

参考2：Lovat Fields Village

- ・ 218居室のうち、100居室が賃貸方式である。現在の入居者は340人である。
- ・ 毎週火曜日は、新規入居者を歓迎するためのミーティング等を住民が行なっている。
- ・ 住民中心のボランティアを積極的に活用している。これはコストを抑える点、仕事を創出する上で機能している。
- ・ 居室ではペットを飼うことも可能である。
- ・ アクアティビティの機会が沢山準備されている。卓球、ビリヤード、カードゲーム等のグループがある。
- ・ 外出は、地元のコミュニティバスを活用したり（福祉バスもあり、費用を負担すれば車椅子のまま乗車可能である）、自己所有の車を活用している。
- ・ 居室での困りごとが発生した場合には、電話番号555に連絡すれば対応してもらえる。
- ・ 昼食は、月曜日から金曜日まで提供しており、1日40食から50食程度が利用される。土日は70食に増える。
- ・ 共有ランドリーコーナーがあるが、利用頻度はかなり変動がある。

<図Ⅲ-3-13>外観 (Lovat Fields Village)

居室棟 (外側から)

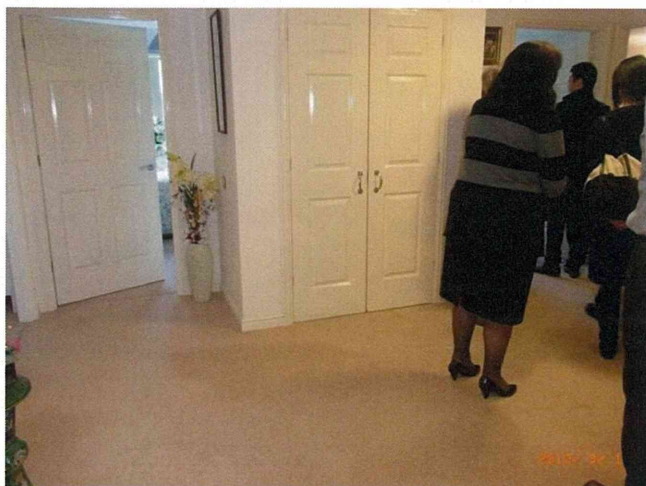


居室棟 (内側から)



<図Ⅲ-3-14>居室 (Lovat Fields Village : 2ベッドルームタイプ)

玄関内

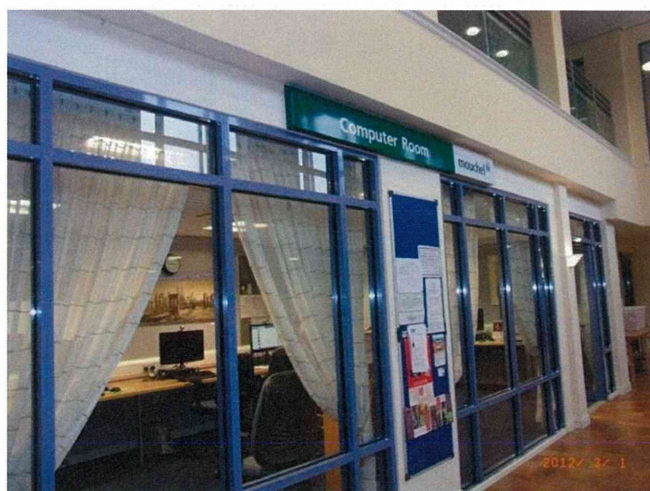


バスルーム

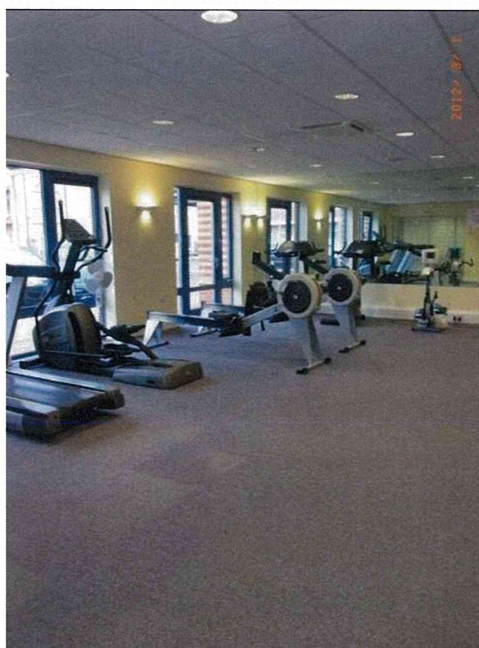


<図Ⅲ-3-15>共有スペース (Lovat Fields Village)

