93%	538	518	-20	96%
霧島市	8,847	12,902	4,055	146%	5,455	7,697	2,242	141%

今後、80歳以上の高齢者が増加し、病気や障がいをもった場合、その生活の支援のすべてを医療や介護で担うのは効率的でなく、高齢者の生活の質を向上させることは困難である。欧米では、高齢者の自立支援と尊厳を基本に、自由な選択による“高齢者住宅”が整備されてきた。すなわち、高齢者住宅を核として、医療施設、介護施設、在宅医療、在宅介護サービスが連携をとり、地域の高齢者のニーズを満足してきた。その代表的なものが米国の高齢者健康コミュニティ CCRC (Continuing Care Retirement Community) である²³⁾²⁴⁾。

CCRC とは、継続したヘルスケア（医療、予防、介護）を提供するという福祉哲学に基づいて、住宅と医療と介護に、アメニティサービスを総合的におこない、高齢者の新しいライフスタイルを提供するものである。CCRC は、高齢者の自立と健康ニーズに対応することにより、人生の最終ステージをいきいきと、豊かに過ごすことにより、医療コスト、介護コストを最適化するモデルとして実績をあげている。このモデルを介護型療養病床の事業転換に活用していく意義は大きいと思われる。

継続したヘルスケアサービスを必要性に応じて段階的に提供するために、高齢者健康ケアコミュニティは次の三種類の高齢者住宅を有している。

■健康型高齢者住宅（インディペンデントリビング）

インディペンデントはアパート形式が主流であり、サイズもワンルーム、1ベッドルーム、2ベッドルームなどがある。住民が可能な限り自由と尊厳を保ちながら、自立して生活することができるように、高齢者のための設計が細部にわたり行われている。緊急時のために、非常応答システムも設備されている。

■支援型高齢者住宅（アシステッドリビング）

アシステッドでは、他人の手助けが必要となった居住者に、入浴・衣服の着替え・投薬のサービス・その他日常生活に必要なサービスが提供される。ここは、自立を最大限支援し、生活サービスの他に、一部介護サービスが受けられる住居で、インディペンデントと異なった場所に設置されている。

■介護型高齢者住宅（ナーシングホーム）

ナーシングホームとは24時間体制を必要とする短期、および長期の看護・医療サービスを提供する施設で、インディペンデント、アシステッドと異なった場所に設置されている。なお、アシステッドからナーシングホームに移る場合には医師、スタッフ、家族などが慎重に検討する。

CCRCで行われる医療とリハビリテーションは、伝統的な急性期医療とその医療哲学、ゴールにおいて、著しく異なる。ある医師の定義によれば、「高齢者医療は、高齢患者の自立と加齢と疾病の関係が許す限りのベストなQOLを支援することである」と述べている。

CCRCの入居対象者は、元気であるが平均年齢は約80歳であり、そのほとんどが、何らかの医療的な問題をかかえており、自立した生活を維持するためには、医療、特に予防医療のバックアップが不可欠である。このため、CCRCでは医療ケアが医師、専門セラピスト、専門看護師、精神ケアセラピストが連携して提供される。これらの専門家集団は、高齢者ケアに専念しており、入居者は居住空間でプライバシーが尊重され、迅速なケアを受けられる。急病になっても、すぐにスタッフが支援するために、早期発見、早期治療につながっており、入院期間も短くてすんでいる。CCRC内で、脳梗塞、心筋梗塞等で外部の急性期病院に入院した場合、できるだけ短い日数で自宅、住み慣れたコミュニティに帰ってくる。その際、病気からの回復、QOLを高めるためには、早期のリハビリテーションが必要である。顔なじみのスタッフ、住み慣れたコミュニティでリハビリ活動に取り組むことはその効果が高い。

医療チームの目標は、患者の居室に早く復帰させ継続したケアを行うことである。そして、居室復帰後は担当のセラピストがかかりつけ医とコミュニケーションをとり、入居者の回復の兆候、リハの効果、変化を見守る。

