

在宅医療（サービス付き高齢者向け住宅）の機能評価の研究

岩尾 聡士

名古屋大学大学院経済学研究科 CBMヘルスケアイノベーション寄附講座（アイカ工業） 特任教授／
藤田保健衛生大学医学部地域老年科 教授
（助成時：名古屋大学大学院経済学研究科 教授）

ファイザーヘルスリサーチ振興財団に助成金をいただき、どうもありがとうございます。また、今日はこのように貴重な機会をいただき、ありがとうございます。

【スライド-1】

私ども名古屋大学大学院経済学研究科と藤田保健衛生大学医学部の地域老年科、それから他市の医療法人の皆さまと、町全体でご高齢の方を見守る仕組みづくりというテーマで、さまざまな研究をしてまいりました。

皆さんご存じのとおり、昨年度から医療保険、介護保険の大幅な改変があり、集合住宅でのさまざまなサービスの提供が、いろいろな意味で大きく変わって、この調査をしたときとはだいぶ環境が変わってきましたが、現時点での状況を発表させていただきます。

【スライド-2】

もともとサービス付き高齢者向け住宅というのは、これを見ていただいで分かるように、諸外国と比べてわが国は、非常に高齢化しているにもかかわらず、シニア住宅のインフラが進んでいないということに鑑みて、2011年にサービス付き高齢者向け住宅を制定し、国土交通省がこのように非常に驚くべき助成を付けました。残念なことに、リフォームの場合は建設費の補助のみで、税制の優遇などは新築のみとなっています。もうちょっとリフォームに本来は力を入れるべきではないかと考えていますけれども、非常に大胆な施策を持ちまして、現在は約16万戸ぐらいの達成率で、国が想定しているよりも早くサービスが行われています。

設置要件は、皆さんも既にご存じ

スライド-1

在宅医療（サービス付き高齢者向け住宅）の機能評価の研究

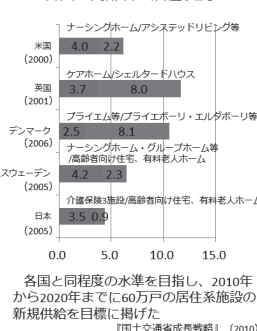
3大都市におけるサ高住の入居率と機能評価の関係

名古屋大学大学院経済学研究科
CBMヘルスケアイノベーション寄附講座(アイカ工業) 特任教授
藤田保健衛生大学医学部地域老年科 教授
岩尾 聡士

スライド-2

背景1：サービス付き高齢者向け住宅の制定

各国の高齢者の居住状況



設置要件 (2011年10月施行)

- 高齢者にふさわしいハード
- 安心できる見守りサービス

- バリアフリー構造
- 一定の面積、設備
- ケアの専門家による
- 安否確認サービス
- 生活相談サービス

開発を促進するための政策支援内容

- 建設費の補助
- 新築 建築費の1/10
- 改修 建築費の1/3
- 税制の優遇
- 所得税・法人税：5年間増価償却40%
- 固定資産税：5年間税額を2/3軽減
- 不動産取得税：家屋課税1200万円/戸減額
- 融資制度の導入
- 住宅金融支援機構からの融資

とは思いますが、バリアフリーだとか、18平米以上、もしくは25平米以上。それから施設サービスとして、安否確認とか生活相談をやるようにと求めています。

2020年には60万戸、5パーセント程度のものを目標として行っています。

【スライド-3】

私たちは今、都市部が非常に大きな問題ではないかと考えていまして、都市部でこそ、後期高齢者だとか医療度、介護度が高い患者さんが増えますし、独居老人の数も都市部で多く増えてきます。それから老老介護の問題も都市部で多く増えていく。それはこの傾向を見ていただいても分かりますけども、グレート関東エリア、グレート中部エリア、グレート関西エリアで非常に増えてきています。高齢者の伸びというのは、2025年までの間に6割が都市部で増え、75歳以上だともっと高い7割のご高齢の方が増える。

その特徴は、ここで見ていただいているように、実は前期高齢者の数は減っている。後期高齢者の数が増えてきます。皆さんご存じのとおり、医療度、介護度が急速に高くなってくのが、エルダーエルダーと言われている後期高齢者の時期ですので、これからわが国は未曾有の、と言いますか、町の中で医療、介護が連携してやることが必要とされる時代に突入する。