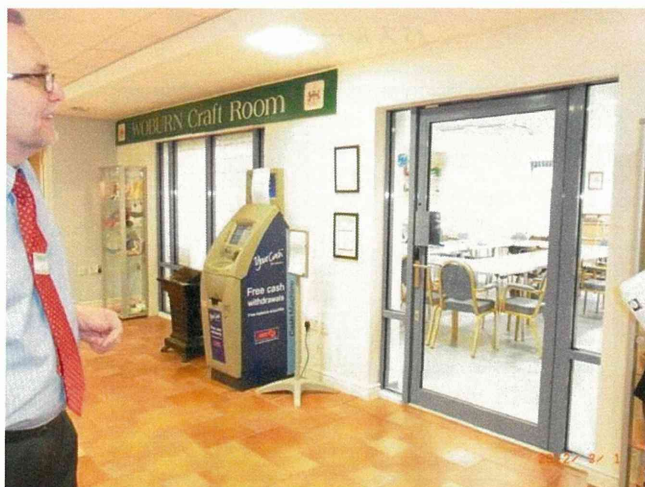
インターネット室



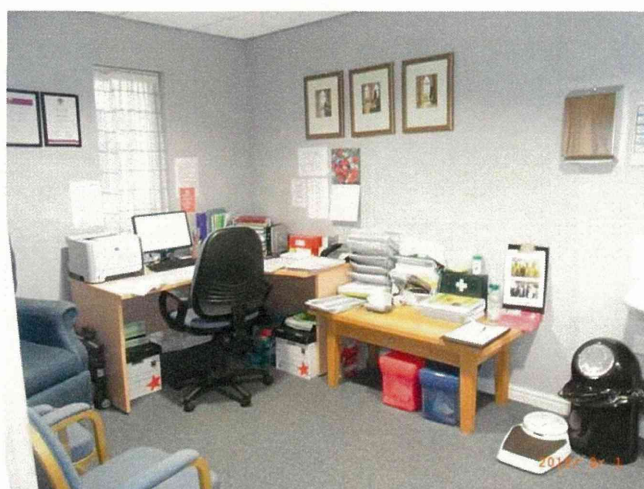
ジム



木工室



健康管理室



(3) Richmond Pulse (エクストラ・ケア・ホーム)

－Richmond Housing Partnerships (RHP) が運営するエクストラ・ケア・ホーム－

①入居者の決定方法

- ・ 賃貸方式の居室の入居者は、リッチモンド市が決定する。入居者は、リッチモンド市民であることが条件であり、ケアニーズとハウジングニーズを勘案して優先順位が決定される。決定にあたっては、審査パネルが設置されており、RHP 職員、リッチモンド職員（住宅担当と福祉担当）で構成される。

②建設費、販売方式、運営費 等

- ・ 当エクストラ・ケア・ホームの開発にあたっては、土地購入代金の総額£900 万のうち、リッチモンド市より£300 万の助成金の支給を受けた（残りは銀行融資による）。借入金は、分譲方式による収入から返済しているところである。
- ・ 分譲方式の居室は、人気がある。これは、ケアニーズが考慮されることはなく、転売も可能である。そのためウェイティングリストが作成されている。ナーシングホームとは異なり、エクストラ・ケア・ホームは自宅は資産査定の対象とならないため、売却する必要がない。入居者としては資産が残ることになる。行政としては、ナーシング・ホームの運営に、入所者一人当たり£2,000/週かかっているが、エクストラ・ケア・ホームはそれよりも安いコストとなっている。また、ナーシング・ホームは施設ケアであるため、入居者の自立的な生活は実現しにくい（常にテレビの前に座っている状態に陥りやすい）。

- ・ 法人としては、エクストラ・ケア・ホームの新規開設を検討しているところである。その際は、割合に応じた分譲方式のユニットを中心としたいと考える。リッチモンド市内でも民間事業者の参入が進んでいる。相場としては£40万（100%分譲方式）が主流である。
- ・ 当エクストラ・ケアホームは34戸の賃貸方式の居室を有している。賃貸方式の居室に入居できる要件は、年収が£25,000以下であり、資本£50,000以下の55歳以上が対象となる。
- ・ ソフトについては、ケアUKが自治体とケア時間数をもとに契約をしている。全入居者の合計ケア時間が340時間/週を上回れば、追加の補助金が支払われる。

③入所者の状況

- ・ 84歳女性一人暮らし。もともとシェルタード・ハウジングに10年以上生活していた。リッチモンド市民である。当エクストラ・ケア・ホームには2年前に転居してきた。
- ・ ウェイティングリストには3名登録があり、毎月数名の退出がある。ナーシング・ホームに転居したり、ここで死亡するケースが大半である。
- ・ ナーシング・ホームに転居した例は、自立した生活を継続できていたが、転倒を3回繰り返したケースであり、その後、入院し、急激に心身機能が低下したため、ナーシングホームに入居した。当法人でも病院に入院しないようにするにはどうしたらよいかを考えている。入院すると心身機能が急激に低下することを実感している。
- ・ 自治体では、エネーブリング・チームを作っており、高齢者の自立生活維持のための方策（自分でできるようにするための支援）を検討している。
- ・ 社会住宅で生活している住人の中から、エクストラ・ケア・ホームの入居候補者は、アダルトサービス部門（福祉部門）が審査をし、検討を行っている。指標となるような項目が設定されている。手順としては、自己アセスメントを行なった上で、福祉部門の担当者が評価を行う。両者を比較すると通常、自己評価の方が高くなる傾向にある。アセスメントを実施する理由は、当エクストラ・ケア・ホームと別のエクストラケア・ホームの対象を決定する場面で使用される。最初に福祉部門にアセスメント実施依頼（紹介）がある（病院やナーシング・ホーム等）。ジョイント・アセスメント・パネルを活用して、行政もアセスメントを行なっていく。社会住宅部門は介護者と同居しているといった必要な部屋の状況を、福祉部門はケアニーズから、法人は施設の管理上の意見を三者三様で意見交換する。
- ・ 当法人のエクストラ・ケア・ホームに入居する場合に受けるアセスメント票と、自宅

