

201201009A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾形 裕也

平成 25 年 (2013 年) 3 月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾形 裕也

平成 25 年（2013 年）3 月

# 目 次

## I. 総括研究報告

- 居住系サービス提供体制のあり方に関する研究 ..... 3  
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也

## II. 分担研究報告

### 第I章 ニーズ面から見た居住系サービスモデルの検討

1. ニーズ面から見た居住系サービスモデルの検討 ..... 11  
早稲田大学人間科学学術院 教授 植村尚史
2. 退院患者の支援ニーズと地域医療連携に関する検討 ..... 33  
早稲田大学人間科学学術院教育コーチ  
株式会社クオリティヘルスケア研究所 代表取締役 中原登世子

### 第II章 在宅医療、在宅介護の推進

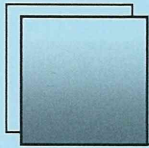
1. 退院調整の推進と在宅医療・介護 ..... 47  
九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也
2. 介護の改善と革新の可能性について ..... 63  
ピュアサポートグループ代表  
医療法人社団 大浦会 理事長 社会福祉法人 照敬会 理事長  
大浦敬子

### 第III章 海外調査報告

1. フランスにおける Hospital A Domicile (HAD) の調査報告 ..... 73  
早稲田大学人間科学学術院 教授 植村尚史  
早稲田大学人間科学学術院 助教 大島千帆
2. イギリスにおける Extra Care / Sheltered Housing の現状 ..... 85  
早稲田大学人間科学学術院 教授 植村尚史  
早稲田大学人間科学学術院 助教 大島千帆
3. イギリスにおける Sheltered Housing / Extra Care Housing 事例調査 ..... 101  
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 山本真理

4. OECD の調査報告 .....	141
早稲田大学人間科学学術院 教授 植村尚史	
早稲田大学人間科学学術院 助教 大島千帆	
5. 「居住系サービス」における質の評価（Ⅲ） .....	145
九州大学大学院医学研究院 准教授 鮎澤純子	
資料編 .....	205





## I. 総括研究報告

---

居住系サービス提供体制のあり方に関する研究

研究代表者 尾形裕也 九州大学大学院医学研究院 教授

研究要旨

本研究においては、国内外の「居住系サービス」について、その実情を調査するとともに、医療と福祉の「複合体」の経営状況の把握、病院退院者の実態把握、「居住系サービス」利用者の実態調査等を行い、「居住系サービス」の需給両面の実態把握に努めるとともに、それらの分析を踏まえ、適切な「居住系サービス」促進のための方策、医療と介護の総合的なサービスコーディネートのためのマネジメントのあり方等について検討を行った。これらの研究を通じて、医療・介護サービス供給の効率化と、退院後の「在宅」サービスニーズに適切に応えられる医療・介護の一体的サービス提供の両面から、最適な政策の方向性を示すことを目指した。具体的には、3年間の研究において、内外の文献レビュー、米国における Assisted Living Facilities の訪問調査、イギリス及びフランスにおける居住系サービスの現地調査、わが国の複合体等に関するアンケート調査等を実施し、最終的には、ニーズ面から見た居住系サービスモデルの提案、病院の退院調整の推進方策の検討、今後の課題と対応策等について論じている。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

植村尚史  
早稲田大学人間科学学術院・教授  
鮎澤純子  
九州大学大学院医学研究院・准教授  
大島千帆  
早稲田大学人間科学学術院・助教

A. 研究目的

平成18年度医療制度改革における柱の1つに、療養病床の再編成及び「居住系サービス」への転換の促進があり、各都道府県は「地域ケア整備構想」を策定し、これを進めようとしてきた。しかしながら、実際には、療養病床の転換は必ずしも円滑に進んでいない。その一方で、民主党政権下における見直しによって、介護療養病床の廃止期限は6年間延期された。

