

地域・在宅での終末期療養環境の 必要条件に関する研究

－福祉・医療圏域および住宅の必要条件の抽出を目的として－

A Study on Requirement for Community and Housing Environments for Terminal Care

Intended to abstract necessary conditions of care provision and housing

人間環境デザイン学科 水村 容子

MIZUMURA Hiroko

人間環境デザイン学科 菅原 麻衣子

SUGAWARA Maiko

人間環境デザイン学科 谷本 裕香子

TANIMOTO Yukako

健康スポーツ学科 杉田 記代子

SUGITA Kiyoko

生活支援学科 本名 靖

HONNA Yasushi

生活支援学科 渡邊 裕美

WATANABE Hiromi

要旨

超高齢社会を迎えた我が国では、終末期を迎えた者の生活の質を確保するという観点、および医療ケア・福祉施設ケアの社会的負担を軽減すべく、在宅で終末期を過ごすという方向に政策方針が展開している。しかしながら、「地域包括ケアシステム」と呼ばれるこのシステムの構築はまだ途上であり、多くの高齢者・終末期患者が居住する場、そして提供される医療・福祉サービスに困るという状況が生じている。本研究は、このような我が国の現状を鑑み、地域・在宅で終末期を迎えるための必要条件をコミュニティ計画・建築計画の観点から抽出することを目的とするものである。諸外国および国内の事例調査を通じて、地域・在宅での終末期療養環境の必要条件の構成要素を抽出し、その上で、現在の日本の法制度上の課題を明らかにすることを目的としている。

キーワード：終末期療養環境、地域包括ケア、医療圏域、居住支援協議会

1. 研究の背景と目的

1-1. 研究の背景

現在、我が国では、全死亡者のおよそ8割の人々が病院で終末を迎えている。1950年代初頭には8割の人々が在宅で死を迎えていたのに対し、1970年代中盤を契機として、病院死と在宅死の割合が逆転し現在に至っている。しかしながら、近年、社会的な医療負担増大の軽減を図るため、さらには、各医療機関が診療報酬に基づく各院の利潤が期待できないなどの理由から、病院での終末期の患者受け入れが滞り、終末期の生活に場に困難をきたす事例が増加している。

1-2. 研究の目的

本研究は、上記のような我が国の現状を鑑み、地域・在宅で終末期を迎えるための必要条件をコミュニティ計画・建築計画の観点から抽出することを目的とするものである。具体的には、

目的①：終末期の在宅療養を実現するための、適切な医療圏域、福祉サービス圏域の規模を抽出・検討を行うこと。

目的②：終末期の在宅療養を実現させる住宅計画の必要条件を抽出・検討を行うこと。

の2点を研究目的として設定するものである。**目的①**は、終末期の在宅生活の成立を図ると言う観点から、都市計画における近隣住区計画（コミュニティ計画）の検討に加えて、自治体の保健医療福祉計画における医療圏、さらには、近年地域包括支援センターによって所管されている、介護サービス圏域をもあわせて検討するものである。また**目的②**は、高齢者の家庭内事故予防や自立生活実現の観点から必要性が認識されている住宅のバリアフリー化の視点に、さらなる社会的な要請（＝終末期への対応）を加え、今後の超高齢社会に備えうる社会基盤として住宅を整備するための必要条件の抽出を目指すものである。これらの視点に基づく既往研究は存在せず、本研究は学術的には独自性の高い研究として位置づけられる。

1-3. 研究の方法

本研究は以下の通りに構成される。

研究①：我が国の医療圏域、終末期医療に関する法制度の現状把握に関する研究（研究方法：文献調査）。

研究②：病院死の割合が低い諸外国の終末期医療・終末期療養環境の実態把握に関する研究（研究方法：オランダ・スウェーデン・シンガポールにおけるインタビュー・文献収集に基づく事例調査）。

研究③：我が国における様々な取り組み実態・事例把握を行う研究（研究方法：終末までの居住継続に関する取り組みを実施している自治体・社会福祉法人・医療法人などへのインタビュー調査）。

最終的には上記**研究①**～**研究③**を総括し、地域・在宅での終末期療養環境の必要条件の構成要素を抽出し、その上で、現在の日本の法制度における課題を明らかにする。

2. 諸外国の終末期療養環境の整備状況の実態

2-1. オランダ・アルメール市の事例

本調査は、ライデン大学附属ライデンアカデミーのWaal氏（2014年3月）、アルメール市高齢福祉課シニアアドバイザーGroot氏（2014年3月、2015年3月）へのインタビューおよびDe Toonladder（2014年3月、2015年3月）への見学・インタビュー調査によって構成されるものである。