生活者で使用しているアセスメント票は同じものを使用している。対象者にどの程度のケアニーズがあるのか、どのような住宅ニーズがあるのかを評価する項目で設計されている。

- ・ 夜間にケアの必要がある高齢者の場合（移動時に転倒した、階段を移動できない等）や、徘徊の状況が、それまでの住宅では生活できないといった住宅ニーズについてアセスメントを行なう。
- ・ 以前は、サポート体制の低いシェルタード・ハウジングはあったが、ケアの必要度が高まれば、レジデンシャル・ホームに移るしか選択肢がなかった。その間の居住の場を提供するサービスがなかった。エクストラ・ケア・ホームはその中間的な位置づけであった。ナーシング・ホームとシェルタード・ハウジングの間が、エクストラ・ケア・ホームであるといえる。ナーシング・ホームの体制では、高齢者が自立した生活を実現できない。また予算がかかり、行政にとっても理想的ではない。当事者が求めているのは、介護などの依存度は変動しても継続して生活できることである。
- ・ ナーシング・ホームの費用は、医学的治療費用（短期の医学的ケア例えば緩和ケア等）は NHS が負担する、対人サービスは自治体負担、利用者の応能負担で賄われている。病院から退院した後は、NHS から自治体に費用負担が移行するのである。退院後の 6 週間から 8 週間は自治体から退院支援のサービスが提供される。いずれにしても退院後は、自治体に費用負担が移るのである。
- ・ 入居者の構成は、ケアニーズの低中高を同じ割合ずつにしておくことが重要である。これはコミュニティづくり、ホームの雰囲気づくりの点で重要である。住民は、ジョイントパネルを設置しており、主体的に議論を行っている。また、住環境が変化することで、住民の自立度が高くなることを実感している。

④支援の必要度と勤務体制等

- ・ 夜間に一人の介護士が勤務している。23 時から 8 時まで対応している。入居者全員のケア時間の部ブロック数は、340 時間/週に含まれる。
- ・ 340 時間以上の時間数が発生すれば、それごとに請求（精算）できるのである（資料を送信する予定）。
- ・ ケアニーズ目安としては、ケアニーズ低、中、高の 3 ランクがあり、低は 7 時間/週から 10 時間/週、中 11 時間から 17 時間、高 18 時間から 40 時間であり、これに人数が乗じられて配置が決定される。この基準は、このエクストラ・ケア・ホームの考え方である。
- ・ 最低必要なケア時間は、15 時間/週としていたが、それでは多すぎた。そのため 7 時

間に下げた。ケアニーズは変動するものである。毎日3回継続的にケアに来る状態である。これが高の40時間の設定である。

- ・ 郵便受けまで手紙を取りにいけない住人については、介護士には依頼できない規程となっている。そのため、買い物支援なども含めて、1週間に1回だけでそうした時間を行政が支援することを決めた（自宅にいれば、家族に対するレスパイトサービスもなる）。
- ・ エクストラ・ケア・ホームは、ケアニーズのレベルの異なる人を組み合わせることが、重要である。低い人ばかりを集めると、エクストラ・ケア・ホームとしてのバリューを発揮することができない。一方、高い人ばかりを集めると経営上成り立たない。コミュニティ・スピリットを構築していくためにも組み合わせが重要であるのである。

⑤費用負担について

- ・ 居室の賃貸料にはケア等の費用も含まれている。常勤のスキームマネジャーの人件費（RHPのスタッフ）、サポートワーカー（常勤換算1人/日）の人件費のうち80%を自治体が負担、20%を賃料から捻出する。サポートワーカーは毎朝の安否確認を行っている。自立支援のためのアセスメントも行なう（例えば、自分でくつ紐が結べるかといった状態評価の結果から、必要な機関につなげる役割を担う）。電気が消えている場合に連絡を受け、直す人につなげる役を担う。共有空間の清掃料も賃料から出る。トイレの清掃、修繕等も賃料に含まれている。スキーム・マネージャー（RHPの職員）はウォーデンの役割を果たしている。家賃を払っているか、近隣者とのトラブル調整。人件費は、スキームマネジャー、サポートワーカーの人件費は£75,000/年（2人）であり、£50,000を行政が負担している。
- ・ サザック区で聞いたサポートティングワーカーは国としては補助を中止することが決まったが、リッチモンドでは市単で補助を継続する予定である。