今後の急性期医療のあり方については、すでに「社会保障国民会議最終報告・医療・

介護費用シミュレーション」や民主党政権下における「医療・介護に係る長期推計」等において、「選択と集中」及び「機能分化と連携」の推進による在院日数の短縮化等の効率化を進めた後の姿が明示されている。これに対して、退院後の「受け皿」としての、医療・介護サービスと連携した「居住系サービス」のあり方については、必ずしも明らかではない。また、老人保健施設を含めた施設体系のあり方にも混乱が見られる。各種の調査においては、「在宅」での療養を望む国民が多数を占めているが、これをすべて「自宅」で対応することは困難であり、今後、相当量の「居住系サービス」を整備することが必要である。

本研究においては、今後の超少子高齢社会の中で求められる「居住系サービス」のあり方について、国民のニーズへの対応、サービスの質の確保、医療サービスの関わり方、施設体系、医療・介護報酬のあり方、

いわゆる「複合体」経営等を含め、最近の国際的な調査研究や政策の動向等を踏まえつつ、理論、実証両面から幅広く検討し、望ましい居住系サービスの姿について展望し、これを促進するための政策提言を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

1年目においては、居住系サービスに関する内外の文献や資料等について基礎的な調査研究を行うとともに、国内のフィールドとして設定した複数の複合体等においてヒアリングを実施し、居住系サービスに関する基本的な課題を抽出するとともに、アンケート調査の項目を具体的に検討した。

さらに、2年目において、居住系サービスの現状及び課題を把握するため、複合体等について、患者（入所者）の状態像（ADL区分、医療区分、要介護度）、入退院（所）の状況、提供サービスの状況、継続的なモニタリングの体制、シームレスなサービス提供体制、サービスの調整のあり方、医療・介護報酬のあり方、料金設定、複合体としての収益構造（の変化）等について総合的な調査を実施した。また、2、3年目において、欧米諸国の海外調査（フランス、イギリス、アメリカ、OECD）を実施し、各国の状況を把握した。

そして、3年目において、社会保障国民会議「医療・介護費用シミュレーション」、 「医療・介護に係る長期推計」等を踏まえて、今後の居住系サービスの必要量を推計するとともに、上記調査結果等に基づき、その供給体制のあり方及び質の高いサービ

ス提供の推進に向けた具体的な政策を構想し、提言としてとりまとめた。

### （倫理面への配慮）

倫理面の配慮については、一般的政策研究という本研究の性質上、特段の問題はない。

## C. 研究結果

平成24年度においては、おおむね研究計画に従って、3年計画の3年目として、内外の文献レビュー、アンケート調査及びヒアリング、海外調査（アメリカ、イギリス、フランス）等を実施した。本研究は、現在進められている平均在院日数の短縮、療養病床の抑制という政策の中で、「医療」「介護」「居住」というニーズを併せ持つ高齢者が、そのいずれかのニーズを充足できないまま、望まない「在宅」や入院、入所を選択するという事にならないようにするために、「医療」「介護」「居住」のサービスを一体的、あるいは、総合的に提供する「居住系サービス」のあり方を探るものである。特に、退院等を契機として、「居住系サービス」に「住み替える」ことで、最適な「在宅」生活を送れるようにするという視点から、退院後の「受け皿」としての「居住系サービス」に着目して、そのサービス内容、経営面からの課題、サービスマネジメントのあり方等について多面的に研究し、あるべき「居住系サービス」の実現に向けた政策的提言を行った。

平成24年度においては、イギリスにおける Extra Care/Sheltered Housing 及びフ

ランスにおける HAD について実地調査を行うとともに、2年目に引き続き米国における Assisted Living Facilities 及び Nursing Home に関する政策を中心に実地調査を含む調査研究を行った。また、急性期医療から在宅への復帰促進という観点から、いわゆる「退院調整」(discharge planning) に関して、イギリス NHS の退院調整チェックリストを日本の急性期病院の協力を得て、日本の実情に合った形に改めたリスト案を作成した。あわせて、これまでの研究成果を踏まえ、利用者のニーズ面から見た居住系サービスモデルについて検討し、「コミュニティ型居住系サービス」及び「小規模ターミナル型居住系サービス」の2種類のモデルを提案し、その課題と改善策の提示を行っている。