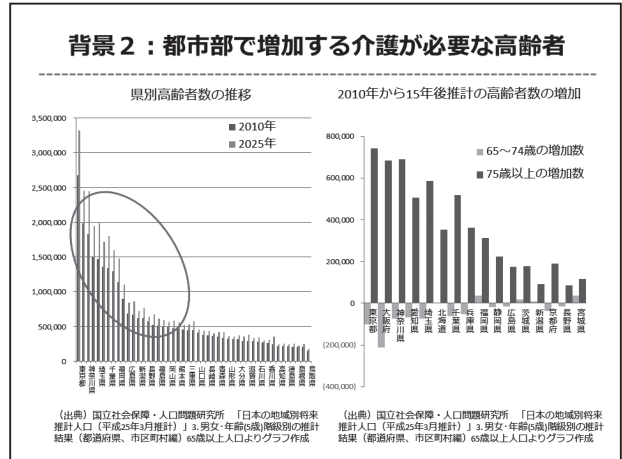
わが国は、75歳以上の高齢者が増える局面に入っている唯一の国であり、2005年から7パーセント、2030年17パーセント、2050年27パーセントと、要するに医療度の高いご高齢の方々がものすごい勢いで増えてきます。他の国はみな、高齢化すると言いましても、前期高齢者が増えるという、日本の2005年の段階ですので、他の国が日本のように75歳以上が増えるのは2040年前後と言われています。従って、われわれは一人歩きで、先ほどご発表された梅崎先生がおっしゃったような人口オーナスの中で、極めて厳しいかじ取りをしなければいけない。

【スライド-4】

この研究目的と方法です。

三大都市圏でアンケート調査を行いました。2014年の4月21日から5月15日の間に、100件のサ高住を無

スライド-3



スライド-4

研究目的と方法

東京都、大阪府、愛知県の3都市のサ高住を対象としたアンケート調査結果をもとに分析を行った。

A) アンケートの調査期間と方法
2014年4月21日～5月15日、それぞれの都市で100件のサ高住を無作為に選び、合計で300件のサ高住を対象に郵送式のアンケートを行った。

B) 分析項目の内容
アンケート調査から得られた、入居率、運営期間、運営主体、都道府県、入居費用、居住機能、併設事業所、スタッフの教育・研修体制、医療介護機能、生活支援機能等、の機能評価群を用いて分析した。

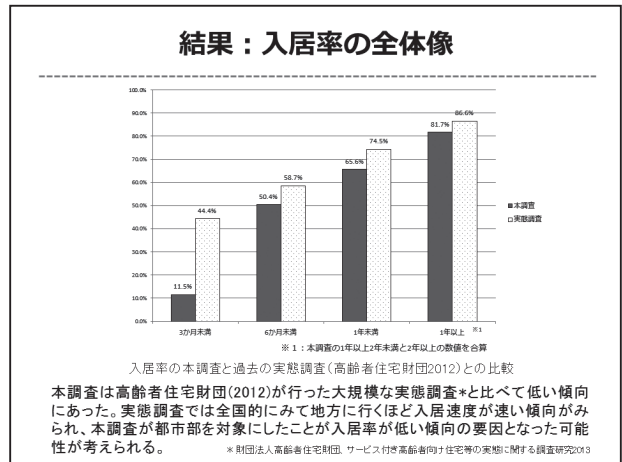
C) 分析
入居率を目的変数とし、各評価項目を説明変数とする重回帰分析を用いた。ただし、今回はデータ数が少なかつたため、探索的に評価群ごとに分析を行った。そのうえで、運営期間及び入居費用は入居率に大きな影響を与えるため、この2項目は必ず重回帰分析の説明変数に用いた。
分析にはSPSSを使用し、アンケート結果および結果から算出される変数を用いた。
分析対象件数は81件（東京都21件、大阪府24件、愛知県35件）。

作為に選んで、合計で300件の所に送りました。データ数が非常に少なく、どのように分析していこうかと非常に苦労したのですが、最終的には、入居率だとか運営方法を入れた重回帰分析で行いました。

【スライド-5】

これは入居率の全体像ですが、高齢者住宅財団が行った大規模な実態調査と比べて、非常に低い傾向があります。実態調査では全国的に見て、地方に行くほど入居速度が早い傾向が見られたので、本調査は三大都市圏のみに絞ったことが、入居率が低い要因になった可能性はあると思っています。ただ、何度も申し上げますけれども、データ数が少ないので、偏向があった可能性も否めません。