⑥今後の施設整備について

- ・ 当法人では、19箇所のリタイアメント・ホームのスキームを運営しているが、さらに増やしていくことを考えている。法人としても今後の方針について検討するため、今年の4月にコンサルタントに委託して調査をする予定である。なお、リッチモンドにおいても、既に調査を実施した。ウェイティングリスト対象者に、一般的にはリタイアメントホームについては人気がない。シェルタード・ハウジングが大半であったため入りたい人が少ない。シェルタード・ハウジングの4、5カ所を再開発して、特種なハウジングニーズを持ったにしたいと考えている。例えば、高齢者、障害者、認知症者をターゲットとしている。そうした考えを持っている。我々にとっての対策は、

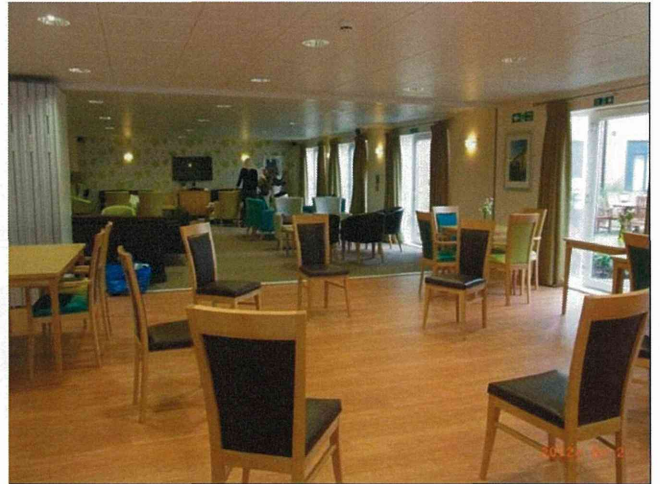
75%はリッチモンドの住人であるためリッチモンドの方針に沿ったものであるべきである。

- ・ 調査の結果、高齢者の中には、割合に応じた所有権方式を望む“隙間市場”があることもよく分かった。
- ・ エクストラケアは、ミドル層もターゲットにしているサービスである。持ち家があつて30万ポンドを持っていれば、それを売ってエクストラケアに入る。資本があれば、そのお金を使ってサービスチャージを払いながらサービスを使う。お金を使い切つて£20,000を下回れば、行政が支援をしてくれる。介護ニーズが高くなれば優先されるのは当然である。
- ・ ここは、中間層をターゲットとしており、英国もそれを推奨している。ナーシング・ホームは資産の処分が必要であるが、ここはその必要はない。
- ・ 家族介護を受けている住人は、同居している。分譲は自分の自己判断でよい。賃貸は、2ベッドを賃料として払えばよい。但し、同居家族が許容されるのは、ケアニーズとは別に賃貸ではいる公営住宅の住人であることの規程がある。
- ・ リッチモンド市が実施した調査では、ウェイティングリスト対象者について尋ねると、ファミリーサイズの居室に対して15人待ちがある。一方、一人に対して4件の社会住宅（シェルタード・ハウジング）が提供されている。シェルタード・ハウジングはあまっている。リッチモンド市民は希望しないので、他の自治体の住人に入ってもらっている。エクストラ・ケア・ホームにニーズがあるのでその整備が課題となっている。市民のニーズであるし、自治体としても財政負担が軽くなるというメリットがある。
- ・ 政府機関HCAが公表している資料がある。その一つとして予算確保するための申請をしている。特種なニーズを持ったハウジング計画に関する検討を行う予定である。
- ・ 地域住民の交流の場を演出しており、レストランの解放、エクササイズの共有化（公民館機能）などを行なっている。

<図Ⅲ-3-16>外観 (Richmond Pulse)



<図Ⅲ-3-17>共有スペース (Richmond Pulse)
居間兼食堂



<図Ⅲ-3-18>居室棟内の廊下 (Richmond Pulse)



<図Ⅲ-3-19>居室内のベッドルーム (Richmond Pulse)
他にキッチン付の居間、バスルームあり



<図Ⅲ-3-20>家族等来訪時に使用するゲストルーム（有料）（Richmond Pulse）



4. 考察

事例インタビュー調査結果を踏まえ、日本における居住系サービスのあり方を検討する上での論点と考えられる事項について検討を行った。

（1）低所得者、中間所得者向けの住宅確保

事例インタビュー調査の結果、シェルタード・ハウジング、エクストラ・ケア・ハウジングの整備にあたり、入居要件の設定と、住宅給付金の支給条件の両面から、高齢低所得者向けの住宅の、低所得者に対する入居枠の確保が進められていることが明らかになった。