#### D. 考察

民主党政権下において、介護療養病床の廃止期限を延期する法改正が行われたが、こうした現状追認的な政策によって、今後急増する高齢者の複合的なニーズに適切に対応していくことはできない。すでに先進各国においては、急性期医療の確立とあわせて、居住系サービスの拡充による「在宅」対応の充実が図られてきている。わが国においても、急性期医療の確立とあわせて、早急にその整備を図る必要がある。両者はいわば「楯の両面」であり、その「同時解決」こそが、今後のわが国の医療・介護政策における中心的な課題であると考えられる。その場合、「在宅」こそが人々の「常態」であり、「入院」や「施設」は、本当にその

必要がある場合に限って限定的に運用されるべきであるという基本的な考え方に立って、政策を考えていく必要がある。

#### E. 結論

国際的に見て例外的に多い人口当たり病院数及び病床数を有するわが国において、その有効な活用を図ることが喫緊の課題である。このいわば「含み資産」を、今後、急性期医療・回復期医療・慢性期医療・在宅等に適切に配分し、全体としての効率化を図るとともに、機能分化と連携の体制を確立していく必要がある。

#### F. 健康危険情報

特に該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 尾形裕也、「日本における在宅医療の現状、課題及び展望」、『季刊社会保障研究』、47(4)、357-367、2012.
- 尾形裕也、「医療・介護提供体制の将来像と地域医療」、『ほすびたる』、No.655、9-13、2012.
- 尾形裕也、「医療計画の見直しと医療機関経営」、『Square』No.602、6-9、2012.

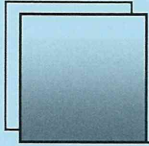


## 2. 学会発表等

- 尾形裕也、「医療・介護提供体制の長期ビジョンをめぐる諸問題」、日本医療マネジメント学会第3回鹿児島県学術集会・特別講演、鹿児島、2012.5.12.
- 尾形裕也、「医療・介護提供体制の将来像と地域医療」、第62回日本病院学会シンポジウム、福岡、2012.6.22.
- 尾形裕也、「医療制度改革と地域医療」、第51回全国自治体病院学会、高松、2012.11.8.

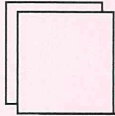
## H. 知的財産権の出願・登録状況

特に該当なし



## II. 分担研究報告

---



## 第 I 章 ニーズ面から見た居住系サービスモデルの検討

---

## 第 I 章－ 1 ニーズ面から見た居住系サービスモデルの検討

早稲田大学人間科学学術院 教授 植村 尚史

### はじめに＝居住系サービスを選択する理由

われわれは、主に、居住系サービスのニーズ面からの検討を行ってきた。とりわけ、長期入院是正政策の中で、医療と介護の両面のニーズを有する高齢者が、在宅で生活することが困難になる要因を明らかにし、それを可能にするための居住系サービスのあり方を検討してきた。

在宅での生活を困難にする要因としては、①訪問系の医療、介護サービスの量的な不足 ②家族や近隣による支援の困難さ（特に、一人暮らし等の場合、安否確認、投薬管理、食事等の日常生活上の支援を得ることの困難さ） ③居住環境が在宅での療養生活に適さないこと などの問題があることが明らかとなった。居住系サービスは、高齢者の生活に適した住環境と、日常生活支援サービス、医療、介護サービスが提供されることで、②③の問題をカバーし、医療、介護ニーズのある高齢者がまとまって住んでいることで、サービス提供を効率的に行うことが可能になり、それによってサービス事業者の参入が促進されることで、①の地域のサービス提供の量的な不足も解決できることにつながり、在宅療養の受け皿として最適なものではないかと考えられる。

イギリスの Sheltered Housing の報告<sup>i</sup>にあるように、高齢期の住宅は、本来、その人のライフステージに合った住まい方のために自ら選択する「住まい」という積極的な位置づけがなされるべきであり、医療・介護サービスが必要になった場合は、サービスが住居にやってくるというのがあるべき姿である。医療・介護サービスや生活支援サービスが必要となったために、そこに引っ越すための住居というのは、消極的な位置づけでしかない。しかし、日本の現状を見ると、高齢者住宅は、身体的、精神的な衰えから、それまでの住居に住み続けることが困難になった高齢者の受け皿という消極的な位置づけである場合が多い。居住系サービスも、それまでの生活を維持することが困難となった場合の転居先の選択肢という位置づけがもっぱらである。これは、ライフステージが変わっても、住み慣れた自宅に住み続けることが幸せという意識が根強いことと、転居は、「住」に対する公的な支援のほとんどない日本の現状では、利用者に多額の費用負担を強いることになるためである。