(1) オランダの介護・医療・住宅に関する制度

オランダでは、従来介護保険関連法としては、健康保険法（Health Insurance Act, 略称ZVW）、付加医療費法（Exemptional Medical Expenses Act, 略称AWBZ）、社会サポート法（Social Support Act, 略称WMO）が位置付けられており、介護に関わる公的費用は医療費から拠出されてきた。しかし、制度改革が進行しており、2014年の調査時において、在宅介護に関する費用はAWBZを根拠としていたが、その後ZVWへ移行する方向性が打ち出されていた。医療と介護の境界が極めて曖昧であり、ケアワーカーも看護師としての位置付けがなされている。また、医療面における地域包括ケアは家庭が担う仕組みとなっており、多診療領域に及ぶ高度な専門性を有する必要があると同時に、国民はすべての家庭医に登録するという制度設計が為されている。こうした背景をもとに、病院死が35%に留まり多くの者が在宅において最後を迎えている。その要因として、在宅での介護・医療が浸透していることが挙げられる。

また、この国の住宅ストックであるが、所有形態ごとの割合は、持ち家54%、民間賃貸住宅11%、社会賃貸住宅35%となっている（2001年統計より）。社会賃貸住宅とは、建設と管理が自治体住宅会社と非営利の住宅協会が担っている公共性の高い住宅である。現在の住宅政策は2000年に当時の住宅省副大臣 J・レンケムが発表した文書「人々は何を求め、どこに住むのか：21世紀の住宅」の影響が大きいと思われるが、角橋の文献によると、本研究課題に関連する視点として以下の点が言及されている。

- ① 低所得者グループの住居費の低減
- ② 社会的に脆弱なホームレスや緊急避難所を求める人びとのための宿泊所の増設
- ③ 住まいと高齢者・心身障害者向けケアの連携強化と、それらの人たちへの居住サービス幅の拡大
こうした内容から、経済的格差および心身機能低下への対応を重視した住宅供給の方向性が打ち出されていると考えられる。

(2) アルメール市の介護・医療供給モデル

アルメール市は1976年に干拓が始められたアムステルダム近郊の自治体であり、現在の人口は約20万人程度、移民も含めた新しい住民によって構成される街である。市内には大学・病院、ITや医療産業の企業が誘致されており人口は増加傾向、2025年には国内第5位の30万人都市となることが見込まれている。計画的な都市設計がなされ、図1に示した通りそれに調和を取る形で医療・福祉拠点も整備されている。



図1 アルメール市における介護・医療拠点の配置

(3) 高齢者コミュニティDe Toonladderの事例

上述した医療・福祉拠点を運営するのは、市との連携により住民の医療・福祉サービスを提供するNPO法人ゾーゲローペ (Zorggroep) である。この法人はアルメール市内において、プライマリーケアセンター19箇所、高齢者住宅4箇所、高齢者に重点的な介護を提供する介護住宅1箇所、プライマリーケアセンターと介護住宅の複合施設4箇所、市内のフレーヴォ (Flevo) 病院の虚弱高齢者ケア部門、時間外の在宅訪問サービス・救急サービス供給拠点、フレーヴォ病院内の高齢者向け処方部門などを有し、医療と介護の切れ目なく、必要な高齢者に多様なサービスを提供している。市ではアルメールモデルと名付けられた介護・医療供給モデルを計画しており、人口4万人を単位として在宅ケアや地域福祉施策を展開している。ゾーゲローペの諸施設もその一端を担うものである。

では、実際に高齢者に提供されている住環境状況をここで紹介する。NPO法人ゾーゲローペが運営する高齢者住宅兼コミュニティ・デ・トーンラダー (De Toonladder) の事例である。1993年に設立された、オランダにおいて高齢者の多様なケアステージに応じてつくられた初めての高齢者住宅兼コミュニティであり、様々なタイプの住戸が154戸用意されている。敷地は図2に示した通り、特に囲われることなく、地域コミュニティとの連続の中に存在している。そして住宅は、終末期・重介護者のための介護住宅、認知症高齢者を対象としたグループホーム、自立度の高い虚弱・要支援高齢者のための住宅というように、様々な介護ステージに応じる形で、平面・職員配置などを考慮しながら整備されており、居住者は必要に応じてこれらの住宅の中で移居できる仕組みが用意されている。