具体的には、調査対象とした、Southwark Council、Richmond の両自治体では、シェルタード・ハウジングの入居要件に公営住宅居住者であることを設定しており、住宅福祉サービスを要する世帯に利用を限定していた。また、賃貸料に対する住宅給付金の支給についても、現金および固定資産を対象とした負担能力の査定が行なわれ、それに応じた個人負担額が設定されていた。また、エクストラ・ケア・ハウジングについても、賃貸方式の居室入居者については、公営住宅居住者の割合を設定するなど、地域住民の年齢構成、所得構成等を勘案した、計画的な高齢者向け住宅の確保を行なっていると考えられた。

近年、イギリスでは高齢者集合住宅の開設・運営主体が、公から民にシフトしていることが指摘されている。^{iv} そのため、地方自治体は、高齢低所得者向け集合住宅を直接確保できないため、その誘導策として、民に対して、公有地を低価格で販売、建設費の一部補

^{iv} プレア政権の医療福祉改革 伊藤善典 ミネルヴァ書房 2006年

助等を行うなどの施策を講じていた。結果的には、こうした方策により、賃貸料や分譲価格を安く設定することができ、中間所得者層の利用も可能になっていることが伺われた。

(2) 高齢者の資産維持と住み替えニーズの実現を両立させるための方策

事例インタビュー調査の結果、両自治体においては、レジデンシャル・ホームやナーシング・ホームは、自治体の財政負担が重いことから、ベッド数が削減方向にあり、その受け皿として高齢者向け集合住宅の整備が進められていることが指摘された。

一方で、利用する高齢者は、住み替えや、介護サービスの利用によって資産を取り崩すことには抵抗があり、できる限り資産を維持しながら、必要な時に生活支援や介護サービスが利用できる生活の場を確保したいというニーズが浮き彫りになった。

実際、Milton Keynes 市では、公的介護サービス（対人ケア）を利用する際の自己負担額は、持ち家を査定対象から除外し、かつ、貯金等の現金資産の保有額に応じた応能負担にする仕組みをとっていた。結果的に、住み替えニーズのある高齢者は、現金資産と、必要に応じて持ち家を売却した資金をもとに、エクストラ・ケア・ハウジングの所有権（分譲）を購入すれば、将来の公的介護サービス（対人ケア）の利用に際しての自己負担が軽くなるというインセンティブを享受できる仕組みとなっていた。

また、事例インタビューの対象であったエクストラ・ケア・ハウジングでは、所有権（分譲）方式の居室は、退去時に法人が、ほぼ 100%の額で居住者からその権利を買い取ることが契約されていた。そのため、高齢者は、現金資産や入居時に売却した持ち家の資産相当額を現金で確保することができると考えられた。

さらに、入居者の希望に応じて、公的介護サービス（対人サービス）の利用に伴い発生した個人負担額を、退去時に所有権（分譲）額から差し引くというサービスもみられた。こうした方式により、将来どの程度費用がかかるか不確定な、公的介護サービス（対人サービス）の利用料についても、一定の安心感を持って生活ができることが推測された。

なお、現時点では、レジデンシャル・ホーム、ナーシング・ホームは、持ち家の資産価値も応能負担の査定対象となっている。

以上のように、高齢者の資産維持を実現しつつ、心身機能の低下や単身世帯等になることによる住み替えニーズに対して、持ち家から離れることのメリットを居住系サービスの契約形態に組み込んでいる点が参考になると考えられた。

(3) 居室の環境等に関する示唆

①居室の環境

事例インタビュー調査の対象のシェルタード・ハウジング、エクストラ・ケア・ハウジングの1居室の面積をみると全体で60㎡から80㎡であり、ベッドルーム、キッチン付き居間、バスルームで構成され、日本におけるファミリータイプのマンション形態として見られる居室形態であった。日本のサービス付き高齢者住宅の面積要件は25㎡以上であるため、それと比較するとゆとりがあるが、いずれの国においても、ある程度、高齢者にとって管理のしやすい居室面積が求められていることが伺われた。

②夫婦以外の家族等の同居の選択

調査対象のエクストラ・ケア・ハウジングでは、居室の選択によっては、家族等との同居も選択できる仕組みとなっていた。但し、同居者は、所在する自治体住民であることが要件にかされていた。高齢者向け集合住宅の中での支援の担い手ともなる同居家族等も居住できる仕組みは、ニーズにも合致すると考えられた。

③心身機能が低下しても居室空間を変えない

事例インタビュー調査の対象であったシェルタード・ハウジング、エクストラ・ケア・ハウジングでは、入居時から心身機能が低下し、介護が必要となっても、居室を移動することはなく、生活の場を維持することが重視されていた。必要に応じ、往診や看護サービスといった医療サービスも居室内で提供されていた。

(4) 入居高齢者の心身機能の維持に向けての示唆

①役割の創出

インタビュー対象であったエクストラ・ケア・ハウジングでは、入居高齢者の心身機能の維持に向けて、大学と共同で実証研究が進められていた。途中経過として、エクストラ・ケア・ハウジングで生活している高齢者の方が、従来の自宅生活者と比較して、心身機能の維持・向上が見られることが伺われるとの指摘があった。