本稿では、このような日本の現状に立って、転居が必要になった高齢者にとって、現実的で最良の選択肢としての居住系サービスのモデルを示すこととする。イギリスのように高齢者向けの住宅を積極的に選択するということが一般的となった場合には、居住系サービスのモデルも違ったものとなる可能性がある。そのような時代が来ることも考慮し、高

<sup>i</sup> 本報告書「イギリスにおける Extra Care /Sheltered Housing の現状」の章を参照されたい。

高齢者が主体的に居住系サービスを選択できるようにするための条件整備についてもふれることとしたい。

## 1. 居住系サービスへの「転居」を必要とする高齢者像

### (1) 居住系サービスに対するニーズの類型化

これまで本研究で行われた調査等によって、居住系サービスへの転居を必要とする高齢者像は、大きく以下の3つの形に分類できることがわかった。

- ① まだ要介護状態ではないが、単身または老夫婦で、体が弱くなり、日常生活が不安になってきたために、見守り、緊急時の対応等のサービスが受けられ、清掃や食事の提供が受けられる住居へ住み替えるケース。＝ここでは、「早めの住み替え型」と名付けることとする。
- ② 急性期の病院に入院し、緊急の状態は脱したが、ADLが低下しており、日常生活を自立して送ることが難しい高齢者が、退院後の住まいとして入居するケース。療養型の病院や老人保健施設からの退院・退所の場合も含まれる。<sup>ii</sup>＝ここでは、「退院の受け皿型」と名付けることとする。
- ③ ギリギリまで在宅で療養生活を続けてきたが、病状の悪化、認知症の重度化等により、在宅生活が困難になり、医療、介護サービスの充実したところに転居せざるを得なくなったケース。<sup>iii</sup> 末期癌などの場合で、治療不可能というようなケースも含まれる。＝ここでは、「ターミナル型」と名付けることとする。

以下、それぞれのケースについて、典型的な高齢者のニーズと必要なサービスについて考察する。

### (2) 早めの住み替え型の場合

このケースの高齢者の身体的状況は、ADLは自立ではあるが慢性疾患があり通院しているというような場合が多い。認知症の症状はないか、あってもごく軽い場合が多く、日常

<sup>ii</sup> このケースに関しては、厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成22年度報告書 分担研究報告書「第3章長期入院患者の「受け皿」としての居住系サービスの可能性に関する研究」を参考にされたい。

<sup>iii</sup> このケースに関しては、厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成23年度報告書 分担研究報告書「都心地域における居住系サービスのあり方（新宿区を例として）」を参考にされたい。



生活には支障がないというケースがほとんどである。ただ、体力的な衰え、意欲の衰えがあり、清掃、食事などの日常的なサービスがないと非健康的な生活に陥る可能性がある。また、転倒や急な病状の悪化などの不安があるため、定期的な安否確認や緊急時の対応が期待できることが望ましい。

このようなニーズに対応するサービスの形態としては、バリアフリーの居室と安全面に配慮した浴室等の設備があり、毎日の食事と定期的な清掃のサービスがあり、安否確認や緊急対応のための管理人が常駐している（夜間は警備会社等への委託の場合もある。）というようなものである。これは、現行制度の枠内で考えれば、ケアハウスあるいはサービス付き高齢者住宅にほぼ相当する。

しかし、このようなニーズを持つ高齢者像を入居者として考える場合、顕在化しているニーズだけでなく将来のニーズも考慮する必要がある。一般に、高齢になるほどADLは低下し、慢性疾患の病状は悪化し、認知症の発生率も増大する。現在の生活に不安がそれほどなくても、早めの住み替えを考えるケースでは、将来のより大きな不安に対する対応を期待している場合がほとんどである。したがって、要介護状態になった場合には退居しなくてはならないというようなことでは、早めの住み替え型のニーズには的確に答えられないことになる。