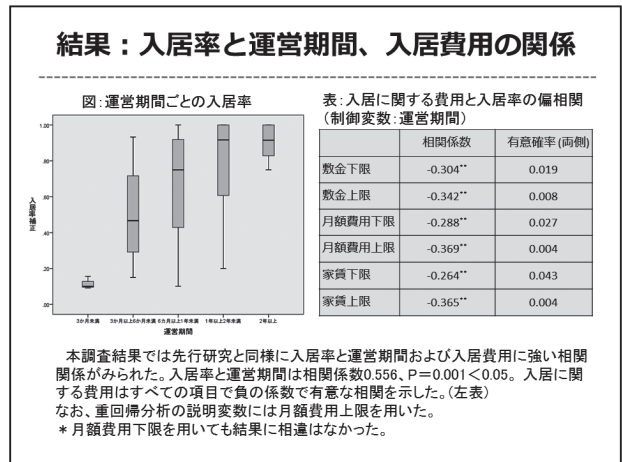
スライド-5



【スライド-6】

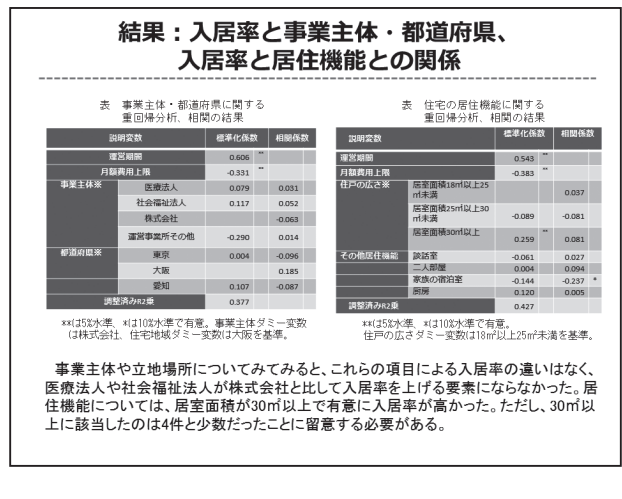
入居率と運営期間、入居費用は、当然のごとく非常に強い関係があるのですけれども、本調査の結果では、先行研究と同様に、入居率と運営期間および入居費用に強い相関関係が見られました。入居率と運営期間は相関係数が0.556で、P値も非常に低い。有意である。入居に関する費用は全ての項目で、負の係数で有意の相関を示しました。重回帰分析の説明変数では月額費用の上限を用いましたが、月額費用の下限においても変わりはありませんでした。

スライド-6



意外にサ高住といっても、上層フロアは非常に高いのですけれども、6万円程度違うような施設が多いということが分かりました。

スライド-7



違って、事業主体や立地場所については意外に入居率の違いはなく、医療法人や社会福祉法人が株式会社と比較して入居率を上げる要素にはなっていません。居住機能については、居住面積が30平米以上で有意に入居率が高い。ただ30平米以上に該当しなかったのは4件と、少数だったことに留意する必要があると思っています。

この点に関しても、今度の4月の改正において、ご高齢の方々が病院になかなか行きづらくなるという傾向が見られるようになってきたので、サ高住だとか住宅型有料老人ホームといわれるものが、欧米のスキルドナーシングファシリティという、医療と看護と介護を同時に提供するようなサービスの提供の場として求められてくるようになるということを見ると、これからまた違う解釈があるのではないかと考えています。

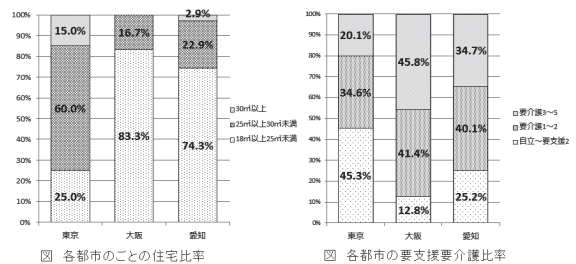
【スライド-8】

事業主体や地域による入居者像の差は、このようです。意外に東京は面積が大きくて健康な方が多く、大阪は逆に面積が小さく医療度が高い方が多いということが分かりました。

スライド-8

結果：事業主体や地域による入居者像の差

社会福祉法人と平均要介護度の相関は負の係数で有意であった。住宅地域と居室面積および入居者の要介護度の関係については、東京都では自立度の高い人を対象にした住宅が多く、居室面積も広い住宅が多かった。