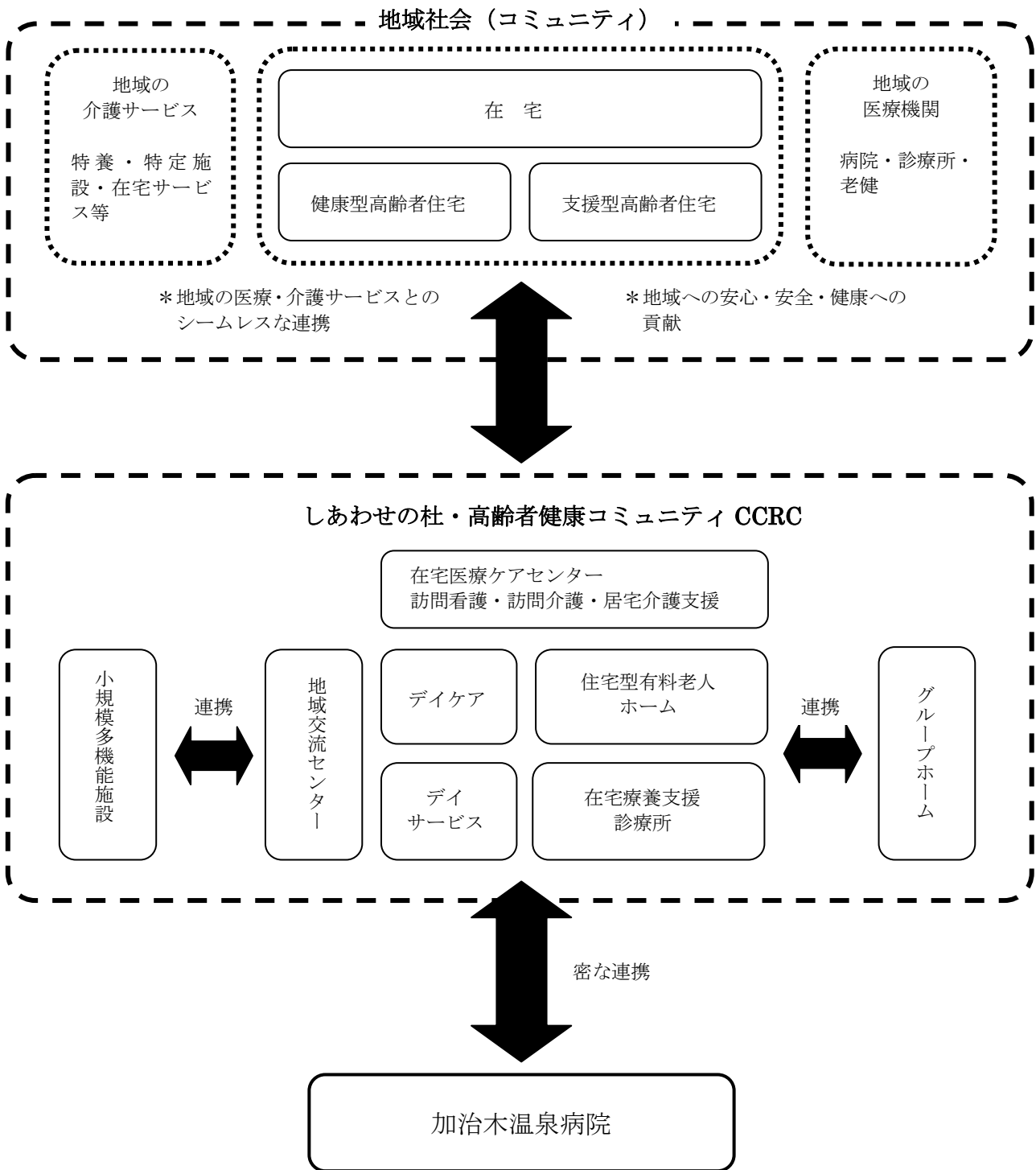
米国東部に位置するCCRCでは、医療を中心としたヘルスケアの提供がそのコミュニティの特色としており、米国の急性期病院の平均入院日数は6.5日であるのに対して、そのコミュニティでは2.5日と平均より4日少ない。また、平均的な医療費一般的に比べ75%程度で済んでいるというデータもある。介護施設に入所する比率も一般的には4人に1人であるが、このコミュニティでは14人に1人といわれている²³⁾。このように、CCRCでは、高齢者の自立を支援するためには、医療のバックアップ体制が重要な要因である。