将来の医療、介護ニーズの増大に対する対応であるため、常時必要なスタッフを確保していく必要はない。医療、介護ニーズの状況は入居者によって異なっているため、特定施設入居者生活介護の指定を受けておくのは、かえって非効率である。医療、介護サービスは「外付け」で足りる。しかし、イザとなったらその時は地域の訪問サービスで対応というのでは不安が大きい。地域の医療、介護資源を十分に調査し、事前に提携関係を結んでおくとともに、地域の資源では確保できないサービスについては、自前で提供できる体制を整えておくことが望まれる。特に、医療サービスに関しては、かかりつけ医と、それと連携した訪問看護サービスが確保できる関係をつくっておくとともに、看護サービスの確保が難しい場合は、日常的な健康管理と合わせて、看護師の常駐も検討されてよい。この点では、現行のケアハウスやサービス付き高齢者住宅には不備なところが多い。

### （3）退院の受け皿型の場合

退院の受け皿型としての居住系サービスに対するニーズは、長期入院を余儀なくされている高齢者の実態を調査することで、裏側から明らかにすることができる。長期入院を余儀なくされている患者の調査結果から、長期入院の背景には、医療、介護ニーズのみではなく、「見守り」、「緊急時の対応」とか「話し相手」といった日常的な生活ニーズが、在宅

では充足できないという事情があることがわかった。<sup>iv</sup> 退院の受け皿型としての居住系サービスでは、こうした在宅では充足できないニーズに対応することが求められる。すなわち、「医療ニーズ」「介護ニーズ」「居住ニーズ」のすべてに対応できるサービスがシームレスに提供されるものでなければならない。

しかし、医療ニーズに関しては、医療への不安は大きいですが、医師による常時の医学的管理が必要なケースはそれほど多くない。亜急性期、回復期で、一定レベルの医療が確保される必要があるケースもあるが、その場合でも、医師の包括的な指示の下での看護師によるケア、療士士によるリハビリ等で足りる場合がほとんどである。<sup>v</sup> 一方、病気の後遺症や入院による筋力の低下等のため、日常生活に支障があり、介護のニーズを有する 경우가多く、日常生活に支援が必要であるが家族の支援が得られないというケースも多い。こうしたことから、退院の受け皿型としての居住系サービスに求められるのは、病状の確認や投薬管理などの日常的な医療サービス、日常生活介助やリハビリを中心とした介護サービス、食事や清掃、安否確認等の日常生活支援サービスなどが中心となる。

急性期病院からの退院直後の入居の場合などは、回復期リハビリテーション病院や療養型病院の代替の役割を果たすことがある。このような入居者に対しては、常時の医学的管理は不要でも、医師の管理の下にあるという安心感をもてるような体制が求められる。この場合、重要なのはかかりつけ医との連携である。入居前からかかりつけ医が決まっていれば十分な対応が期待できる場合を除いて、居住系サービスの入居者としてかかりつけ医を決めて、契約を結び、定期的な訪問、緊急時の対応等が可能なようにしておくことが望まれる。同時に、医師の指示を受けて具体的な処方を行うと共に介護サービスとの連携窓口として、看護師を常駐させておくことが望ましい。また、看護師がケアマネージャーを兼ねており、事業所として居宅支援事業所の指定を受けていれば、介護サービスの調整も可能となり、より適切なサービスの提供が可能になるだろう。

このように、退院の受け皿型の場合は、入居の事情から、医療に対するニーズが大きいですが、必要なことは安心の確保であり、高度なサービス提供体制を整えておく必要はない。介護ニーズも大きいですが、介護保険の範囲内で在宅でも受けられるサービスがあれば対応が可能であり、適切なマネジメントが確保できれば、「外付け」でも対応可能である。退院の受け皿型の場合、入居者の介護ニーズは様々であり、状態が変化する可能性も高い。特定施設入所者生活介護の指定を受けてしまうと、入居者の要介護の改善が経営の悪化につながり、柔軟な対応が難しくなる。