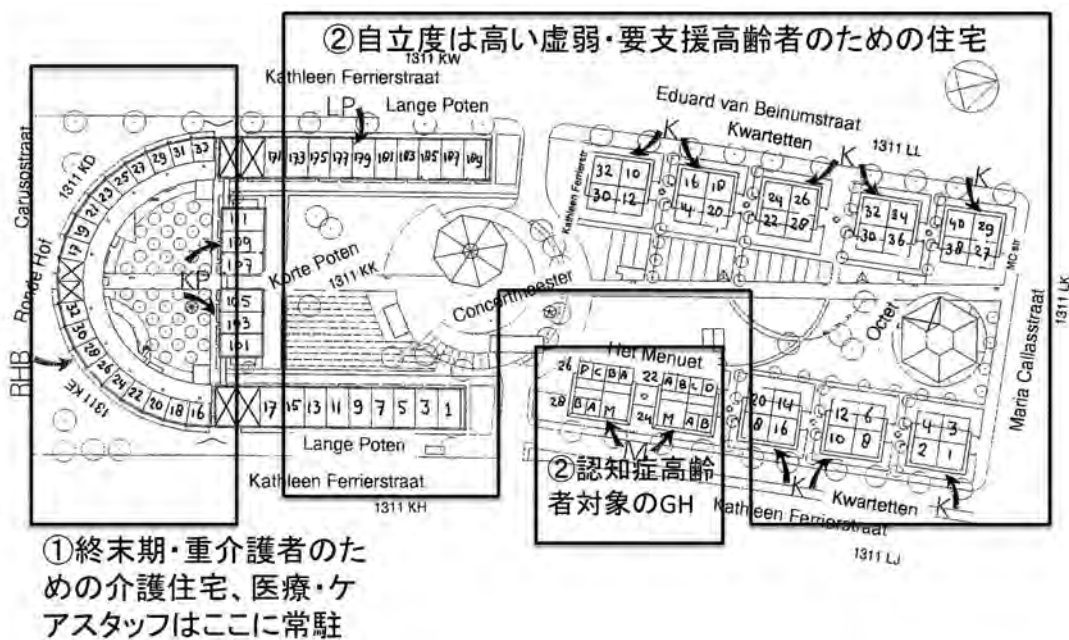


図2 デ・トーンラダー住宅の配置図

2-2. スウェーデン・ストックホルム県の事例

本調査は、2013年および2014年にストックホルム県医療局およびエルシェタ病院の緩和ケア病棟において実施されたインタビュー調査によって構成されるものである。

(1) スtockホルム県における緩和ケアサービス

スウェーデンでは、保健・医療に関するサービスは広域自治体である県 (Lansting) がその責務を担っている。そこで本項では、首都を擁するストックホルム県の緩和ケア (Palliative slutenvård) の制度概要を報じる。緩和ケアとは、生命を脅かす病に直面している患者およびその家族の身体および心に生じる痛みを取り除くなど、病状のコントロールを主目的とした医療サービスである。従って、行政区分上、前述の通り広域自治体はその責務を負う。

実際のサービス供給は、地域ごとに設けられた地域保健医療センター (Vårdcentral) が初期診療を担い、より高度な医療的対応が求められるステージにおいて、地域医療センターの主治医の紹介により、大学や県が設置している高度医療専門病院で治療を受けることになる。近年では医療サービスの民営化が進んでおり、専門医療や高度医療を提供する私立病院の設置も進んでいる。緩和ケア診療科は、こうした高度医療専門病院の中に位置づけられており、入院病棟においてケアを展開するホスピス (Hospice) と、在宅の患者に緩和ケアサービスをデリバリーする高度在宅緩和ケアサービス (略称ASIH、以下ASIHと示す) とが存在する。医療サービスに関する各個人の負担は、税による高負担の再分配の一貫として位置づけられており、2013年度においては、個人が負担する医療費の上限は、いかなる治療・処置を受けても900SEK (1SEK = 15円換算の場合13,500円) と定められており、病棟および在宅において緩和ケアサービスを受診する場合にも適用される。

在宅の患者は必要に応じて、社会サービス法 (Socialtjänstlagen) を根拠とするホームヘルプサービス、および保健・医療サービス法 (Hälsa och sjukvårdslag) にもとづく住環境整備サービスを利

用しながら在宅で終末期を過ごす。ASIHのケアチームは、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士など多職種によって構成されており、別途身辺介助や家事援助サービスを提供するホームヘルパーらと連携を図りながら、終末期の症状のコントロールおよび生活環境の整備に従事する。住環境整備に関しては、作業療法士がその責務を担っており、必要に応じて、福祉用具の導入や住宅改修を計画し、基礎自治体への住環境整備サービス申請および改修工事などの進捗状況の監督などを行う。

(2) 在宅緩和ケアサービス提供医療圏域の実態

次に、在宅への緩和ケア供給の仕組みを解説する。ストックホルム県におけるASIHサービスを提供する医療施設の配置は図3に示した通りである。県内を8つの圏域に分け、それぞれの地域ごとにASIHを提供する医療施設を配置している。ASIHは、医師・看護師・理学療法士・作業療法士、臨床心理士によって構成され、介護サービスを提供するホームヘルパーらと連携をとりながらチーム医療を展開する。巡回の頻度やケアの内容は個々の事例に応じて多岐に渡るものである。住環境整備に関するサービスは作業療法士が担い、患者・家族の意向か療養上の必要性を加味しながら、その内容を計画・立案する。

