

尾道市の地域医療

現地視察報告

訪問日：平成 21 年 10 月 9 日（金）

訪問及び報告者：財団法人都市化研究公室 理事長 光多長温

．尾道市の概要及び地域医療への経緯

1．尾道市の概要

尾道市は、広島県東部に位置し、平成17年及び18年の市町村合併により御調・因島・瀬戸田と合併し、人口は15万5千人である。高齢化率は、29%（全国平均20.6%：平成18年）、急性期病院3、有床診療所・療養型病院14、回復期リハビリ病院1、老人保健施設7、特別養護老人ホーム10を擁する。医師数は、尾道市医師会は150余名、勤務医は、尾道市立市民病院及び厚生連尾道総合病院に100名以上がいる。

2．地域医療スキームの概要

尾道市は、地域医療への独自の取り組みを行っており、2007年9月には尾道市医師会が、保健文化賞を受賞し、皇居で天皇皇后両陛下に拝謁してお言葉をいただいている。

尾道市医師会の特徴は、GEMs プロジェクト（高齢者評価とマネジメントプログラム）と言われるものであり、その具体的な内容として、CGA（Comprehensive Geriatric Assessment：高齢者総合評価）の理論から考案された尾道市医師会方式長期継続支援プログラム（The OMA method on long-term care management programs）である。3つの急性期病院で開催される退院前ケアカンファレンスによる在宅緩和ケアによる在宅療養の促進、急性期病院と開業医が一体となった地域医療連携が患者本位のシステムとして、その目標を達成しつつある。また、開業医の頻繁な医師会研修により認知症患者の治療とケアの総合化を進めている。社会福祉協議会、民生委員、公衆衛生推進協議会との地域連携を深めることにより、地域住民に安心感を与える「尾道方式」は、主治医機能を核とした多職種協働（multidisciplinary care）として、保健・医療・福祉の総合化を図り、地域医療の一つのスキームとして注目を浴びている。

このCGA（高齢者総合評価）は、1930年代に英国の老年科医マージョリー・ウォーレンが提唱した学際的概念で、いわゆる欧米における老年医学の流れの中にある、障害高齢者の全人的評価の理想に近づくための再現性のある評価手法である。当時、英国の救貧院病院等で半ば放置されていた高齢者の医療現場に、リハビリテーションの概念を取りこみながら、各分野の専門家が協同して多面的（医療的、社会的、心理的、機能的）観点から - 個人の機能（残存能力）と問題点を評価する当時としては画期的であり、今日においても世界中で再評価されている老年医学の方法論である。1950年代の北欧の高齢者ケアの急速整備

の基礎理論は、CGAに端を発するといわれている。

CGAの基本概念は、伝統的な医学的問診や診察方法にリハビリテーション医学の機能評価や治療理論、ソーシャルワークの社会的・心理的評価理論を統合させた学際的手法により、障害高齢者の課題・ニーズを抽出して「全人的ケアマネジメント」を体系化・標準化するものである。

CGAの特色は、評価の主眼を疾病治療だけでなく、機能的状況や生活の質に重点を置くこと、標準的な医学診断に機能評価手法を多角的に組み合わせること、標準化した、可能な限り定量的な評価手法を多用すること、総合的な各分野の専門家を統合したチームアプローチを重視すること、長期的なフォローアップを重視することである。その主な目標は、次のとおりである。

より正確な診断

適正な医学的治療・ケア

適切な生活の質の向上

適切な生活の場の選定

長期間の正確なフォローアップ評価

長期間のケアマネジメント体制

適切なサービス利用（不適切なサービスを減らす）

このCGAを実現するために行われている尾道方式の特徴を最もよく具現化するものがケアカンファレンスプロセスである。これは、多職種協働の機能分担を行うことにより必要な総合的情報の確認を行うものであり、それに伴う作戦会議がケアカンファレンスプロセスである。そこは利用者（患者）への説明責任を果たす空間でもあり、制度理解と契約確認を実現する手法でもある。