【スライド-9】

併設事業については、併設事業の有無の差があまりないということが分かりました。業務マニュアルの整備が行われている所は入居率が高いことが分かりましたが、研修だとか接遇研修というのは、内容による差は意外になく、マーケティングだとか広告宣伝によるものが多いように感じます。

【スライド-10】

入居率に影響を与える項目は医療介護機能との関係は全てなく、これは意外な結果でした。

スライド-9

結果：入居率と併設施設、スタッフ教育の関係

表 併設施設の重回帰分析、相関の結果

説明変数	標準化係数	相関係数
運営期間	0.533 **	
月額費用上限	-0.273 **	
併設施設の有無	-0.098	0.099
通所介護併設	-0.147	-0.305 **
訪問介護併設	0.067	-0.031
訪問看護併設	0.064	0.043
在宅介護支援事業併設	0.025	-0.029
小規模多機能型施設併設	-0.060	0.136
その他事業所併設	0.121	0.191
調整済みR2	0.360	

**は5%水準、*は10%水準で有意。

表 スタッフの教育・研修体制の重回帰分析、相関の結果

説明変数	標準化係数	相関係数
運営期間	0.463 *	
月額費用上限	-0.375 *	
研修教育体制		
業務マニュアル	0.363 *	0.375
新入社員研修	-0.670	0.147
医療介護ケア研修	0.052	0.057
接遇研修	-0.029	-0.007
調整済みR2	0.503	

**は5%水準、*は10%水準で有意。

併設事業所については、併設事業所の種類や有無が入居率に与える影響は認められなかった。

スタッフの教育・研修体制については、業務マニュアルの整備がされている事業所において入居率が高いことがわかった。一方で、新人研修や医療研修、接遇研修を実施していることなどは入居率に有意な影響がみられなかった。

スライド-10

結果：入居率と医療介護機能との関係

表 医療介護機能の重回帰分析および偏相関係数結果

説明変数	標準化係数	相関係数
運営期間	-0.323 **	
月額費用上限	0.774 **	
医療介護機能		
在宅医療との連携	-0.146	0.137
訪問看護との連携	0.140	-0.002
訪問介護との連携	0.003	0.078
看護婦24時間常駐	0.085	-0.045
介護士24時間常駐	-0.007	-0.028
救急体制在スタッフ対応	0.017	-0.017
着衣りの有無	-0.039	0.062
リハビリ提供の有無	0.074	-0.074
食事サービス医療食対応	0.015	-0.185
食事サービスさみ食対応	-0.181	-0.190
食事サービスペースト食対応	0.015	-0.084
平均要介護度	0.113	0.080
医療対応疾患スコア	0.099	0.130
調整済みR2	0.311	

**は5%水準、*は10%水準で有意。医療対応疾患スコアは吸引、経管栄養管理、在宅酸素など医療ケアの対応数を加算したものを。

特に入居率に影響を与える項目は得られず、医療介護の手厚さは入居促進する要素ではないことが明らかになった。

【スライド-11】

入居率と生活支援機能との関係においても、入浴回数だとかレクリエーションの頻度とかは、入る前にはよく聞かれるので、満足度を上げるためには非常に重要だと考えていますけれども、結果としては、それらの頻度とかサービスの提供による入居率の影響はありませんでした。

【スライド-12】

入居費用と平均要介護度、居室面積については、想定されていましたが、要介護度が高い高齢者は居室面積が狭く、入居費用の低い住宅に入居する傾向があることが分かりました。

【スライド-13】

考察です。

本研究では医療介護体制は入居率に影響を与えないという結果であった。しかし平成26年度の診療報酬の改定で、療養病床や老健等、在宅復帰が回復期リハにも求められるようになり、病院の入院期間も一層短縮を図られることを踏まえると、今後は在宅における要介護度や医療・看護必要度の高い高齢者の比率が増加することが考えられ、今後もサ高住にこれらのシームレスなケアミックスな機能が求められることが想定されます。