退院後自宅に戻れないという高齢者の多くは、日常生活の不便さと病気の悪化等への不安がその理由になっている。<sup>vi</sup> この場合の入居者の本当のニーズは安否確認、緊急時の対

<sup>iv</sup> 厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成 22 年度報告書 分担研究報告書「第 3 章長期入院患者の「受け皿」としての居住系サービスの可能性に関する研究」を参照されたい。

<sup>v</sup> 同上

応などの生活支援ニーズにあるとあってよい。家族に代わって、常時、きめ細かな生活支援を行うことが、入居者と家族の安心につながる。地域において、適切な医療、介護サービスが期待できる場合には、居住系サービスは、きめ細かな生活支援サービスの提供と外部のサービスとの連携、調整を行うことに特化し、軽装備で費用を軽減することに努めた方が、選択される居住系サービスとなるだろう。

#### (4) ターミナル型の場合

このケースの場合は、常時介護が必要な場合がほとんどであり、急な病状の変化や認知症への対応も求められる。緩和医療など、かなり高度な医療行為も必要になる。在宅療養を続けていても、ターミナルで医療依存度が高くなると入院に至るケースが多い。しかし、入院すれば延命治療が行われることが多く、費用負担と本人の苦痛の両面から問題が発生する。自宅で静かに最期を迎えたいという希望は強く、自宅に代わる居住系サービスのニーズも根強い。しかし、このようなケースに対応するためには、居住系サービスの側でも、相当の体制を整備しておく必要がある。

都市部などで、在宅医療、訪問看護の体制が整っているところでは、地域の医療サービス、介護サービスを利用しながら在宅での療養生活を送ることが可能となっており、在宅での療養が困難になるのは、医療、介護サービスの量的な不足によるわけではない。新宿区の地域包括支援センターでのヒアリングによると、在宅での生活を困難にする要因の大きなものは、転倒の予防や急激な病状の悪化への対応といった「見守り」サービスを24時間提供しなくてはならないことと、認知症の悪化に伴う重篤な周辺症状への対応である。<sup>vii</sup> 24時間切れ目なく「見守り」などの生活支援サービスを提供し続けることは、在宅では、たとえ家族がいても困難であり、居住系サービスはその部分を担うことが求められているが、地域の医療、介護サービスを肩代わりすることまでは求められていない。また、医療、介護サービスが普及しておらず、ほとんどを家族の負担で対応しているような地域では、家族の支援が得られない場合は早めの住み替え型か退院の受け皿型となってしまうので、ギリギリまで在宅でというターミナル型のニーズはそれほど多くない。一方、都市部では、訪問サービスが充実しているところほど、ターミナル型が必要となる。

このように考えた場合、ターミナル型は医療、介護サービスが充実している都市部を中心に立地し、手厚い生活支援サービスの提供と地域の医療、介護サービスとの連携を中心としたサービス提供体制を整えることが求められるということになる。ギリギリまで在宅

---

<sup>vi</sup> 厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成22年度報告書 分担研究報告書「第3章長期入院患者の「受け皿」としての居住系サービスの可能性に関する研究」を参照されたい。

<sup>vii</sup> 本報告書「「やむを得ざる転居」をする要介護者の医療・介護・生活支援ニーズ」の章を参照されたい。

でという人の受け皿として考える場合は、それまで利用してきた医療、介護サービスが継続して利用できることが望ましく、日常生活圏域内に住み替えるという形態が適している。その意味では、比較的小規模のものを多数提供するということが必要になる。<sup>viii</sup>