この尾道方式のスタートは1994年に遡る。1994年にこの尾道方式のリーダーでもある尾道医師会の片山 壽氏を中心として「尾道市医師会基本コンセプト1994」を策定した。その概要は次のとおりである。

医師会事業の連続的な整備に対して会員にコンセプトを明示して継続的な説明。

医師会病院ではなく、3中核病院との病診連携、高齢者のケア施設としての介護老人保健施設との連携を図っている¹。これは、高齢化率の高い医療圏であることと、フレキシブルな在宅支援施設でありリハビリテーション施設としての機能が必要と判断したためであり、また、施設建設には巨額の費用がかかるためでもある。

最重点は主治医（かかりつけ医）機能と設定。

94年にオリジナルが作成され、2001年にリニューアルされた尾道市医師会主治医機能3原則は、次の3点である。

¹ これが、一つの鍵であろう。他地域で尾道方式を導入する際にもこの公的、中核的医療・ケア施設との連携を図ることが大前提となる。これには尾道の長年の地域における医師会とこれら施設との協力関係がベースにある。

(1) multiple functions (多機能をもつこと) 即ち、「在宅医療ケア：ハイテク系在宅医療・末期医療・24時間対応・在宅緩和医療」「連携機能：グループプラクティス・病診・診診連携・看護、介護との連携・ケアマネジャーとの連携」「ケアマネジメント実務機能：ケアカンファレンス・多職種協働とケアプラン」「認知症早期診断・ケア」を内容とする多機能性にある。

(2) flexibility (柔軟な対応を行うこと) 即ち、「利用者や家族の状況の理解：長期フォローアップにおける療養環境の整備」「的確にしてタイムリーなサービス選択とアクセス」「利用者本位のサービス提供：個人の尊厳、QOAの重視・アドボカシー」を内容とする。

(3) accountability (説明責任) 即ち、「利用者が知りおくべき情報については適切な説明を行い共通認識とする」「インフォームドコンセントにおけるズレをなくす努力」「関係多職種との共通認識に必要な説明責任」「コミュニケーション技術(リスニングスキル)を駆使して信頼の基盤構築」である。

これらを通じて、主治医(かかりつけ医)の果たすべき機能と責任を明確にして、コミュニティにおけるグループプラクティスの実践や多職種協働の標準化をすすめるものである。医療の最小単位である一対一の患者と医師の間で行われる医療において、どこまで適切な対応が出来るか、信頼関係が成立する医療サービスとなりうるかが地域医療の根源的な課題であるということの意味する。そして、さまざまな形態での連携医療と多職種協働とケアマネジメント手法の医療への導入を図り、複数の目、複数の専門性の集約にて質の高い医療・ケアを実践することを図っている。

主治医機能を最大限に発揮できる環境整備が医師会事業。

在宅主治医が単独でも主治医機能を発揮できる「在宅主治医機能支援システム」の整備を進めることを目的とした医師会事業(医師会共同利用施設)とすることである。具体的には在宅医療ケアにおけるシステムからのサービス支援が確保できることにより、主治医機能を実践できる環境を整備することであり、看護、施設介護、在宅介護、相談機能を、日常診療のパートナーとして標準的に連携できるようにすることである。

適切にシステム化された医療提供サービス体制の整備が基盤。

会員の自由な権限で有効利用することができ、地域割や面倒な手続きは一切行わない。あくまで、システム基盤は緊密な病診連携・診診連携を基本とした継続医療と長期フォローアップであり、適切な医療資源へのアクセスビリティの確保と共通認識をベースに重層的な医療サービスがタイムリーに提供できる体制を構築することである。そして、一人診療所で奮戦する「在宅主治医」をサポートして、最大の能力を引き出すシステムを構築するものであり、これをバックアップするものとして91年に尾道市医師会救急蘇生委員会の救急救命システムが整備されている。

