

徘徊、迷子が頻回で事故の危険性がたかい。暴力行為などで家族との同居が困難。

2. 家族の負担感

家族と同居している場合、家族さえ許容してくれば、どんな状態でも家に住み続けることが出来るが、家族も仕事などがあり、十分な介護が出来ないことがある。それを家族が精神的に苦痛を感じるほどの負担となった場合。

それまで同居していた家族との折り合いが悪くコミュニケーションがとりづらい場合。

実際に、このような状態まで本来の自分の家にいた場合、「住み替え」を決めるのは、本人ではなく、ご家族である場合がほとんどである。

一般的な経過としては、骨折などのイベントがあり、急性期病院での手術、そして回復期リハビリテーション病棟などでの入院の後で、家族が家に連れて帰れないと判断した時に、「あったらいい」ものが居住系サービスではないだろうか。

ところが、実際には、ここで居住系サービスがないために、長期療養病院への入院や、老健などの施設入所が続くこととなる。再度、ここで考えたいのは、たとえそこが個室であっても、施設入所、入院を半年以上続けるのは幸せかということである。

そもそも、病院や施設は住む場所ではないし、住む雰囲気には作られていないからだ。しかも、いまだに多くの施設、病院は多床室である。特別養護老人ホームは終の棲家と思われているが、未だ多床室の施設も多い。全室個室の施設もあるし、いわゆるユニットケア型の施設もある。しかし、それらの施設は、実は運営が難しく、「施設内閉じこもり」が多いとも言われている。

それら施設に替わるものはないのだろうか。否、そもそも入院、施設入所が、家よりも前に住むところとしてあげられるようになってしまった、日本の今が歪んでいることに注目すべきではないだろうか。

そして、そのタイミングは上記のように、本人の自立が難しい状態であって、家族が彼らを支えられない時であると考えられる。

「人生の質を保つための高齢者の住み替えの時期は、介護が必要になった上、家族が在宅介護に耐えられない状態になった時である。」

このような仮説の上に、私たちは「シニアリハウスシステム」という介護が必要になってからの住み替えシステムを開発した。したがって、当グループには高齢者専用賃貸住宅のような大きなサイズのものほとんどない。自立して生きていけるのであれば、元の家にしたほうがいいという信念に基づいているからである。

(2) シニアリハウスシステムとは

シニアリハウスシステムの本質は、状態に応じてそれに合った形の家に住み替えて行くことである。状態対応には2種類あり、ひとつは家の立地条件、もうひとつは家内部の構造である。また、特に夜間の安心を考えた時、ひとつの建物に10名以上が住むモデルである。また、最期まで住み替え

ながら家に住むのが前提なので、在宅サービスが効果的に提供されることが条件となる。以下これらの特徴について述べていく。

★何故、住み替えシステムなのか？

何故、介護を必要としてからの住み替えが必要なのか。同じひとつの家で生活し続けることは出来ないのだろうか。

もし、同じ家で住み続けられると仮定するのであれば、どんな状態であっても、元々住んでいた家に住み続けられるはずである。それが出来なくなる状態になるから、住み替え、もしくは、施設入所が必要になってくるのだ。

では、施設入所や入院では、この住み替えに近いことが行われているだろうか。

実は行われている。病棟運営では、重症患者ほどナースセンター近くにベッドが配置される。認知症で見守りが必要な患者は、昼間でもナースセンターの前に座らせられている。しかし、軽症の患者は病棟の端っこの病室に置かれる。これが病棟運営の常識なのである。

つまり、医療・介護を効率的に行うには、その患者、入所者の状態モニタリングの質と量を考慮した配置が必要だということだ。これを「家」に応用したのがシニアリハウスシステムなのである。

★住む場所(病院、公共施設との関係性など)

高齢者は、精神身体的状態によって必要なものが違う。

まず、完全に自立しているならば、生活がしやすいことが第一条件である。家はスーパー、商店街、銀行や郵便局などの公共機関の近くにあるほうがよく、高齢者が移動しやすいように、公共交通機関のターミナル近くが良い。つまり、一般的な利便性が立地に求められる。現役世代よりも行動範囲は狭いと思われるので、出来れば300m以内にスーパーなどがあれば生活しやすいだろう。これを「自立高齢者向き住居」と呼ぼう。海外で independent house と呼ばれている種類の建物である。

さらに、認知症であっても、要介護認定は高くても身体は動くので、このような立地条件であれば買い物など生活リハビリの幅を広げることが出来る。

基本的にはこの段階で病院の近くに住む必要はない。この段階で病院の真横などに建った有料老人ホームなどに入居すると、無駄な医療費を使うことになりかねないからだ。持続可能な社会保障を目指すのであれば、無駄な医療費とは何かを国民教育するのは、厚生労働省の最重要課題であると考える。

要介護状態が進行するにつれて、通所、病院受診などが増えて来るので、住み替える時、介護施設や病院に徐々に近づいていく。住み替えの回数は、おひとり1、2回であると想定している。頻回の住み替えは認知症の悪化を誘発する可能性もあるからだ。

