

「高齢者施設」の
トピック9

超高齢化時代のキーワードは 「在宅」と「地域」

水野直樹 | コスモプラン一級建築士事務所代表

建築を設計する際、その建築が属する業界の動きはおさえるべき。このシリーズでは、各業界のトピックを、業界紙やキーパーソンに聞く。

第1回目は、高齢者施設。医療・福祉制度に詳しい水野さんが、超少子高齢化する日本のロードマップを読み解く。

トピック 1 2025年に団塊の世代が
後期高齢者に

高齢者施設の設計を手掛けている方、またこれから参入される方は、医療と介護の制度の両方に目を配る必要があります。

その動きをつかむには、まず少子高齢化や人口減少の動向をしっかりと認識することです。2025年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、医療介護費が一気に増します。一方で、少子化により生産人口は減り、財源は縮小。しかも国は莫大な借金をかかえています。

すでに厚生労働省は、2025年に向けて医療福祉制度のロードマップを描いています。その方向性は2018年には決定してしまうでしょう。同年に医療法と介護保険法のダブル改定があり、ここに向かって官僚たちは懸命に準備を進めています。

トピック 2 厚労省のロードマップで、
「在宅」への流れは確定

今年5月に、2015年施行の介護保険法改定が衆議院を通過しました。改正の骨子は、自己負担の一部引き上げ。要支援の軽度の方は自己負担し、特別養護老人ホームの入所者など重度の方は手厚く支援するというもの。「財源がないので、軽度の方は自分でなんとかしてください」ということです。

今年2月中旬、厚労省より2014年度の診療報酬改定が発表され、4月1日に施行しました。端的に言えば、『施設』から『在宅』、『医療』から『介護』へ移行し、地域包括ケアシステムに」という意図が鮮明に打ち出されています。そこで重要なのは、医療・介護の現場を「在宅」にすることです。「在宅」の範囲はどこかといえば、まず自宅。そしてグループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅（サ高住）などが代表的です。

厚労省が在宅を提唱する背景には、医療費の削減があります。一般病院に入院すれば、急性期なら月75万円、慢性期なら月45万円の費用がかかりますが、在宅であれば月20万円程度ですみます。今後、医療介護での「在宅」への流れは確定したと断言できます。

トピック 3 「同一建物への診療報酬減算」
が意図する儲け主義への規制

今回の診療報酬改定で、在宅医療の分野で大騒動となったのは、「同一建物への診療報酬の大幅減算」です。

医師は、在宅の患者1人に対して訪問診療を行った場合（月2回以上継続）、在宅時医学総合管理料（在総管）として月5万円が交付されます。従来は、同一建物に居宅する複数の患者を診ても1人5万円でしたが、今回の改定では1万2千円となります。まさに1/4以下の減収となり、「これでは在宅医療から撤退するしかない」という声が出るなど、医療関係者に衝撃が走りました。一見、在宅を推進する動きと逆行するようですが、儲け主義に走る医師たちを規制したいとする厚労省の意図が働いています。

ひどい例として、1人の医師が、1件のサ高住に住む50人全員と訪問契約を結ぶ。医師は、訪問するなり各戸のドアを開け、バイタルチェック（体温、脈拍、血圧の検査）もそこそこに、「大丈夫だね、また来ます」と1～2分の往診で済ませ、風のように去ってしまう。これで50人×5万円、月250万円です。こうしたさまざまな訪問診療で月500人、1,000人と契約し、荒稼ぎすることも可能になるのです。また50戸のサ高住で本当に訪問診療が必要なのは1～2割ほどですから、50戸全員と無理に訪問契約を結ばせることは、患者から他の医療機関とフリーアクセスできる機会を奪っていることにもなります。

私は、ある医療法人の「同一建物」を設計していましたが、この改定の発表があったとき、たぶん建設を中止するだろうと思いました。しかし予想に反して、この医療法人は「確かに年間の収入は減少するが、計画は続行したい」との判断をされました。1人ずつ時間をかけて地道に訪問診療を展開する法人であれば許容できたわけです。

みずの・なおき | 1981年東京
藝術大学美術学部建築科卒
業。1983年同大学大学院博
士課程修了(環境設計課程)。
環境設計研究所などを経て、
1995年コスモプランナー級建
築士事務所設立、現在に至る