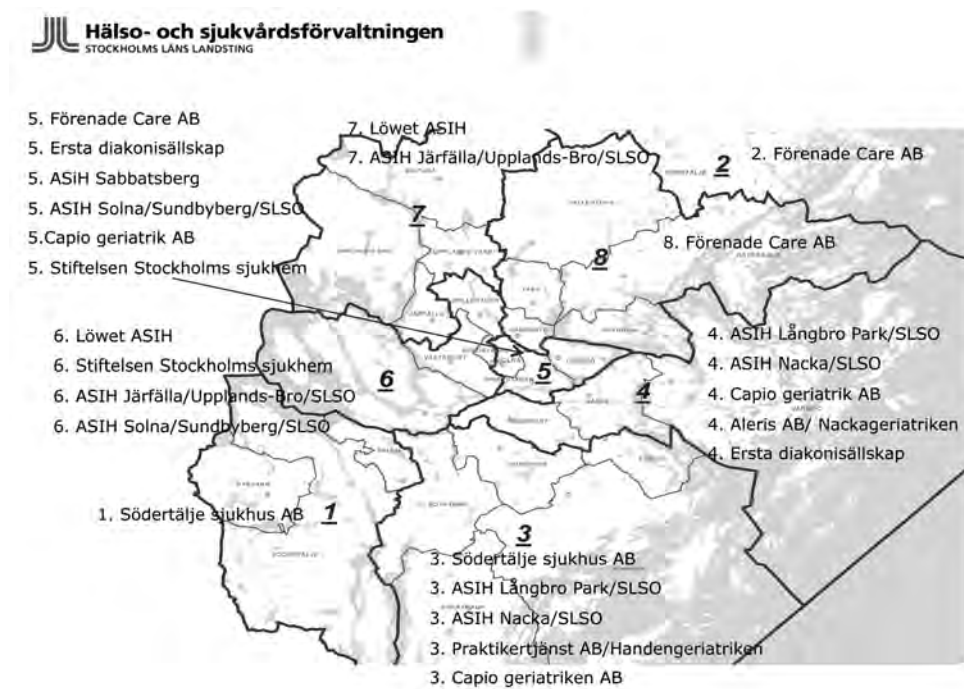


図3 スtockホルムの医療圏

なお、インタビュー実施時、2014年1月15日にストックホルム県より、在宅緩和ケアの利用に関する通達が出された。その概要は以下の通りであった。

- ① 患者に緩和ケアを提供する医療機関の選択権を与えること。
- ② 在宅緩和ケアユニットを持つ病院は、ストックホルム県内全域から患者を受け入れなければならないこと。
- ③ 対象となる患者の症状は、癌末期に加え循環器疾患患者や高齢糖尿病患者など、その範囲を拡大

すること。

この通達であるが、インタビュー回答者によると、患者の選択の権利を保障する以上に、増大する後期高齢者のうち、特に医療的な対応が必要となる重介護者の受け皿を緩和ケアサービスに期待するという意味が大きいようである。しかしながら、現行の職員配置、そしてサービス供給実態から、その対応は困難であろうという見解が示された。

(3) エルシュタ病院における緩和ケアサービス

では実際に、ストックホルム市内において、病棟および在宅緩和ケアサービスを供給している医療機関の実情をここで紹介する。エルシュタ病院は、ストック中心市街地の南側セーデルマルム地区にある1851年に設立された歴史ある私立病院である。手厚い献身的な緩和ケアを提供する病院として知られており、2010年には北欧初の子供と若年者専用のホスピス病棟を開設している。この病院は、ホスピス病棟（図4）およびASIHは同じ病棟に配置されており、インタビューでは、病棟の看護師長、ASIHのコーディネーターおよび作業療法士にサービス内容を伺った。

病棟スタッフは、医師2名、看護師25名、看護研修生24名、ソーシャルワーカー2名、ASIHユニットと兼任の理学療法士1名、作業療法士1.5名（専任と兼任）、司祭によって構成されており、入院患者定員は20名、病室は全室個室で各部屋にシャワーとトイレが設置されている。在院日数は数日から数ヶ月まで多岐にわたるが、平均すると3週間程度である。一方、ASIHのスタッフは、医師4名、看護師20（～24）名、心理カウンセラー、病棟と兼任の理学療法士・作業療法士で構成されている。担当する在宅患者は常時75～80名程度であり、訪問頻度は患者の症状に応じて異なる。ケアチームは車で患者の自宅を訪問する体制をとっている。前述した通り、地域医療センターの主治医を通じて、緩和ケアサービスを利用することになるが、サービスを受ける場所は、本人の希望を尊重しつつ、病状、家族や身内のサポートの状況、住環境の状況に応じて、その都度決定される。在宅で緩和ケアを受けながら不安が強まると入院するケース、自宅で最後の時を迎える者、病院で終末を迎えるケース、本人の意向や様々な状況が勘案されながら、病棟と在宅とで連携した対応が行われる。終末期の住環境整備は、病棟・ASIHの両方を兼任している作業療法士が担当している。実際の改修内容としては、浴室からのバスタブの除去やシャワーの設置、集合住宅の共用玄関および自宅玄関の自動開閉装置の設置、スロープの設置、室内における段差解消や手すりの設置、天井走行リフトの設置など必要な整備が幅広く提供されている。