住み替えは、基本的には同じ中学校区内くらいの狭い範囲で行われる。また、同じ法人グルー

プで継続的なサービスを行うことで、どこに行っても同じ雰囲気でのサービス提供が行われるので、一般的な「場所を変えたためのせん妄」はシニアリハウスではあまり起こっていない。

住み替えが行われるのは、病院、施設との位置関係もあるが、家内部の構造がその方の状態に合ったものにするためである。(後述)

家の場所としては、要介護状態が高くなれば、最も病院に近い家に住み替えるのがよいと考えている。そこが終の棲家となるのである。ほぼ寝たきり方が入居する住まいは、動ける方が入居する住まいとは間取り、部屋の広さが違うべきである。(後述)最期に必要なのは、やはり、看取まで安心して行うための医療へのアクセスの良さであろう。病院に隣接した敷地で、緊急時に病院スタッフがかけつけられることが最期の安心につながる。

これらの住み替えが本来であれば、元の家近くであることが望ましい。それまでいた地域とのつながりが切れないようにしたいからだ。「無縁社会」と言われる昨今だが、実際にはまだまだ多くの日本人は、地域とのつながりを大切にしている。東日本大震災に際しても、多くの人が転居を望んでいない。数十年に一度は津波が襲う地域でも住み続けているのは、その地域に愛着があるからで、この愛着が生きる意欲につながる場合も多いので、安易に元住んでいる家から高齢者を出してしまうべきではないだろう。

どうしても転居が必要な状態になった時、同じ地域にいて、友人たちとの交流、家族との関係性が変わらないことが「転居によるせん妄」を最小限にすると考えられる。

★一軒の家の間取り、大きさ、人数

上記のように住み替えていく建物を自立高齢者向き住居、要介護高齢者向き住居、重介護者向き住居と分けて、特徴を述べてみよう。

1. 自立高齢者向き住居

対象者 : 自立生活をしているが既に独居に不安がある高齢者。(虚弱高齢者)

食事を常時自分で作るのは困難。

コンセプト : 虚弱になっても普通の暮らしが継続できる家

住居の特徴 : 共有部分に、風呂、食堂がある。共有部分は、1階に集中させる。

部屋は24㎡以上を確保。部屋はもっと広くても良い。

基本的に洗面台、トイレなどは身体障害用の仕様であることが望ましい。

余裕があれば、身体が汚染された時用のシャワーを用意する。

(当グループにはない)

基本的には一部屋である。2室にするにしても、ひとりで掃除をするのが困難である高齢者が自分で管理できる程度の大きさにする。

共有部分に風呂があるのは、風呂掃除が出来なくなってから住み替えることを想定しているためである。24㎡ほどの個室で満足できるくらいの自立度であれば、風呂

掃除は難しく、基本的に訪問介護員に任せることになる。この個室の大きさはケアハウスのものであるが、個室に風呂を設置したケアハウスでは、風呂部分は物置き(納戸)となっていることが多い。

個室部分は離れていてマンションのようなかたちである。

立地： スーパー、商店街、公共施設に歩いて300m～500mほど。

2. 要援護高齢者向き住宅

対象者 : 要支援、要介護高齢者

コンセプト : 介護を受けながら、プライバシーを守れる家

住居の特徴 : 海外にある assisted living に似た特徴を持つ。

2階建。18室が基本。

風呂、食堂兼リビング(LDK)が個室と同じフロアにある。

9室前後の個室に対してひとつのリビングがある。

プライバシーの確保のため、リビングと個室に続くの廊下はドアで仕切られている。

食堂兼リビングには大きなキッチンがついており、生活リハビリが可能である。

個室は18㎡ほどである。

個室には身体障害者向けのトイレ、洗面所がついている。

自立高齢者向きのものとの大きな違いは、食堂のありかたである。要援護高齢者向きなものでは、入居者の動ける距離に制限があるので、生活空間の移動距離が短くて済むように、部屋の近くに食堂兼リビングを配置している。

キッチンがついていることで、食堂兼リビングの雰囲気はぐっと家庭的になる。さらにキッチンを用いて生活リハビリをすることが可能だ。特に認知症対応型として運営している要援護高齢者向き住宅では、食事準備、料理を入居者の輪番制としている。生活リハビリとして行うために、訪問介護員がそれを支援する。役割を持つことで入居者は自分の精神的居場所を確立することが出来る。

自立高齢者向き住居が、個室でひとつの家として成り立っているが、要援護高齢者向き住居は、この食堂兼リビングまで含めてひとつの家として成り立っている。

立地条件 : より病院、施設の近くに立地

参考資料 章末図1, 2 はっぴいはうす

実際の家をより模倣するために、廊下幅は90センチ。

個室の広さも15㎡ほど。

プライバシーの確立を考え、わざと廊下に死角がある。

章末図3 はっぴいはうす式番館

グループホーム型高齢者優良賃貸住宅案件。

要件を満たすために、廊下幅が広い。

(そのために家とは感じられない。)