トピック 4 在宅の訪問診療だからこそ 「ターミナルケア」

社会保障制度改革国民会議で決議されましたが、診療報酬改定では、医療・介護の地域包括ケアシステムの構築を提示。その中で「死の質(QOD/Quality of death)を高める医療」が謳われ、「ターミナルケア」が重視されています。

ちなみに、同一建物への診療報酬減算では、ターミナルケアの場合は外されています。末期がんなど治療困難な患者と家族を対象とする終末期のケアを在宅で行うこと、つまり医師に「看取り」をしてほしいということです。

この領域において医師は、高い医療技術はもちろん豊かな人間性が求められます。ターミナルケアは、精神カウンセリングの世界ともいえるからです。私が尊敬する岩手県の先生は、もう何百人も看取りを行った方で、「終末期の患者さんから、死に対する恐怖を取り除くこと」を実践されています。モットーは「笑って死なす」。だから1件の訪問時間が非常に長い。

あるとき、先生から「理想の死に方」を描いたイラストを見せられました。自宅の畳の部屋で、「ご臨終です」と医師が言い、布団の中で息を引き取る患者を囲み、家族も猫もみんなが泣いている風景です。「これが一番いいんだ」と先生は言われます。

この看取りを本当にやれる先生は少ないです。病院勤務の先生にしろ、クリニックの先生にしろ日常業務が忙しく、精神的に深く患者と接することができないともいえます。また「死」は医療にとって「敗北」であるそうなので、医師側の姿勢が根本的に変わらなければなりません。在宅診療では、医師は「看取り」を通じて「死」に向き合うことになります。

トピック 5 厚労省の本音は、「家庭医」構想

厚労省は、もっと踏み込んで、在宅の流れで「家庭医」を導入したかったようです。これはイギリスの家庭医(GP/General Practitioner)がモデルとなっています。英国家庭医療専門医の澤憲明さんから直接聞いたのですが、イギリスでは体に不調

があれば、まず契約している地域の家庭医の診療を受けます。患者は「先生、ちょっと変だからCTスキャンを取ってください」と要望しても、家庭医は「高価なだけ。撮る必要はありません」と説得します。専門家として本当に必要な治療だけを見極め、病状が重ければ、症状に即した病院を紹介。過剰な医療行為から患者を守り、無駄な医療費を削減します。家庭医は、病気をブロックする「ゲートキーパー(門番)」であり、総合専門医として尊敬され、病院医師より格が上です。

この「家庭医」の提案は、医師会の反対にあい立ち消えとなり、結局在宅の医師は「かかりつけ医」という言葉に収まりました。「かかりつけ医」であれば、1人の患者につき、心臓病は誰、糖尿病は誰といった症状ごとになりますから、現状に即しています。ただ厚労省は、「家庭医」の発想にこだわり続けているようです。

トピック 6 高齢者施設不足としての 「埼玉県問題」

これから高齢者施設は、地域性的の問題から考えることが大切となります。

全国を見渡せば、地方の過疎化はますます進み、都市への人口集中は、今後も止まらないでしょう。特に東京は、東京オリンピックによって景気が上向き、仕事を求めて人がさらに集まります。一極集中は駄目だといっても、これには歴史的経緯がある。戦後から高度経済成長にかけて、地方の若者が集団就職で東京に集められ、そのときの団塊の世代が地域に根付いて高齢化しているわけです。

東京都の施設の数急激に増加する高齢者層に追いつかず、医療や介護が必要なのに入所できない方が増えています。それで切羽つまって東京周辺エリアを探せば、対応可能な病院や高齢者施設が結構見つかります。例えば横浜市は、比較的余裕があります。

今後、重要になるのは、東京都周辺地域の病院や施設の整備です。現役時代、住まいが埼玉県、神奈川県、千葉県で、勤務地が東京だった方が多くおられます。サラリーマンのときは、体に不調が出たらオフィス近辺の病院に通院したことでし

よう。でも引退後は、住まいの近辺に病院や施設を探さなければなりません。そうした中で、埼玉県は、医師の数が人口当たりで日本一少なく、病院や施設の整備が手薄になっています。これから高齢者問題が深刻化する地域となるでしょう。逆にいえば、新たな高齢者施設の需要が高くなる、事業者が注目すべき地域です。