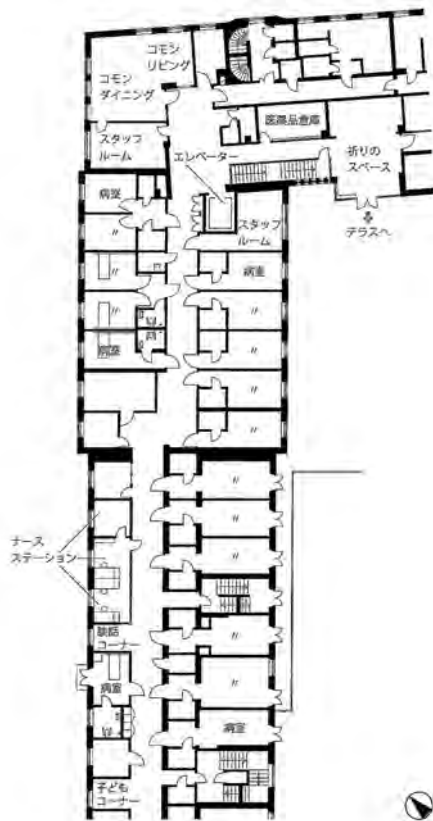


図4 エルシュタ病院平面図

3. 我が国における終末期療養環境の整備状況の実態

本調査は、2014年から2015年にかけて国内各所で実施したインタビュー調査の内容によって構成されるものである。以下では、特にそれぞれの取り組みにおいて特徴的であった点について解説する。

3-1. 福岡県・大牟田市の事例

行政の都市整備部建築住宅課と保健福祉部長寿社会推進課との連携により、地域包括ケアにもとづく市域全体への拠点（小規模多機能と地域交流施設）の整備事業と、居住支援協議会による高齢者への住宅供給の仕組みづくりが一体的に推進されている（図5、図6）。

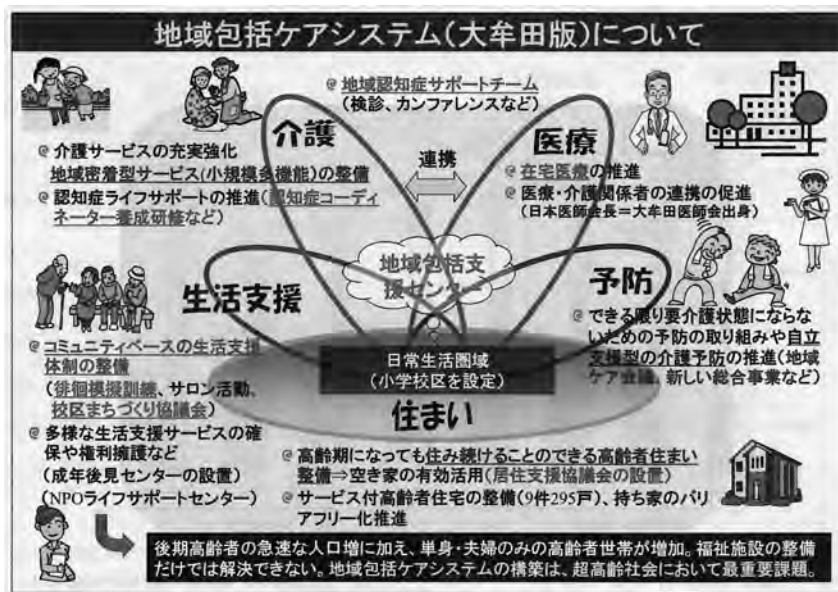


図5 大牟田市の地域包括ケア



図6 介護予防拠点・地域交流施設の整備状況

3-2. 石川県・(社) 佛子園の試み

(社) 佛子園は、石川県内において障害者の居住と就労の場の整備に取り組んできた社会法人である。その事業の延長線上に県内小松市において廃寺を再生し、高齢者・障害者のデイケア・就労施設であると同時に、地域住民にとってコミュニティ施設として機能する「西圓寺」や、国立金沢病院跡地に、障害者の住宅・就労場所に合わせて、地域の大学生向けアパート、サービス付き高齢者住宅、児童施設、商業施設などを併設した「シェア金沢」を設置している（図7、図8）。