2. 新しい高齢者医療ケアシステムの研究

米国のように広大な敷地を持たない日本において、三種類の高齢者住宅（介護型、支援型、健康型）を一箇所の敷地につくることは困難である。このため、三種類の高齢者住宅を順次別々に建設し、それらの住宅と医療機関のサービスと在宅介護サービスをネットワークしていく方法が合理的である。その際、24時間の在宅医療、在宅介護サービス体制を構築する必要がある。そのためには、入院機能をもち、24時間体制で対応できる医療機関（病院、有床診療所等）と訪問看護ステーションを中心にネットワークを作り上げていくことが有効である。

加治木温泉病院では病院から約500mの加治木中学校の隣接地に、すでにグループホームを開業し、2009年度中には小規模多機能施設を開業する予定である。さらに、住宅型有料老人ホーム38室（定員40人）をもち、クリニック（在宅療養支援診療所）、通所リハビリテーション、通所介護、地域交流センター、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、および地域交流センターをもった複合施設を計画中であり、来年4月オープン予定である。しあわせの杜が、完全に機能すれば、加治木温泉病院を中心として地域の医療機関、介護施設とも連携することによって、医療、介護のシームレスな24時間体制の充実した在宅医療・介護支援拠点ができることになる。そして、加治木町全体を取り込んだ、日本流の高齢者健康コミュニティCCRCが創造でき、加治木町をはじめ近隣の高齢者に在宅で安心して生活できる高齢者医療ケア支援システムを実現することができるものとする。（図表11）

図表 11 加治木・しあわせの杜 高齢者コミュニティ・CCRC モデル



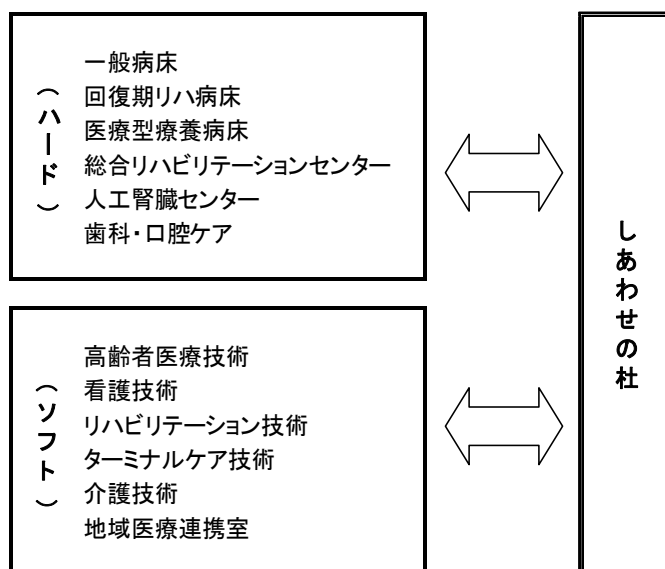
高齢者にふさわしい医療ケアシステムを作り上げるには、高齢者の特性を認識する必要がある。すなわち、高齢者は通常複数の疾患を持つ可能性が高く、ADLが低下し、廃用症候群や要介護状態になる可能性が高く、完全な治癒が期待できない状況の中で、残された能力を最大限活用し、障がいを持ったままでQOLの高いサービスを維持するためには、医療と看護ケア、介護ケアのすべてが必要となり、複数の専門家チームによるチーム医療ケアを提供する必要がある。これら