その要因として、高齢者の役割の創出が指摘されていた。従来のコミュニティでは、心身機能が低下しつつある高齢者は、役割を得る機会が乏しい。一方、エクストラ・ケア・ハウジングでは、生活支援等を行うスタッフが、黒子となり様々な方法で、入居している高齢者に役割を創りだすことを重視している。その、前提として住人同士が主体的に活動を企画し、生活環境を維持していくための、仕事を割振り、担っているという。

こうした意図的な役割の創出が、高齢者向けの集合住宅における心身機能の維持に寄与していることが推察された。

②アクティビティの提供

様々な年齢、性別、生活状況にある入居者ではあるが、趣味活動等アクティビティが、新たなコミュニケーションの機会を提供したり、高齢者の状態変化をモニタリングする機会となっていることが伺われた。具体的には、運動、絵画、手芸、木工、ビリヤード、園芸、旅行等多様なメニューがあり、入居者も支援する側にまわりながらアクティビティの機会を創出していることが、心身機能の維持に寄与していることが伺われた。

③認知症症状への対応

インタビュー対象であったエクストラ・ケア・ハウジングでは、認知症症状が見られる入居者への支援として、スタッフに特別な研修を実施し、生活の中で症状の維持・緩和を図る取組みを実践していた。調査時点では入居者の10%程度に認知症症状が見られるとの指摘であったが、こうした取組みにより、精神科病院への入院が不要となったり、服薬量の減少等が事例としてあることが指摘された。

今後、居住系サービスの中で生活を維持していくためには、認知症症状に対する支援の方策について検討することが不可欠と考えられる。

④共有スペースの強化

調査対象事例のシェルタード・ハウジング、エクストラ・ケア・ハウジングでは、居間、食堂、談話スペースを始め、ジム、売店、理美容室等の空間が、共有スペースとして整備されていた。これらは、入居者が利用するのみならず、近隣住民も利用できる仕組みになっていた。こうした場が、いわゆる従来の自宅で生活を継続している高齢者の支援の場にもなっていた。また、共有スペースのサービスは、地元民間事業者がテナント料を支払い、サービスを提供している例もあった。実際、場所によっては利用者が、入居者以外の利用も多いことが推測された。

なお、調査対象事例のケースでは、いずれも共有スペースは、居室棟から屋根づたいで移動し、利用できる物理的環境にあった。バリアフリーになっているため入居高齢者にとっては移動しやすい工夫がなされていた。

⑤電動式車椅子等の福祉機器の利用

移動能力の低下によって入居者の生活空間が狭まることのないよう、様々な工夫がなされていた。例えば、電動式車椅子（電動式バイク含む）は居室前の廊下から、高齢者向け集合住宅から外部へ出るところまで障害なく利用できるようになっていた。充電設備、棟内の駐車場が分かりやすく示されており、福祉機器を効果的に活用できる環境の工夫が随所に見られた。

⑥心身機能・年齢構成

調査対象事例としたエクストラ・ケア・ハウジングでは、総戸数に占める介護を要する入居者の割合を3割程度と設定していた。これは、入居者の中でのコミュニティ活動の維持、配置職員のケア量（公的介護サービスは除く）を勘案し、経験的に結論づけた割合との指摘であった。

このように、居住系サービスの運営にあたっては、入居者の心身機能・年齢構成が重要であり、このバランスを確認しながら、入居者全体の心身機能の維持を図っていく仕組みづくりが重要であることが伺われた。

⑦高齢者向け集合住宅に対する積極的なイメージづくり

調査対象事例としたエクストラ・ケア・ハウジングでは、高齢者向け集合住宅に対する積極的なイメージづくりの重要性を指摘していた。それは、従来のレジデンシャル・ホームやナーシング・ホームとは異なり、自発的に選択した自分の生活の場であることを重視していた。そのため、高齢者向け集合住宅は、実際は終の棲家になっても、転居時点では人生の終点ではなく、人生の途中経過であり、今後も自分の選択によって、生活の中であらゆる可能性があることをイメージできるよう意識づけているとの指摘があった。

実際、調査対象事例はいずれも、さしづめリゾートホテルや、旅館のイメージであった。それは必ずしも、豪華さや華やかさを示しているのではなく、生活を続けていくことへのおもしろさ、人との出会い、やすらぎを得られる場を創出していることを意図しているものであった。

このように、あえてそれまでの住居から離れて高齢者向け住宅を選択することへの積極的なイメージや価値を実感できる、居住系サービスが期待されていることが推測された。

<参考>

「Sheltered Housing の入所条件」

（自治体と住宅協会の資格）

ほとんどの sheltered housing 住宅は、地方自治体または住宅協会が家主である。これらの住宅のニーズは多く、入居待ちリストがある住宅もある。申込者は入居の際、多くの場合一定の資格条件をクリアしなければならない。通常、以下の証明が必要である。