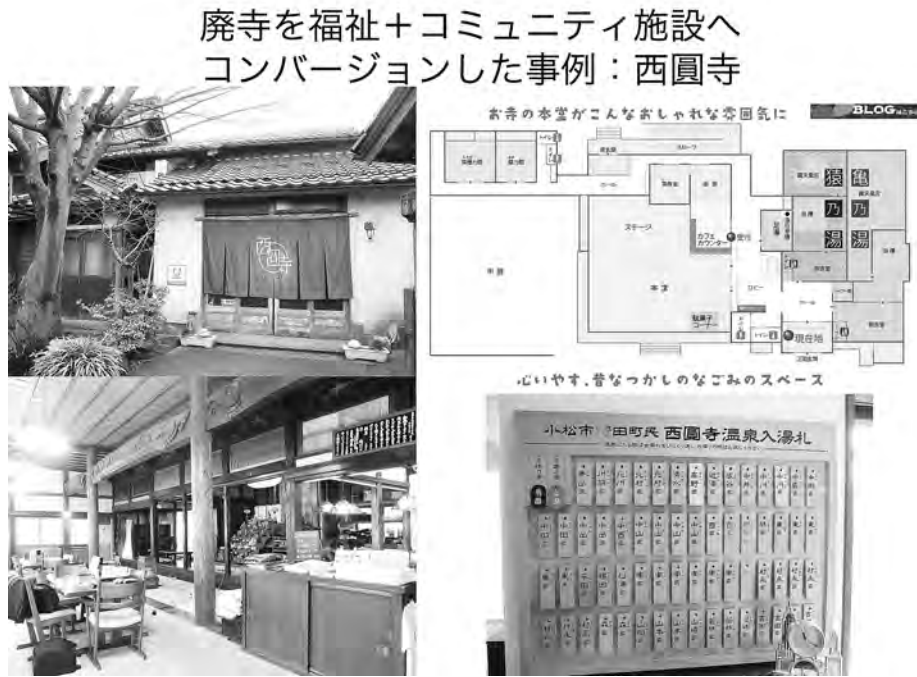


図7 西圓寺の概要

日本版CCRC? (Continuing Care Retirement Community) シェア金沢



障害のある人の住まいと働く場所
サービス付高齢者住宅
学童保育、助産院・子育て支援施設

図8 シェア金沢の概要

3-3. 東京都・新宿区・暮らしの保健室の試み

東京都・新宿区の戸山ハイツにおいて展開されている試みである。同区内の市ヶ谷に設置された「白十字訪問看護ステーション」での訪問看護の実践の中で、気楽に相談できる場所が地域に存在することの必要性を実感して活動が開始された。戸山ハイツでの空き店舗の安価提供および厚生労働省の在宅医療連携拠点モデルに選出されたことで実現した事業である。団地内の終末期高齢者への相談体操、高齢障害者の居住継続への対応、認知症初期の高齢単身居住者への対応など、多様な居住継続・福祉・医療対応への相談にあたっている。近年、同区内に小規模看護多機能施設「坂町ミモザの家」も設置している（図9）。