を踏まえて、しあわせの杜では、24時間体制の在宅看護、介護機能を持ち、病院の24時間体制の医療部門と連携をとり、しあわせの杜の入居者および、周辺地域の高齢者の自宅での生活を支援していく。

特に、自立を支援するために必要な急性期後のリハビリテーションについては、加治木温泉病院の総合リハビリテーションと通所リハビリ、訪問リハビリのスタッフがカンファレンスにより、患者情報を共有し、可能な限り有料老人ホームで生活できるように支援する。病院の医師、看護師、セラピストはしあわせの杜の診療所の医師、看護スタッフと医療情報を共有し、継続した在宅医療サービスを提供する。しあわせの杜で急性増悪等の病状が悪化した場合は、加治木温泉病院で即座に対応していく。

一方、医療機関からの流れとしては、一般病床を退院した患者は回復期リハ病床で集中的なりハビリを行い、しあわせの杜の居住系サービス（住宅型有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能ホーム）のいずれかの場所で、在宅医療・在宅介護サービスを利用し、自立した生活ができるように支援できる。嚥下、口腔ケアは、病院の歯科部門は訪問歯科診療により、しあわせの杜の入居者に可能な限り自分で食べられるように支援できる。このように加治木温泉病院のハード、ソフトを密に連携し、しあわせの杜を支援していくことになる。（図表 12）

図表 12



3. 経営の14のプロセス

しあわせの杜構想のそれぞれ事業を成功させていくには、一貫した経営方針をとる必要がある。特に大きな課題は、住宅型有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能施設との在宅医療・ケアサービスの連携による相乗効果である。そのためには、これらの施設で利用者の視点に立った顧客満足度の高いサービスを提供していくと共に、運営効率を上げ、生産性を高めていく必要がある。

経営幹部と従業員が経営の方針を共有するためには、経営方針、行動方針を明文化していくプロセスは重要である。経営理念から社員の行動まで一貫したマネジメント手法の一つとして、評価をうけている「経営の14のプロセス」をしあわせの杜構想の中で検討した²⁵⁾。

14の経営プロセスには、1) 経営理念の創造、2) 経営目標の設定、3) 到達目標の設定、4) 戦略の立案、5) 行動方針の構築、6) 基準の設定、7) 手順の作成、8) 組織計画の立案、9) 人材の配置、10) 事業計画・業務計画の作成、11) 施設設備の用意、12) 資金調達、13) 社員への情報の提供、14) 社員の行動の徹底、があり、これらをベースにしあわせの杜のための14の経営プロセスを図表13のように具体的に作成した。

図表 13 経営の 14 のプロセス

	14 のプロセス	内 容
1	経営理念の創造	<p>「いつまでも健やかに・私たちの願いです。」 「貴方らしく暮らすために・私たちは地域に貢献します。」</p>
2	経営目標の設定	<p>私たち医療法人玉昌会は、 1、地域の医療・介護及び福祉のシームレスな連携を構築します。 2、地域の皆様の安心・安全・健康に貢献します。 3、「生き活き」暮らす環境を提供します。</p>
3	到達目標の設定	<p>1、鹿児島地区 (1)ハートフルケア 西伊敷 月延べ件数 210 (2)ハートフルケア 常盤 月延べ件数 270 (3)ハートフルケア 堀江 月延べ件数 210 2、始良地区 (1)加治木町 しあわせの杜 ①グループホーム木もれ日：平成 21 年 4 月開業 ・開業月 5 名入居 ・2 か月 9 名入居 ②小規模多機能：平成 22 年 3 月開業予定 ・開業月 登録 15 名 ・2 か月 // 20 名 ・3 か月 // 25 名 ③有料老人ホーム：平成 22 年 4 月開業 ・開業月 30%入居 ・2 か月 60%入居 ・3 か月 90%以上入居 (2)横川町 ①ハートフルケア 横川 月延べ件数 180 (3)始良町 ①ハートフルケア 始良 平成 21 年 4 月開業 ・開業月 登録 10 名 ・3 か月 // 20 名 ・6 か月 // 30 名 ②小規模多機能：平成 22 年 3 月開業予定 ・開業月 登録 15 名 ・2 か月 // 20 名 ・3 か月 // 25 名 ※ハートフルケア：認知症通所介護施設</p>
4	戦略の立案	<p>事業ごとの開設スケジュールを作成し、立上げにおける役割分担を明確にし、開設に臨む。 法人内の患者・利用者データ管理を一元化し、対象者の病状や望む転帰先・サービス内容を詳細に把握、どのサービスの利用対象にいつ頃なり得るかを常時把握できるシステムを構築する。</p>