包括的にして連続性のあるシステムづくり。

高齢障害者の長期フォローアップには医療だけでは限界があり、利用者の状態によって

は看護職が主力となる場合が多く、介護職の生活支援機能は重要である。特に最近の平均在院日数短縮化の政策において、急性期以後、入院から在宅への継続医療・継続ケアの確立は大変重要であり、利用者のQOLを重視した方法論として、どの場面においてもケアマネジメントのプロセスが重要である。このため、包括的かつ連続的なシステム作りを行うことを目指すものである。

医師会事業に対する信頼性の確立・制度管理

地域医師会のシステムが提供する医療・看護・介護サービスに最も求められることは、サービスの質の管理と地域水準の向上への貢献である。尾道市医師会のシステムの特徴は会員の事業体との連携支援であり、新規開設の施設などには職員研修やノウハウの提供を行い、全施設加入で介護老人保健施設連絡協議会を設置（98年）して、疥癬をはじめ感染症対策（インフルエンザ予防接種は97年より開始）においてネットワークを形成している。発展型として2000年6月には地域の全介護保険施設が加入した尾道・御調・向島地区介護保険施設連絡協議会が発足し、医師会介護老人保健施設に事務局を置いている。

医療専門職集団としての地域貢献（制度対応）と人材育成

地域医師会は医療専門職の団体として高い学術性をもつ頭脳集団である。従って、自らの研鑽は当然のことながら、関係職種の養成に積極的に関わる必要がある。ケアマネジメントにおけるサービスの質を担保するため、ソフト部分（スタッフ）の育成と継続研修を行うものである。現実に、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの実務研修は、頻繁に行われており、更に、地域住民への研修講演も定期的に行われており、出席者も極めて多くなっている。

このGEMsを更に発展させているのが2003年にスタートした尾道市医師会DDプロジェクト（認知症早期診断プロジェクトearly diagnosis of Dementia）である。認知症を特殊領域と考えずに「後期高齢者によく発症する疾病」の一つと考えて、特徴となる生活機能障害に対しては主治医機能によりケアマネジメントを駆使して、ケアマネジャーとの連携による在宅を中心とした多職種協働で対応するスキームである。

このDDプロジェクトは社会の状況変化に応じて進化している。2003年に導入された第1期DDプロジェクトは、「知識整理・注入期」と言われる。即ち、第1期は正確には「平成16年度老人保健健康増進等事業厚生労働省老健局計画課」「かかりつけ医の痴呆診断技術向上に関



するモデル事業」という名称で、全国の9つの医師会が選定されたものの一環としてスタートした。そして、基本的な認知症学の知識注入、尾道市医師会主治医機能の標準設定に認知症早期診断を加えて、認知症診断学のアップが図られた。

2004年の第一期DDプロジェクトにおいては、マニュアル作成が主な内容であった。

2006年に始まる第二期DDプロジェクトの開始は、地域配備を主な内容とする。尾道市全域の地域包括支援センターの最優先地域プロジェクト「地域で支える認知症」を実施し、尾道市地域包括支援センター運営協議会に設置した企画研修部会において、最優先プロジェクトとして「認知症」の正しき理解に基づいた早期診断・治療・ケアと誰でもなれるサポートチーム、中核に民生委員、保健推進員、地区社会福祉協議会、家族の会、サロン、そしていつでも相談できる58名の研修修了医、DDプロジェクトという地域ケア体制の周知・拡充を2006年・2007年度で進めること、地域企画の立案は各地域包括支援センターとDDプロジェクトで行うことを目標とした²。

・在宅医療の概要

尾道市在宅医療の特色は次の点にある。

開業医、中核病院を含めた地域の全医師が在宅ケアを中心とした患者本位の医療に取り組んでいる。

中核病院である急性期病院³と開業医の連携が強い。

急性期病院から、回復期・療養型医療機関、施設、在宅にわたる、切れ目のない適切な医療・福祉サービスを提供している。即ち、急性期・リハビリ・療養型の医療機関や各種福祉施設、在宅医療チームがそれぞれの特性を活用し、医療介護の役割をになう体制を構築している。

入院患者が退院するときにケアカンファレンスを行い、在宅の担当医と介護士、民生委員まで含めたチームを組んで患者の在宅医療を実施し、地域の医師が一定の期間を定めて訪問診療を行っている。