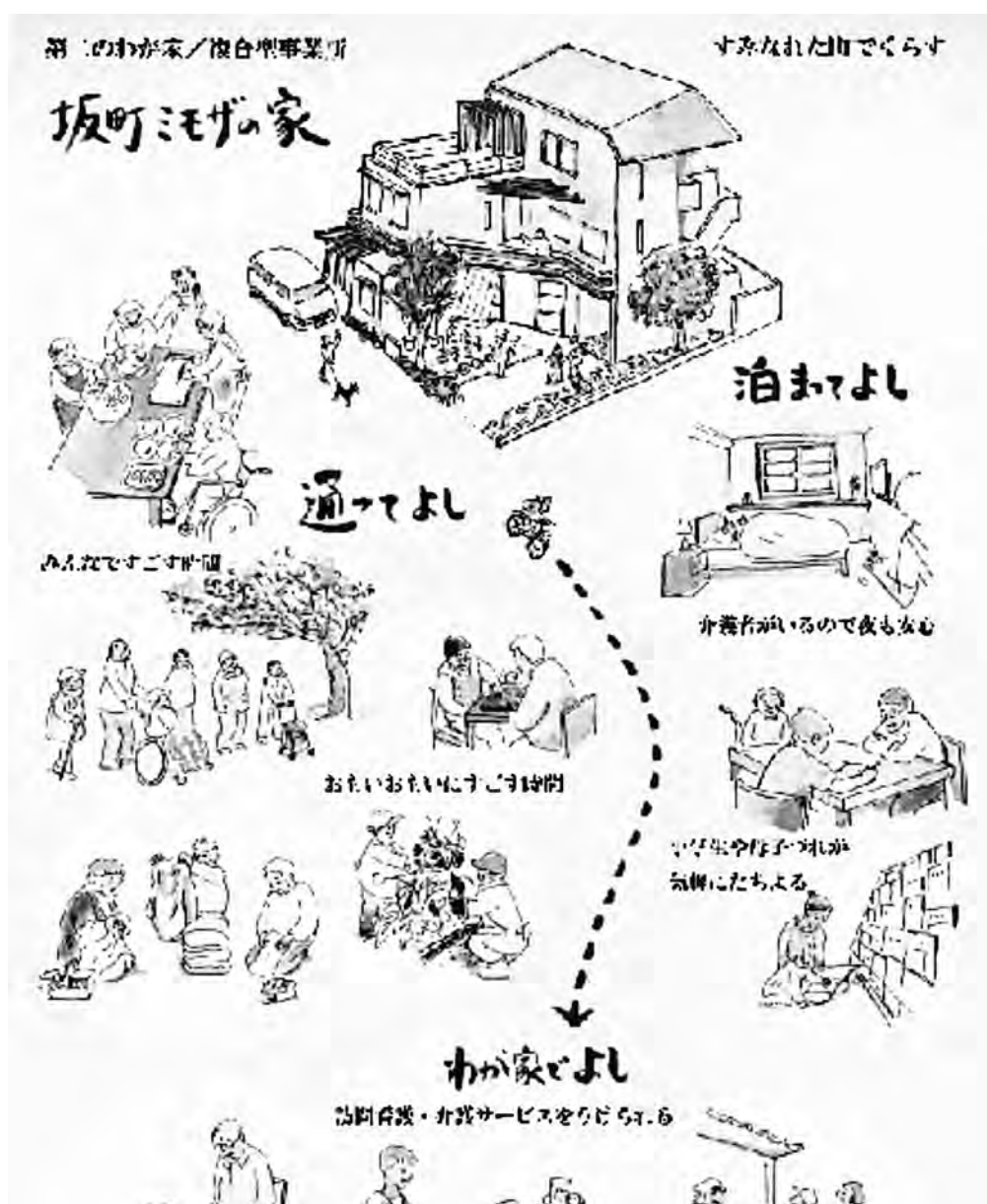


図9 坂町ミモザの家の概念図

3-4. 埼玉県・和光市の事例

同市では、地域包括ケアシステムの推進に先立つ2003年頃から、予防重視のためのケア供給システムを志向し、自立支援のためのケアサービス提供を推進してきた。そのような活動の中で、コミュニティケア会議によるケア調整を重視してきており、様々なサービスのコーディネートを目指し、多職種が集まる会議体を市役所が体系的に組織運営してきた。この試みは、2012年度より、地域包括ケアシステムの中核を担う仕組みとして、「地域ケア会議」として全国での実施が法定化された。そのような体制整備のもと、和光市では。サービス提供基盤の整備は、日常生活圏域ニーズ調査による量的課題把握を各行政計画で実施するとともに、コミュニティケア会議で集積された質的な課題の両面から検討する仕組みが創設されている（図10）。

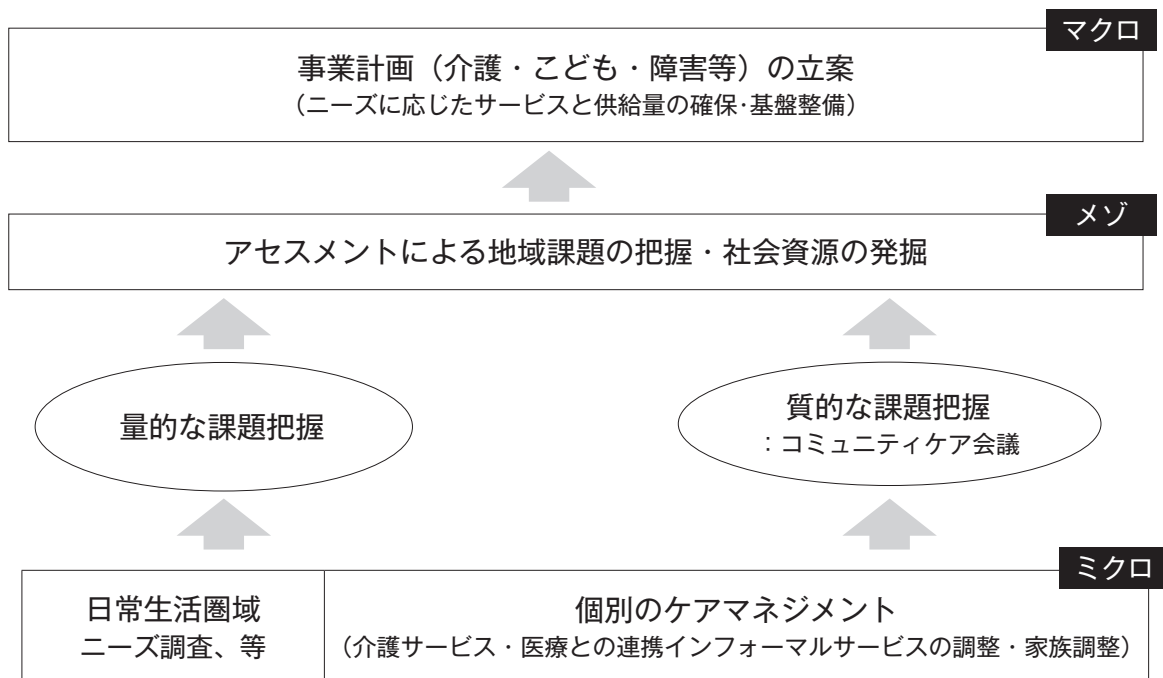


図10 和光市におけるサービス基盤提供の考え方

表1 地域・在宅での終末期療養環境の必要条件の構成要素

地域・在宅での終末期療養環境の 必要条件の構成要素

物理的 環境整備	サービス 供給	コーディネート
都市計画・ 近隣住区形成	在宅医療サービスの 確立	相談・対応 サービス・ コーディネート
適切な住宅供給	シームレスな 介護サービスの 提供	居住支援

4. 地域・在宅での終末期療養環境の必要条件

4-1. 事例調査結果の整理と分析

行政や事業者の取り組みなど、様々なレベルで展開されている2および3で紹介した事例を取りまとめるに当たって、表1に示した通り、地域・在宅での終末期療養環境の必要条件に必要な構成要素を6つに分類した。