		<p>事業ごとのセールスポイント及び利用対象を明示する。</p> <p>平成 21 年 10 月より営業部門を拡充し、リーフレット・営業手順を作成し順次計画的な営業活動を展開する。</p> <p>新規事業に従事するスタッフへの教育体制を確立し、経営理念・経営目標・行動指針等の周知徹底を図り、スタッフが法人と目標を共有し業務に取り組む環境を構築する。</p> <p>地域内での関係機関との連携システムを構築し、各機関の空床・待機状況をタイムリーに把握し、当法人に求められるニーズへの迅速な対応を実践する。</p> <p>積極的に地域社会への参加、交流の場を作り、地域の一員として共存・共生していく関係を構築する。</p>
5	行動指針の構築、	<p>「低賞感微」のもと すべてに謙虚な気持ちで接する。 お互いを思いやり敬意を払う。 すべてに感謝する。 微笑みを添えて態度で示す。</p>
6	基準の設定	<p>業務基準：経営理念に基づいたサービス基準を作成する。 評価基準：人事考課に基づく課業一覧を作成する。</p>
7	手順の作成	<p>現場レベルで重要な仕事や反復的な作業をどう進めるかについてマニュアルをつくる。 夜間業務基準、夜間巡回基準、入浴介助手順、特浴手順、排泄介助手順など、決まりきった仕事ではあるが、重要な仕事については手順書をつくる。優先順位をつくり、職員で重要なものから整備する。</p>
8	組織計画の立案	<p>組織の設計図をつくる。経営理念の下で戦略、方針に従って行動する時に、職員の力を一つにする役割を果たすのが組織である。 ケアセンター長を中心に事業別の責任者、現場のスタッフ等について、組織図をつくる。</p>
9	人材の配置	<p>意欲的に働く人材を採用・育成。 スペシャリストの採用・育成。 組織内の報告・連絡・相談の徹底。 幹部候補を教育・育成。</p>
10	事業計画・業務計画の作成	<p>経営資源（人、モノ、金、情報）の配分や業務の進め方に関する計画を策定する。事業計画は到達目標を定め戦略の下で行動指針、基準、手順に従って実行する。</p>
11	施設設備の用意	<p>有料老人ホーム及び関連施設：平成 21 年 7 月までに施設整備計画（図面等）を作成し、平成 21 年 9 月より建築工事開始し、平成 22 年 4 月開業を目標とする。 *小規模多機能：平成 21 年度補助金事業、平成 22 年 3 月頃開業を目標とする。</p>
12	資金調達	<p>施設建設や運転資金に必要な資金を手配する。</p>
13	社員への情報の提供	<p>月 1 回、職員への現在の進捗状況の報告会の実施。</p>
14	社員の行動の徹底	<p>開業に向け役割分担を行い、営業活動及び利用者獲得に向けた活動を平成 21 年 10 月より開始する。</p>