## 2. 居住系サービスの提供体制のあり方

### (1) 自ら提供するサービスと「外付け」のサービス

1、で述べたように、居住系サービスには、「医療ニーズ」「介護ニーズ」「居住ニーズ」それぞれに対応したサービスを確保することが求められる。この3つにニーズに総合的に対応しようとする場合、その方法としては2つの方法が考えられる。1つは、これらのサービスを自ら提供するという方法である。この場合、「介護サービス」「居住サービス」は、介護保険における特定施設入所者生活介護の指定を受けることで、介護保険を利用したサービスの提供が可能である。このような居住系サービスを、ここでは「特定施設型」と名付けることとする。「特定施設型」では、介護保険の対象とならない「医療サービス」の確保が課題となる。一部の有料老人ホームなどでは、看護師を常駐<sup>ix</sup>させて、病状の管理をするとともに、定期的に医師の訪問診療を受けられるようにしている。また、提携病院を持っていて、緊急の場合は、提携病院に連絡して入院の依頼をしているところもある。もう1つのあり方は、居住系サービスとしては、「居住サービス」のみを提供し、「医療サービス」「介護サービス」は、地域の訪問医療、訪問看護、訪問介護などのサービスを利用する形態である。これを「外付け型」と呼ぶことにする。外付け型は、特定施設型と異なり、介護や医療のニーズのある高齢者だけを対象としているわけではなく、入居者が、介護、医療のサービスを必要とするようになった場合に、地域で利用できる訪問医療、訪問看護、訪問介護などのサービスを利用するにすぎない。したがって、そのようなサービスの利用に関しては、一般の住居に居住している場合と同様である。外付け型の考え方は、「住」に付帯するサービスと個人の病状やADLに応じて必要となるサービスに分けて考えることがわかりやすい。つまり、食事の提供、清掃等の管理サービスと見守り、安否確認、緊急時の対応等の基礎的な生活支援サービスは、「住」に付帯するサービスとして、居住系サービスの設置主体が提供すべきであり、医療や介護サービスは、居住に伴うサービスとは別に、居住者個々のニーズに応じて提供されるものであるから、居住系サービスとして提供しなくてはならないものではなく、地域のサービスが利用できる場合にはそれで足りるという

<sup>viii</sup> この点に関しては、厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成23年度報告書 分担研究報告書「都心地域における居住系サービスのあり方（新宿区を例として）」を参考にされたい。

<sup>ix</sup> 「常駐」の意味は日中は常駐しているということであって、24時間常駐ということではない。ただ、24時間常駐しているところもある。

ことである。

しかし、わざわざ居住系サービスに転居しようとする高齢者は、そこで「医療サービス」、「介護サービス」が利用できることを期待している場合が多い。地域のサービス資源を活用するだけであれば、一般の在宅生活と変わらず、居住系サービスのメリットは少ない。とはいえ、医療、介護サービスを優先させるのであれば、それは病院や施設と同じであり、住居とはいえない。特定施設型の有料老人ホームなどは、特別養護老人ホームのデラックス版にすぎず、そこに住居としての実態はみられない。住居であるならば、在宅の場合と同様に、医療、介護サービスを含めて、生活スタイルの選択が可能でなければならない。

在宅生活と同様の生活スタイルを可能としつつ、外付け型で必要な医療、介護サービスを確保するには、どのような方法があるのだろうか。1つの方法は、医療、介護サービスの運営主体が同一、または、同じグループ内で居住系サービスを提供するという形態である。このような形態は、病院を中心としたサービスグループが居住系サービスを運営している場合によくみられるものである。サービス供給量が少なく、事業者の参入があまり期待できない地域では、このような体制をとることはきわめて効率的で確実なサービス確保の方法であり、レベルの高いサービス提供を実現しているところもある。しかし、高齢者側からみると選択の対象が特定されることになり、正常な競争を阻害するおそれもある。別主体であっても、相互の連携がしっかりと築かれていれば同様の効果は期待できる。連携の形が目に見える形態としては、居住系サービスの建物あるいは敷地内に、医療、介護サービスの拠点が存在するという場合が考えられる。別主体であっても、連携の形が目に見えることで、入居者の安心感は大きくなる。これまで調査した居住系サービスのいくつかがこのような形態のものであった。<sup>\*</sup>このような場合、各サービスの包括的なマネジメントを実施できるように、在宅介護支援事業所を居住系サービスの中に設置しているようなケースも存在する。

このように、居住系サービスは、見守りなどの生活支援サービスによって生活上の不安を少なくすることができるという点にメリットがあり、必ずしも居住系サービスの中で医療、介護サービスの提供体制を整える必要はないが、地域の資源と連携し、確実なサービス提供を確保しておく必要があり、そのために具体的な連携の体制を築いておくことが重要である。