物理的環境整備の観点からは、①都市計画・近隣住区形成、②適切な住宅供給、サービス供給の観点からは、③在宅医療サービスの確立、④シームレスな介護サービスの提供、コーディネートの観点からは、⑤相談・対応サービス・コーディネート、⑥居住支援、となる。それぞれの要素に該当する各事例の試みを整理したものが表2である。

- ① 都市計画・近隣住区形成に関しては、オランダ・アルメール市の医療介護拠点の公平配置やスウェーデンのストックホルム県における在宅緩和ケア供給医療圏域の整備、大牟田市の小規模多機能介護施設の公平配置の事例が、その条件を満たした事例としてあげられる。
- ② 適切な住宅供給に関しては、オランダ・アルメール市の介護ニーズに応じた住宅供給、スウェーデン・ストックホルム市の在宅緩和ケアチームによる住環境整備、大牟田市による居住支援協議会の居住支援、金沢市・シェア金沢におけるサービス付高齢者受託の供給が、その条件を満たした事例としてあげられる。
- ③ 在宅医療サービスの確立に関しては、オランダの一体的な医療・介護供給、スウェーデンの在宅緩和ケア供給整備が該当する。
- ④ シームレスな介護サービスの供給に関しては、西園寺、シェア金沢による対象者縦割りではな

表2 事例からの抽出による構成要素

事例調査からの抽出

物理的 環境整備	サービス 供給	コーディネート
<ul style="list-style-type: none"> ・オランダ・アルメール市・医療介護拠点の公平配置 ・スウェーデン・ストックホルム県・在宅緩和ケア供給医療機関の配置 ・大牟田市・小規模多機能介護施設の公平配置 	<ul style="list-style-type: none"> ・オランダ・一体型の医療・介護供給 ・スウェーデン・在宅緩和ケア供給整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・和光市における地域包括ケアシステム構築の試み ・新宿区・暮らしの保健室による相談業務
<ul style="list-style-type: none"> ・オランダ・アルメール市・介護ニーズに応じた住宅供給 ・スウェーデン・ストックホルム市・在宅緩和ケアチームによる住環境整備 ・大牟田市・居住支援協議会による居住支援 ・金沢市・シェア金沢におけるサ付き住宅の供給 	<ul style="list-style-type: none"> ・シェア金沢・西園寺（金沢市・小松市）による縦割りではないサービス提供 ・新宿区・暮らしの保健室による在宅での終末期支援 ・新宿区・坂町ミモザの家による看護小規模多機能型施設の設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・大牟田市・居住支援協議会の活動

いサービス供給、新宿区、暮らしの保健室による在宅での終末期支援やミモザの家の設置があげられる。

- ⑤ 相談・対応サービス・コーディネートに関しては、和光市における地域包括ケアシステム構築の仕組みや新宿区・暮らしの保健室による相談業務機能が、条件を満たした事例としてあげられる。
- ⑥ 居住支援に関しては、大牟田市の供給支援協議会の活動が該当する。

4-2. 実現に向けた制度整備の現状と今後の課題

超高齢社会の進展、住宅セーフティネットの脆弱化、さらには終末期の在宅居住の実現などに向けて、国は、立地適正化計画、高齢者居住安定確保計画の策定とそれにもとづくサービス付高齢者住宅の供給推進、居住支援協議会の地方自治体への設置推進とその役割強化などの施策を推進している。しかしながら、こうした施策には以下の課題・問題点が存在していると考えられる。

- ・地方創生の一貫として進められている、コミュニティの集約化・立地適正化は、その整備が完了するまでの対応に視座が注がれていないと同時に、高齢者コミュニティの偏在を作り出す可能性がある。
- ・増加を続ける空き家の、特に小規模な地域医療・福祉施設への有効活用手法が打ち出されていない（しかしながら、法・施行令の改正などにより少しずつ整備は推進されつつある）。
- ・高齢者へのアフォーダブルな住宅供給の遅れ（サービス付高齢者住宅供給意義への混乱。実質的には特別養護老人ホーム待機者の住まいへとニーズが変容）。
- ・既存住宅への施策の圧倒的な不足。
- ・居住支援協議会の採用・権限の不確かさ。

5. まとめ

本研究の実施にあたり、終末期療養環境実現のための必要条件の抽出について、参考とした数事例の質的な事例調査の分析からの実施に留まってしまったことが最も反省すべき点である。今後は定量的な調査の計画も検討していきたい。一方、本研究の主課題である「終末期の在宅における療養環境をいかに実現するか」は、現在制度整備の途上であり、現状において、都市整備の方向性や住宅供給の方針が、地域包括ケアの構築との間に乖離が生じている状況が確認された。今後も事例収集および関連法制度の検証につとめ、実現に向けたエビデンスの確保、具体的方策提案に努めていきたいと考える。

参考文献

- ・オランダの持続可能な国土・都市づくり－空間計画の歴史と現在、角橋徹也著、学芸出版社、2009.10
- ・医療福祉建築 特集：超高齢社会におけるコミュニティケア、医療福祉建築協会、第190号、2016.01
- ・スウェーデン－「住み続ける」社会のデザイン、水村容子著、彰国社、2014.01