患者の居宅に必要な応じて医療機器を持ち込み治療を行い、在宅での幸せな末期を迎える体制を整えている。

1. ケアカンファレンス

まず、急性期病院から退院時に、ケアカンファレンスを行う⁴。このカンファレンスの構成は、「患者」及び「患者家族」を中心として、「急性期病院主治医」「病棟看護師長」「在

²尾道市医師会認知症早期診断マニュアル DBC シートは尾道市医師会 HP からダウンロードが可能である。

³尾道市立市民病院、JA 尾道総合病院、公立みつぎ総合病院の3つがある。

⁴1件当たりのケアカンファレンスの時間は10分から15分と意外と短い。一つのセレモニー的な要素もあると感じた。

宅主治医」「ケアマネ」「民生委員」「在宅看護師」それに介護職の方々及び地域連携室長⁵等である⁶。

このケアカンファレンスにおいて、退院患者の在宅主治医、在宅看護師等が決定されるとともに、民生委員、患者家族ぐるみで患者をこれからいかにしてケアしていくかについての議論がなされる。その場合、患者の電子カルテが作成され、特にがん患者の場合は「地域連携パス」としてUSBで共有される。その上で、地域ケアの自立支援システムが構築されることとなる。ケアカンファレンスは、病院側は地域医療連携室、在宅側はケアマネージャーを中心とした調整の後に、ケアマネージャーの司会により行われる。ケアカンファレンスは1年間で概ね250から300回行われる。通常は退院前に行われるが、外来患者のケアカンファレンスも行われる。ケアカンファレンスの参加者は通常、13～15名程度の参加者で行われる。ほぼ、毎日日常的に行われていると言っても差し支えないほど頻繁に行われている。

退院前ケアカンファレンスの効果として、「在院日数が短縮した」「急性期病院と在宅主治医」との連携がスムーズに行われることとなる」「患者・家族を含めた介護者とのより緊密な信頼関係が深まる」「ケア・マネージャー・ヘルパー等の介護職員との信頼関係が得られることとなる」「在宅チーム、病院スタッフ野教育の場としても機能した」等の点が指摘されている。このケアカンファレンスが尾道方式の鍵となる。

ここで、極めて大きな役割を果たしているのが地域連携室である。市民病院の中にあり、このケアカンファレンスシステムの中核的な役割を果たす。即ち、地域連携室の機能は、次の点にある。

- 紹介患者の受付と診察準備
- 各種相談業務
 - 医療相談
 - 社会・福祉相談
 - 退院支援
 - 経済的問題
- 地域医療機関・介護福祉施設との連絡・調整
- ケアカンファレンスの調整
- 病院業務の動向調査・統計処理

⁵ 地域連携室は、市民病院にあり、これら地域連携医療を全面的に支援する部署である。自治体立病院と地域開業医との関係が必ずしもスムーズにっていない地域が多い中で興味深い体制である。地域連携室への相談内容は、「退院、転院に関する相談：」「経済的問題の相談」「社会保険・社会福祉制度に関する相談」「療養中の心理的・社会的問題に関する相談」等多種多様である。

今回の現地訪問に際しても地域連携室の全面的な協力をいただいた。

⁶ その他、PT(理学療養士)、薬剤師、福祉用具専門家、MSW(社会福祉士：Medical Social Workers: 地域連携室スタッフ)、NST等が適宜参加する。

• 広報活動

- 地域連携パスの作成・調整・推進

2. 在宅医療

ケアカンファレンスの結果、患者がどこで転院していくかが決定される。自宅（30%程度）、療養タイプ（50%程度）、老健等多様である。開業医を始め、在宅主治医は週の一定時間を往診に充てることとなる。