都市に急増していく高齢者を周辺地域で支援していく体制づくりは、全国の課題となります。

トピック 7

ヘルスケアリートを木造で展開

多くの地方都市の大型の医療福祉施設は、人口減で需要が減り、経営が立ち行かなくなっています。ニーズの規模に合わせたダウンサイジング(規模を小さくする)と、そこに無理なく進むソフトランディング(軟着陸)こそ、時代の流れといえます。

在宅にシフトした高齢者施設は、地域包括ケアシステムで運営されますから、施設の規模は中小化されます。そうした施設において、私は木造が優れていると考えています。減価償却期間を見れば、RC造47年、鉄骨造34年、木造22年。木造であれば、短期間で建て替えることで、地域のニーズの変化に適切に対応できるはずです。

さらに注目しているのは、ヘルスケアリートです。このシステムは、投資法人の仕組みを使って市場から資金を集め、ヘルスケア(医療福祉)施設を取得・長期管理しながら賃貸収益を投資家に分配するもの。これによって資本を持つ異業種が参入できます。お金を投資してのオペレーティング(操作)はプロが行うわけです。経営の素人である医療法人が莫大な資本を投下して運営を永續し続けることはもともと無理があります。それぞれの専門性を備えた複数のプレイヤーが参画してこそ、時代に即した質の高い高齢者施設をつくることができます。

トピック 8

「ソーシャルインクルージョン」という弱者の面倒を見る街へ

在宅は、家、また家に近い場所を、医療現場、「死に場所」にしようということです。病院は解体の方向に向かうでしょう。病棟の廊下が「道」に、病室が「自宅」になるわけです。将来、「病院死は悪である」と一般社会が認識するかもしれません。

高齢化社会で増加していく病は、がんと認知症です。これを在宅で対応していくには、地域包括ケアシステムの構築が不可欠です。地域における医療・介護の提供者、行政、住民のネットワークを緊密化していかなければなりません。

すると建築家側は、地区計画というものを考えて建築を計

画する発想が求められます。一つの地域をCADシステムのレイヤー(階層)として思い浮かべてください。子どもたちが遊ぶレイヤー、生産活動するレイヤー、居住するレイヤー、そして高齢者のレイヤーがある。今後のまちづくりでは、これを積層させるわけです。

近代都市計画の基本は、ゾーニング(機能・用途別の配置)です。病人を病院に押し込み、高齢者を山奥の特別施設に隔離しました。それをやめ、レイヤーを積層させることで、むしろ地域固有の特性を生かすことができる。認知症の方が徘徊されたとしても、それを許し、支えていくまちづくりができるかもしれない。

私の一番の理想は、「ソーシャルインクルージョン」です。この概念は、「全ての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う」ことを意味します。2000年12月に厚生省(当時)も、ソーシャルインクルージョンの理念を進める提言をしています。私は建築設計者の立場から「社会的に弱い立場にある人々を、包み支え合う都市」をつくり出していきたいと考えています。

「高齢者施設」を読み解く、水野さんの情報源

【業界紙】

- 『週刊 高齢者住宅新聞』(毎週水曜・月4回発行、高齢者住宅新聞社) / 高齢者の住まいと介護・医療を考える専門誌
- 『週刊 シルバー新報』(毎週金曜・月4回発行、環境新聞社) / 介護保険専門誌
- 『Visionと戦略』(月刊誌、保険・医療・福祉サービス研究会) / 医療介護事業の専門誌

【団体の会報誌】

- 日本医療福祉建築協会(JIHa)
医療施設、福祉施設および保健施設の建築的な水準向上を目指す団体
- 高齢者住宅財団
高齢者を対象とする住宅計画策定に関する調査研究事業を行う団体

【web情報】

- キャリアブレインニュース
医療介護の最新情報を配信
<http://www.cabrain.net/news/>
- 厚生労働省のHP「介護・高齢者福祉」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/
- 国土交通省のHP「住宅・建築」
<http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/>



聞き手 | 上田隆(うへだ・たかし)

1968年大阪府生まれ。1992年大阪芸術大学芸術学部映像学科卒業。雑誌編集者を経て、2010年よりフリーランスライターとして活動。