入居率は住宅が提供するサービスの質や機能のみならず、広告宣伝にどれだけ費用をかけたかというものが多く、病院のソーシャルワーカーやケアマネジャーへの働きかけが大きく左右したことが考えられます。

サービスの提供は、同一法人の中で一体化したものが多いので、これらの適正な評価を行うためには、より詳細な調査が必要であると感じました。

スライド-11

結果：入居率と生活支援機能との関係

表 生活支援等の重回帰分析および偏相関係数結果

説明変数	標準化係数	相関係数	
滞在期間	0.142		
入居費総額上限	-1.741		
生活支援等	入浴回数	0.016	0.101
	レクリエーション頻度	0.042	0.131
	入居者に関する家族への連絡頻度	-0.005	0.002
調整済みR2値	0.359		

**は5%水準、*は10%水準で有意

特に有意な係数は見られなかった。サ高住や有料老人ホームへの事前ヒアリングでは、入浴回数やレクリエーションの頻度などの項目は、入居者や入居者の家族が入居前の見学時によく質問し、また入居後に求める要素であったが入居率には大きな影響は与えていなかった。

スライド-12

結果：入居費用と平均要介護度、居室面積の関係

- ・入居費用と平均要介護度の相関
負の係数で有意(係数-0.291、 $P=0.013<0.05$)
- ・平均要介護度と居室面積の相関
負の係数で有意(係数-0.631、 $P=0.001<0.05$)
- ・居室面積を制御変数にした入居費用と平均要介護度の偏相関
有意な相関はなし(係数-0.126、 $P=0.301>0.10$)



要介護度が高い高齢者は居室面積が狭い住宅に入居する傾向が強く、入居費用の低い住宅に入居する傾向があることが分かった。

スライド-13

考察

- ・本研究では医療介護体制は入居率に影響をあたえないという結果であった。しかし平成26年度の診療報酬改定で療養病床や老人保健施設等からの在宅復帰がより促進され、病院の入院期間も一層短縮が図られることを踏まえると、今後は在宅における要介護度や医療・看護必要度の高い高齢者の比率が増加することが考えられる。従って今後もサ高住に求められる機能を継続して調査することが求められる。
- ・入居率は、住宅が提供するサービスの質や機能のみならず、広告宣伝にどれだけ費用をかけたか、病院のソーシャルワーカーやケアマネジャーへのどれだけ働きかけたかにも大きく影響される。サ高住のサービスの質や機能の充足度を入居率のみで評価するのは限界がある。また、医療や介護サービスはサ高住単独ではなく同一法人やグループ法人の医療機関や介護事業所と一体となって提供していることが多い。適正な評価を行うためには実態をより正確に把握できる調査方法の検討が必要である。

質疑応答

座長： この問題は大変重要な問題と私は考えています。世の中の人間を富裕層と貧困層に分ければ、サ高住に入る人というのは富裕層だと思いますが、先生のご研究を、資産、税金など、富の段階によって進めていただいたら更に現実的であろうと思います。

もう一つ、私は現実には、在宅復帰してサ高住に入るという経路は例外的だと思います。

岩尾： われわれは大学人ですので、所得が中の下ぐらいの方のフォーマットを考えようとしていて、今、アクションリサーチで医療法人だとか株式会社とも組んでやっていたのですが、これほど保険の点数がガンと大きく減算されると…。先生もご存じのとおり、在宅診療の4分の1カットだとかということが起こると、やはりちょっとできないということになり、頓挫しております。

ですからまずは、中流の方々の入る所を確保して、あとは、行政の遊休地を現物出資してもらって、税金で建物を建てて、2パーセントぐらいで回すというようなことをすれば、可能性としては10万円ぐらいでサービスを提供することができるのです。今の制度の介護保険とか医療保険を当てにした形で、12～13万円のものを考えていたのですが、それでやると、今回のような改正があると、もうずっと赤字になってしまうことになるので。

これからは、自由診療ではないですけども、宿代だとか食事代をきちんと取って行って、あとは訪問系のサービスは大型化していく。例えば介護であれば、サービスボリュームが、食事のときとか入浴のとき、排せつのときしか上がらないわけですが、そのときにパートの人をそこにだけやるというように。今ほとんどの介護事業所というのは零細なので、一番ボリュームの多い所で常勤を雇っている。これを要するに、食事のときとか入浴のとき、2時間だけ登録ヘルパーが来るような制度を作らないと、駄目だと思うのです。