ケアカンファレンスで構築された長期支援マネジメント体制は、回復期病院及び療養型病院と自宅、急性期病院、介護老人保健施設が連携を持ちつつ患者のケアを行っていくこととなる。これらの間を、ケアマネージャー等が繋ぐこととなる。自宅に置いては、在宅介護を、急性期病院においては、急性期治療や急性期リハビリを、回復期リハビリ病院や療養型病院においては慢性期治療や回復期リハビリを、介護老人保健施設においては、生活リハビリを行っていきつつ患者にとっての最適治療を行っていくこととなる。この際に、患者の精神面のケアが極めて大きな比重を占めていることが特徴であるが、これについては、患者家族や民生委員がチームに組み込まれていることが効果を発揮している。

在宅主治医を変更する場合は、家族の人が開業医を話し合って決めるが、殆ど例がない。また、特に、がん患者については、尾道市医師会end of life-careシステム検討委員会において協議され、がん患者の長期フォロー体制の構築（end of life-careシステムの一環）として、がん患者の手術後の定期フォローを効率的かつ共通的に行える方法を検討している。そのツールの一つとして「がん診療連携共通クリニカルパス」の開発に着手している。即ち、尾道市内の3つの急性期病院のどこの病院で手術を受けても、市内どこの診療所にかかっても共通にフォローできるような地域クリニカルパスを作成することを検討、実施している。

これは、疾患・進行度などに対して応用の利く連携パスになっており、IC・退院時CC・達成目標が記載される為、患者・病院主治医・在宅主治医の三者が共通の認識を持って診療に向かうことができることとなる。また、手術後5年間の定期検査の項目が明確にされているため、検査漏れ・二重検査の防止になる。更に、病院と診療所の役割を分担し、地域医療連携の推進を形（ペーパー）に表しており、新たな試みとして注視される。

3. 尾道方式の効果

尾道方式におけるケアカンファレンスにより次のような様々な効果が指摘されている。

- 紹介率・逆紹介率がアップした。
- 在院日数が短縮した。
- 急性期病院と在宅主治医との連携がスムーズに行われるようになった。
- 患者・家族を含めた介護者とのより緊密な信頼関係が強まった。
- ケアマネージャー、ヘルパーなどの介護職員（多職種）との信頼関係が得られた。

•在宅チーム・病院スタッフの教育の場としても活用できた。

この尾道方式はなぜ機能したかについては、様々な点が指摘されている。まず、在宅資源、病院資源の整備を行ない、在宅スタッフの中心をケアマネ、病院スタッフの中心を地域医療連携室にしていることである。この地域連携室の役割が極めて大きいと感じた。次に、ケアマネに主導権を持たせる。C.C.進行の中心がケアマネージャーであることである。また、多職種協働を念頭に置いていること、ケアマネを筆頭に介護職の教育をきちんと行っていること、介護職をはじめスタッフの役割分担を決め、各々に自分の役割りを認識させていること、各々の役者のモチベーションを高めるように配慮していること、必要に応じて社協・民生委員に連絡していること、医師が準備は充分に行うが、決して出しゃばってはいないこと、院内の地域医療連携室をスリムにして、ケアマネを初めとして院外の介護職を充分に利用していること、医者、病院が患者を抱え込まないこと等が指摘される。

・終わりに

地域医療の先進事例である尾道市を訪問して次のことを感じた。

医師会会長の片山氏の強烈なリーダーシップと長年の地域医療の歴史とがあいまってこのようなスキームを実現したと考えられる。尾道市の医師は開業医、自治体立病院、中核病院等の医師を含め全員参加で行っているとのことで、例外は認められない。この背景には地元医師会を中心とするコミュニティが強かったことが挙げられよう。

訪問介護士が、法的制約等から機能しない面があると言われているが、このような多様な人々がチームを組んでやることで訪問介護士が機能するのではないかと感じた。

開業医からすると、病院で通院する人を診察する方が収入面で有利と考えていたが、往診料も健康保険で優遇されているし、収入面で見ても不利にならないとのことであった。

多分、人口15万程度の地域であること、及び面積が一定の地域であることが、本スキームが機能している条件ではないかと感じた。因みに、平成17年以降合併した因島等にはこのシステムは適用していない。なお、このようなシステムを見て高齢者が移住してくるケースもあるとのことであった。