【おわりに～計画を推進していく上での課題】

加治木温泉病院が位置する加治木町は22年3月に始良町、蒲生町と合併し、約75,000人の規模の始良市となる。このうち、蒲生町はすでに高齢化率が35%であり、加治木町、始良町とも2030年には高齢化率が39%、32%へ進行する。現在の団塊の世代が80歳になる2030年は財源も限られてくる中で、有限な医療、介護資源を効果的に活用し、高齢者の生活の質（QOL）を高めていく必要がある。そのためには、高齢者の健康、自立ニーズに応じていくと共に、いざという場合の安全の医療ケアシステムを構築していく必要がある。加治木温泉病院が介護型療養病床転換の選択肢として計画している“しあわせの杜・高齢者健康コミュニティ”は、高齢者住宅（住宅型有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能ホーム）を中心に、在宅療養支援診療所、訪問看護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションという在宅医療サービスと、通所介護、訪問介護という在宅介護サービスに、地域のボランティア活動や地域住民との交流スペースである地域交流センターをもつ高齢者のための総合施設である。それぞれの機能を活かし合い、さらに、しあわせの杜の在宅医療・介護サービス部門は、加治木町全体、将来は三町全体の医療機関、介護施設等とも連携し、始良地域の高齢者の自立支援に挑戦していく実験的な計画といえる。この計画が経営の14のプロセスを実行し、当初の目標を達成することにより、始良の高齢者の自立と尊厳を守る新しい高齢者医療ケアシステムになるよう努めたいと考える。

【文献】

- 1) 厚生労働省 「国民衛生の動向」 厚生統計協会 2007年8月
- 2) 総務省・統計局、将来人口推計、2009年5月
- 3) 厚生労働省、平成20年人口動態統計、2009年1月
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所、「日本の将来推計人口」2006
- 5) 財務省、「国債・借入金・政府保証債務残高」、2009年6月
- 6) 財務省、国庫歳入歳出状況、2009年4月
- 7) 厚生労働省、療養病床に関する説明会資料、2006年4月
- 8) 木本書店編集部、世界統計白書2009年版、東京、木本書店、2009
- 9) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課、介護保険認定者数「介護給付費実態調査月報(平成20年10月審査分)」、2008
- 10) Assisted Living Federation America, Overview of the Assisted Living Industry, 2000
- 11) Sunrise Senior Living, Investor Relations Company Presentation, 2006
- 12) 山形県中小企業団中央会、「高齢者が求める製品・サービス」ニーズ調査事業報告書、2003年
- 13) 園田真理子、世界の高齢者住宅、東京、財団法人日本建築センター、1993
- 14) 松岡洋子、「老人ホーム」を超えて・21世紀デンマーク高齢者福祉レポート、京都、かもがわ出版、2001
- 15) 松岡洋子、デンマークの高齢者福祉と地域居住、東京、新評論、2005
- 16) 馬場園明編著、介護予防対応の高齢者の病気と栄養指導・栄養支援ハンドブック、京都、化学同人、2009
- 17) フランコ・ゴージェル、マズローの心理学、東京、産能大学出版部、1995
- 18) 厚生労働省、全国医療費適正化計画、2008
- 19) 厚生労働省、療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置のご説明(平成20年3月版)、2008
- 20) 窪田昌行他、病医院の事業多角化戦略モデルプラン集、東京、総合ユニコム、2007
- 21) 梶原健伯・窪田昌行他、介護療養病床の転換モデルとしての有床診療所における住宅型有料老人ホームの研究～医療法人梶原内科医院～、医療福祉経営マーケティング研究、第3巻第1号 2008:31-43
- 22) 印南一路、「社会的入院」の研究、東京、東洋経済新報社、2009
- 23) 窪田昌行(共著)、健康支援学入門、日本健康支援学会編、京都、北大路書房、2001
- 24) 窪田昌行他、新シニア住宅開発実務資料集、東京、総合ユニコム、2007
- 25) マービン・パウワー、マッキンゼー経営の本質・意思と仕組み、東京、ダイヤモンド社、2004

(2009年5月14日受付, 2009年7月30日受稿)