- 現在の住宅がニーズに合っていない。
- 医療的、または社会的に引っ越す必要がある（例：病気、障害、家族の近くに引っ越す必要があるなど）
- 自分で家が買えないため、賃貸住宅に住む必要がある。

- 既存の市営住宅または住宅協会の sheltered housing の場合、家主にそこに引っ越すことを告げる必要がある。

(出典) NHS Choice の HP より

<http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/sheltered-accommodation.aspx>

Eligibility for local authority and housing association schemes

「Extra Care Housing の概要」

「Extra care housing は、ときおり very sheltered housing または housing with care と呼ばれることもある。」別名として、Extra Care Sheltered Housing、Very Sheltered Housing、Housing with Care、Assisted Living Homes が挙げられている。

(出典) NHS Choices HP :

<http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/extra-care.aspx>

第Ⅲ章－4 OECD の調査報告

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

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」の一環として、2013年2月15日、OECD事務局を訪問し、医療課介護部門のチーフ Francesca Colombo 氏及び Yuki Murakami 氏と面談し、OECD 諸国における居住系サービスの動向及び在宅医療への取り組みについて、OECD の調査内容をもとに説明を受け、日本の実態を説明して意見交換を行った。主な内容は以下のとおりである。

○長期入院の是正と在宅療養の推進

OECD 全体としては、長期ケアを受けている人の3分の2が在宅ケアを受けている。昔は、ナーシングホーム中心であったが各国とも在宅の方向に政策を転換している。

患者の視点からも、長期的な方向性からみても、在宅の方向が妥当ということで各国の見解は一致している。

○各国の在宅促進政策の取り組み状況

- ・スウェーデンの ADULT(1992)－国がすべてを執行する形態から、行政責任をコミューン（市町村）にもっていく。いくつかの疾患について、クオリティインディケータをみることで、入院を防いでいるかどうかを評価できるようになっていて、それによって市町村の費用補助を変えている。
- ・デンマークでは、在宅での受け入れ体制が市町村で整えられていないと、入院費用を市町村が負担する。
- ・フランスでは在宅の方が利用者の自己負担が少なく、ナーシングホームの負担が負担が重いようして、経済的に誘導。
- ・ニュージーランドやカナダでは、事業者へのインセンティブとして施設の場合の報酬を減らした。
- ・多くの国でとられている在宅サービスの供給の拡大の方法＝在宅のソーシャルワーカーの数を増やす。24時間サービスの提供、ケア付き住宅・デイケアセンターの供給など
- ・DRG による費用支払い方式は、在宅医療に関しても効果がある。

○入院と在宅の中間的な施策に関する各国の取り組み

- ・カナダ、アイスランドー病院の中に費用が少なくてすむベッドを指定し、退院できない人達のケアのための中間的な位置付けとする。
- ・オーストラリアのトランジショナル・ケア・プログラム＝退院が可能な状態の患者を特別に受け入れるためのプログラム（中間施設）
- ・フランスの在宅入院制度（HAD）、イギリスのインターミディアットケアに関しては、他の国も関心を持っており（特にスカンジナビア諸国）。デンマーク、ノルウェーでは政策作りが始まっている。ただし、形態については各国ばらばら。
- ・中間的な施設等にどうやって円滑に移行させるのかについてが重要視されている。ただ、こちらも定まった方法があるわけではない。
- ・これらの評価については、まだ定まっていないが、プログラムごとには一定の研究成果がある。

○入院と在宅の費用と満足度について

満足度・QOLについては、在宅の方が高いことは実証されている。社会的コストについて、入院・入所と在宅のどちらが費用がかかるのかについては、明確ではない。ケアのニーズが低い患者に関しては在宅の方が費用が少ないことがわかっているが、ケア・ニーズの高い患者についてはそうではない。その境界がどこなのかについては明らかになっていない。

中間的な施策についても、コストは減っているが、コミュニティケアができていないと再び入院になってしまうケースが多い。新たな投資を考えると、費用が減っているとは言いきれない。

長期的には、高齢者が増えて慢性疾患が増えることは間違いないので、そういう場合に、どうやって入院しなくてもよくするのかということは重要なので、各国でどのような取り組みをして、どのような成果をだしていくかについては、OECDとしても関心を持っている。

○制度化、規制等について

在宅ケアの規制に関してはまだ不十分。行政のコントロールが効かないところが多い。様々な形態があり、実態が先行している。ただし、病院・施設に対する規制が大きすぎて、そのための負担が大きいという面があるので、規制が少ない在宅ケアのメリットもある。規制と助成の制度化については、各国とも定まった方式があるわけではない。