これらからすると、尾道方式は地域医療の一つの（最先端の）解ではあるが、一般解ではなく、各地域でそれぞれの地域に応じた地域連携医療スキームを考えあべきであろうと考えた。

学研ココファン現地訪問記録

現地訪問日：平成 21 年 8 月

訪問・報告者：財団法人都市化研究公室 理事長 光多長温

株式会社学研ココファンは、平成 16 年に設立され、「ふれあいステーション」を南千束、蒲田、鶴が丘、青戸、等に開設している（資本金 4.2 億円、従業員 320 人）。以下で、その代表的な施設である南千束の施設を訪問した。

・施設概要

場所は、東急池上線長原駅から徒歩 7 分、大井町線北千束駅から徒歩 5 分ほどの交通至便な場所である。土地は 285 坪、施設は、1 階が、デイサービス、介護予防スペース、地域交流スペース、ヘルパーステーション、2 階がショートステイ（10 室）、3 階が高齢者賃貸住宅となっている。提携している病院があり、週に 1 回は医者が来てくれるので、実質的には病院併設施設と言っても過言ではない。

従業員は、ケアマネ 2 名、ヘルパー 2 名+、デイケアサービス 10 名（パート中心）、ショートステイは常勤 8 名、外に厨房及び運転手数名。合計約 30 名位の人が働いている。

1. 介護施設

- ・ショートステイとデイケアサービス施設から成る。
- ・介護支援サービスは、ケアマネ介護であり、2 名の常勤体制。
- ・ヘルパーステーションは、ヘルパー介護で 2 名の常勤及び自宅からの通勤ホームヘルパー 20 名体制。
- ・デイケアサービスは、日中のみの来訪としている。

ショートステイ

要介護 1 度以上の高齢者を対象に数日間のステイを受け入れる。本人の都合というよりは、家族の方が旅行される場合等に便利な施設となっている。住宅地の中にあるという立地条件から、需要は多い。平均利用日数は 4 から 5 日となっている。長い人でも 2 週間。稼働率は、当初計画では 100% を目標としていたが、現実には昼間の利用があり、これをダブルカウントすれば 120% にもなる計算となる。

利用する 2 ヶ月前の月末までに申し込む。ケアマネの方が送迎を行う。個室 10 室、内、スタンダード 6 室（12 m²）、特別室 4 室（15 m²、トイレ、テレビ付き）となっている。

食事は、共同フロアで摂る。栄養士がいて、各人ごとの栄養管理を行う。但し、調理はせずに調理済みのものをケータリングサービスで提供する。

大田区に位置する施設であり、大田区の人利用については、10% 負担、他の区の人には 100% 本人負担となるため、利用者は大田区の人に限られる。

デイケアサービス

介護の認定を受けた方に限定する。ケアマネの方が個々の方についてケアプラン（週単位、及び月単位）を作成する。要介護の方も有効期間があり、原則2年を限度としている。定員25名で、月約80名の高齢者が利用。平均的には、毎日20名位が来訪するので概ね稼働率は80%と高稼働率。多いときには抽選もあり得る。一般的には週に3回程度来る人が多い。

区認定なので、利用者は大田区の人を中心とする¹。3台の車を保有しており、車で送迎する。車で30分～1時間程度の地域の人、半径10キロ以内の地域を対象とする。

2. 高齢者賃貸住宅

概要

終身建物賃貸借住宅で、7部屋あり。26㎡～47㎡で、1名室4部屋、2名室3部屋、収容人数合計10名となっている。終身建物賃貸借契約とは、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づく借家権のことで、高齢者（60歳以上）の単身・夫婦世帯などが終身にわたり賃貸住宅に居住できる仕組みである。借家人が存命している限り継続し、死亡時点で契約が終了する制度である。期限が不確定であることや、借家人本人一代限りであることが、通常の賃貸借と異なるところであり、礼金や更新料・権利金は必要ない。