## (2) 早めの住み替え型の場合の提供体制のあり方

早めの住み替え型に求められるサービスとしては、当面のニーズに対応するものとしては生活支援サービスのみであり、その意味で生活支援サービス付き住宅といってもよい。

---

<sup>\*</sup> 厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成 22 年度報告書 分担研究報告書「居住系サービス事業者調査」を参考にされたい。



サービス付き高齢者住宅をはじめ、現在提供されている居住系サービスは、早めの住み替え型の性格を有しているものが大部分である。しかし、前述のように、早めの住み替え型の潜在的なニーズは、将来の不安に対応したサービスが受けられることである。この点が欠けていると「選ばれる居住系サービス」とはならない。しかし、当面は早めの住み替え需要にだけ対応して、将来は医療、介護サービスを提供するという体制を整えておくことは、現実には難しい。将来に備えて、地域の医療、介護サービス事業者と提携を結んでおくというのも実効性の確保ができない。

このように考えると、早めの住み替え型だけに対応した居住系サービスを単独で提供する体制というのは考えにくい。必要なときに医療、介護サービスが容易に利用できるという観点からは、病院、老人ホーム等を経営する、いわゆる「複合体」の事業の一環として居住系サービスを提供する体制の方が適切であるということになる。そうでなければ、すでに医療、介護ニーズが顕在化している退院の受け皿型という性格も併せ持った形で、医療、介護のニーズのレベルが様々な段階の高齢者が混在するコミュニティとしての居住系サービスとして展開していく方が、現実的で、かつ、居住者のニーズに合ったものとなるだろう。

### (3) 退院の受け皿型の場合の提供体制のあり方

前述のように、退院の受け皿型の居住系サービスでは、「医療ニーズ」「介護ニーズ」「居住ニーズ」の3つにニーズに総合的に対応することが求められる。しかし、これらのニーズにすべて自前のサービスで対応していくことは難しい。これらのサービスに総合的に対応できる居住系サービスの提供主体として、まず考えられるのは病院を経営する法人が自ら経営する病院の退院先として居住系サービスを提供するという形態である。病院の近くで居住系サービスを提供し、病院の近隣地域を対象として、同一法人またはそのグループで、訪問医療、訪問看護、訪問介護のサービスを展開する。訪問サービスは、居住系サービス居住者に特化したものでなくても、そこにサービスを利用する高齢者がまとまって住んでいることで、効率的なサービス提供が可能になる。病院としては、退院後の受け皿が確保できることで、早期の退院が可能になり、ベッドの回転率がよくなる。三方一両得の提供体制といえるだろう。

しかし、こうした体制の場合、病院を中心とした医療、介護を必要とする高齢者だけのコミュニティを地域の中に生み出してしまうことにつながり、地域社会に負担を押しつけることになりかねない。また、サービスが特定集団に閉じてしまい、自由な競争が阻害されるおそれもある。また、急性期の大学病院等が充実しており、一方で在宅医療、在宅看護、在宅介護のサービスが普及している大都市部では、そのような居住系サービスの形態は成立しにくい。病院を中心とした「複合型」のサービス提供形態も一つのモデルではあ

るが、早めの住み替え型と退院の受け皿型の両方の性格を有し、多様な高齢者のコミュニティとして、地域の医療、介護サービスと連携して、入居者のニーズに応じていくような居住系サービスのあり方も示す必要がある。

#### (4) ターミナル型の場合の提供体制のあり方

ターミナル型の居住系サービスは、在宅での生活を困難にする要因をカバーし、それまでの生活が継続できる住まいを提供することが役割である。したがって、それまで利用していた訪問サービスも含め、様々な生活関係が維持、継続されるような形態が望ましく、小規模なものをきめ細かく提供していくという形態が最も適している。また、前述のように、家族の支援が得られない高齢者が、ギリギリまで通常の住居で生活するというのは、現実的には都市部でなければ困難であり、ターミナル型単独の居住系サービスは都市部を中心に考えていくことが適当であろう。それ以外の地域では、早めの住み替え型や退院の受け皿型の居住系サービスにおいて、ターミナルまで住み続けることができるためのサービス提供体制の整備という文脈で考えていくことが現実的である。