しかし、たとえば、中間的な施設がどういう定義で、どのような役割を果たしているか、ガイドラインがはっきりしていないと、重度の患者ばかり引き受けて、費用がかえってか

かるということになってしまう。したがって、定義づくりと、それがきちんと守られるようなガイドラインが必要。

○OECD の現在の研究と出版物の予定

- ・ 入所待ちの期間、規制など介護の質に関する研究の出版物が今年の 6 月にでる予定である。
- ・ また、プロジェクトして入院日数に関する分析を行っている。ワーキングペーパーを作成し、近く公表する予定。
- ・ クオリティレビューのシリーズとして、各国別に、プライマリケアの役割などに関して分析している。対象は 10 カ国。すでに、韓国とイスラエルについてのレポートが出ており、今年中に、スウェーデン、デンマーク、トルコのレポートが出る予定。(日本は対象になっていない。) 各国で注目されているのは、プライマリケアの役割の位置づけと、退院から在宅へつなぐ際に統一的なマネジメントをどのようにして確保するかということ。

第Ⅲ章－5 「居住系サービス」における質の評価（Ⅲ）

九州大学大学院医学研究院 准教授 鮎澤純子

I 本年度の分担研究の概要

1. 本分担研究の目的

近年医療はもとより介護・福祉においてもそれぞれの分野における「質の評価」が課題となっている。本研究において検討する居住系サービスについても、その質の評価に関する検討が必要となることはいうまでもない。しかしながら、質の評価についてはいまなお、決定的な方法があるわけでもない。特に介護・福祉の分野においては、質の評価の必要性は論じられながらも、それぞれの分野またそのサービスにおけるそもそもの「質」の定義や指標の設定などについて様々な議論がある段階である。

居住系サービスについて、日本における新しい高齢者サービスのかたちとしてそのあるべき姿を検討するのであれば、その質の評価についてもあるべき姿を検討しなければならない。

そこで、本分担研究では、医療のみならず介護・福祉の領域の質の評価において先行する諸外国における居住系サービスに関連するサービスの質の評価について調査研究し、「今後の超高齢社会のなかで求められる居住系サービス」にふさわしい質の評価について検討する。

医療・看護・福祉における質の評価には、その背景に、それぞれの国の文化や制度が深く関わることになる。諸外国の取り組みを参考に日本の文化や制度を踏まえた質の評価を検討しなければならない。

なお、質の評価については、評価内容だけでなく、評価方法、評価結果の活用方法などを総合的に検討していかなければならない。特に質の評価が継続した質の保証（quality assurance）と質の向上（quality improvement）に向けたインセンティブとなり得る仕掛けを制度のなかにどのように織り込んでいくかは重要な検討課題となる。本分担研究では、最終的にそうした評価システムについての提言を分担することも予定している。

2. 本年度の分担研究内容

研究の1年目にあたる平成22年度は居住系サービスにおける質の評価に関する基礎的な調査研究およびデータ収集として、アメリカのNursing Homeの質の評価を中心に文献調査及び情報収集を行った(表1)。

2年目にあたる平成23年度は、「アメリカのContinuing Care Retirement Communitiesに関する文献調査と情報収集」「アリゾナのContinuing Care Retirement Communitiesに関する考察(視察報告)」「アメリカのNursing Homeにおけるサービスの質の評価に関する検討」「嚥下機能の維持・向上に向けた実践マニュアルと評価表の作成」に取り組んだ(表Ⅲ-5-1)。

3年目にあたる平成24年度は、最終年度のまとめとして居住系サービスの提供体制のあり方に関する政策提言と質の評価システムについての提言につなげるべく、「ニューヨーク市の高齢者対策に関する情報収集」「アメリカのLong Term Careにおけるサービスの質の評価とその活用方法に関する情報収集と検討」に取り組んだ。

<表Ⅲ-5-1>平成22年度及び平成23年度の分担研究内容

平成22年度

1. 本分担研究の目的
2. 「アメリカのNursing Homeの質の評価」に注目した理由
 - ・アメリカのNursing Homeにおける質とその改善の経緯について
 - ・アメリカにおけるLong Term Careの様々なサービスについて
3. Nursing Homeの質の評価に関する注目すべき取り組み
 - (1) 監視役・推進役としての「オンブズマン」
 - ・The National Long Term Care Ombudsman Resource Centerによる推進
 - (2) 「resident's rights (居住者の権利)」
 - ・「The Veterans Health Administration (VHA)」の「Patient and Nursing Home Resident Rights and Responsibilities」
 - ・「Medicare」の加入者向けNursing Homeに関するパンフレット
 - ・カナダ・オンタリオ州の「Every Resident: Bill of rights for people who live in Ontario long-term homes」
 - (3) 「resident centered care」
 - (4) 「Culture Change」
 - ・Pioneer Networkの「Culture Change」のキャンペーン
 - ・The Green House Projectによる実践
 - (5) CMSの評価システム: 「Nursing Home Quality Initiative」「Minimum Data Set」「Quality Measures」「Five-Star Quality Rating System」「Nursing Home Compare」「Special Focus Facility Initiative」
 - ・「Nursing Home Quality Initiative」によるNursing Homeの質の評価の取り組み、
 - ・Quality DataとしてのMinimum Data Set
 - ・「Quality Measures」
 - ・「Five-Star Quality Rating System」
 - ・「Nursing Home Compare」
 - ・「Special Focus Facility Initiative」