施設

終身建物賃貸借の事業の認可を受けており、高齢者の身体機能に対応し、段差のない床、階段、浴室などの手すり、幅の広い廊下などを備えたものになっている。部屋は、25.25～26.92㎡の1Rタイプ（4室）と47.34～49.2㎡の1LDKタイプ（3室）となっている。バリアフリー住宅となっており、共用部も室内同様、転倒防止のための段差の排除、手すりの設置がなされている。共用部分スペースにはベンチなども設置されている。

入居支払い方法

例：80歳の女性 単身で入居する場合

（1）一生涯家賃を全額前払いでまとめて支払う場合：約2,668万円（前払い割引後金額）

（2）一生涯家賃の半額を前払いし毎月の支払いを減らす場合：前払約1,334万円 + 毎月82,500円（前払い割引後金額）

（3）10年間分の家賃の半額を前払いして10年間の月々の支払いを減らす場合：前払約963万円 + 10年間は毎月82,500円（前払い割引後金額）。11年目以降は月払い。

（4）月払い契約：毎月165,000円（毎月の支払いのみ）

なお、終身建物賃貸借契約で前払いで支払った場合、契約を解除もしくは解約された際には契約書に応じた金額が返還される。

¹ 南六郷は都の認定なので都民であれば利用できる。

サービス

基本サービスは次の通りとなっている。

サービスメニュー	名称	内容	曜日・時間
緊急時対応サービス	緊急通報	突発的な事故、体調の急変などの場合に駆けつけ対応	常時
	リズムセンサー	設置された検知器が一定時間、生態反応がない場合、自動的に安否確認	常時
フロントサービス	宅配便預かり	不在時にフロントで宅配便を預かり	月～土 9:00～17:00
	郵便物預かり	不在時にポストに投函できない郵便物を預かる。	月～土 9:00～17:00
	来訪者への対応	不在時の来訪者の受付、不審者への対応を行う。	月～土 9:00～17:00
	ゴミだし	指定日にスタッフがゴミだしサービスをし、安否確認と朝の声かけを行う	指定日
健康医療相談サービス	医療連携	医師や看護師、提携医療機関で、健康に関するアドバイスをを行う。	月～土 9:00～17:00

有料サービス

(1)在宅介護サービス

介護が必要な状態になってからも、介護保険の相談、受付からケアプラン作成、生活援助・身体介護まで階下の「ココファン南千束」の介護事業所が相談を受ける。

オプションサービス（別料金）として、介護・医療が必要になった場合、訪問診療、ケアプラン、生活援助、身体介護まで、併設のココファン南千束が相談を受ける。1階のデイケアサービスの利用も可能。

(2)ふれあいサービス

基本サービスや在宅介護サービスにも居室への食事の提供や買い物代行、部屋の掃除、旅行時の部屋の換気、植物への水やりなどのふれあいサービスを有料で提供する。なお、朝食は650円、昼食800円、夕食800円となっている。あくまで、賃貸住宅ではあるが、3食出すことも可能。

感想

高級住宅地の真ん中で、立地条件からショートステイ、高齢者賃貸住宅ともに利用率は

高い。車の出入りが多いので近所からの苦情があるかとも思ったが、皆無であるとのこと。

採算的には、建物代は償還しているが、土地代を入れれば地価が高い場所でもあり、採算は難しい模様。モデル施設の位置づけでもある。現在、南六郷でオープンしているし、2010年には日吉に新たな施設をオープンするが、これらは土地代も含めて採算を確保する計画である。

高齢者賃貸住宅は、入居者の支払いにルールを作っており、現在のところスムーズである。支払い能力の問題等は現在は発生していない。デイケアサービスの現場を拝見したが、高齢者の方々がそれぞれのスタイルで楽しんでおられる姿を見て、都市内高齢者施設整備の必要性を改めて感じた。また、これだけの施設に約30名の方々が勤務しておられて雇用効果も高いと感じた。

稼働率も高く、現在のところ実験は成功していると言えようが、課題としては、採算性の問題、賃貸住宅の将来の支払い能力問題、従業員の方々の過密労働時間及び低報酬等があるが、全体としては意義あるプロジェクトと感じた。