3.重介護者向き住宅

対象者 :要介護認定4、5の重介護者、とくに寝たきり高齢者

コンセプト :寝たきりになっても人の温かみを感じられる終の棲家

住居の特徴:共用の食堂兼リビングが個室と同じフロアにある。

風呂は重介護用特殊浴槽と普通の風呂を用意した。自力で移動できる人はいないと想定している家なので、介護用エレベーターで行き来し、風呂は一か所に集中させている。

要援護高齢者向き住宅と違うのは、リビングと個室の位置関係である。要援護高齢者向き住居では、共用部分であるリビングと個室はリビングのドアと廊下によって仕切られている。しかし、重介護者向き住宅では、個室のドアはリビングに向かっており、廊下らしい廊下は存在しない。入居者が寝たきりであることを考慮し、寝たきり状態でも人の温かみを感じられる空間構成がこの住宅のコンセプトだからだ。ドアを開ければ、そこにスタッフや他入居者のいるリビングがある。人の声、台所の音、お味噌汁の匂い、など、生活を寝た状態でも感じられるように作っている。

そのために、個室も10㎡前後と大変狭い。寝たきり状態であれば、本人のためには広い個室は不必要のはずだ。もし、椅子に座るのであれば、リビングにそのスペースはあるので心配ない。寝たきり状態の方のプライバシーについては、あまり語られたいが、本人にはっきりとした意志があり、個室に閉じこもることを希望する場合もある。そういう時は決してこちらから無理強いしてリビングに出すことはない。しかし、人に慣れてくれば、必ずリビングで過ごす時間は出来てくるものである。

立地条件 :当直医のいる病院の隣接地

参考資料 章末図4 ホスピケアホーム

個室は狭いが、全室リビングに向けてドアがある

一部コネクティングルームとなっている。

スタッフルームが2つ、広めにある。(色んな職種が色んな使い方が出来る)

ひとつのスタッフルームは、別のドアを持っている。

★一軒の家における住宅としてのサービスとは？

では、何故、住み替えであって、同じビルの中にそれらを配置しないのか？

大きなビルを建てて有料老人ホームにし、その中に以下のように機能の違う部屋を配置することは可能である。そのほうが効率的でもある。しかし、そこには高齢者とスタッフしかいない。あまりにいびつな種類の構成人員で、数十名、数百名が同じビルの中にいる。それは果たして人間らしいものであろうか。

シニアリハウスが求めるのは、家族と家庭の温かさである。

施設をいくつか建設してきて感じるのは、大きな施設、病院をどんなにきれいに作っても、「家庭」

の機能を果たすことは出来ないということだ。定員50名のケアハウスを作ってみて、私には違和感があった。施設は当時地元で話題になるほどきれいだったし、交通至便、評判よく、H12年当時、まだ、ケアハウスは黒字化しないと言われていたが、十分に黒字化して運営できた。それでも違和感がわいたのは、「ケアハウスは家らしくない」ということだった。つまり、ワンルームタイプマンションには「家庭的な雰囲気」は無いのである。要援護になった後、人の手を若干でも借りねばならなくなると、2LDK 以上の家(マンション)は、彼らの手に余る。では、ワンルームならよいかというと、生活は出来るが、家庭の温かさは薄いものとなる。

シニアリハウスシステムは、それら住居が、一軒が2階建て18室を基本としており、住宅街にあっても違和感なく地域に溶け込める大きさである。それらを中学校区ほどの大きさと病院に向かって数年かけて転居していくことで、地域とのつながりが途切れることなく生活を継続することが出来る。それ以上にひとつの建物の収容人数が少ないことで、建物の外見も、内部も家庭的な雰囲気を提供している。

これらの住宅では、その規模、入居者の質によってサービスに違いが必要である。特に要援護高齢者向き住居以降は一般的なフロント機能は必要不可欠である。ちょっとした連絡ひとつがひとりでは出来ない場合が多いからだ。それらの細かなことまで在宅介護サービスで行うことは難しいため、そういう制度の隙間を埋める役割をフロント係が行っている。フロント係は、ひとつの建物に対して常時1名と考えている。フロント係は配食サービスから持ち込まれた食事の提供なども行っている。夜勤者もいるので、これが経費を押し上げている。

訪問介護の問題は、その時間的融通性の無さである。

実際、週2、3回の訪問介護で行えること以外に生活の援助は実はずとめどなく続く。ほんのちょっとした時に人にいて欲しいのであって、それには今の訪問介護サービスは対応できてはいない。現在の財政状況からみて、ここまでの細やかな訪問介護サービスは不可能なので、家にその機能がなければ、家での生活継続は難しい。

私たちは、これらのスタッフのコンセプトを「代理家族」と呼んでいる。実際、家族としての機能を果たす人間が近くにいないければ要援護高齢者の生活は成り立たない。残念ながら、ひとりのスタッフが24時間体制で「家族」機能を果たすことは出来ない。つねに傍にいる「家族」として高齢者を支えるために必要なものは、顧客情報の継続的な管理と制度にはならない細やかな配慮である。「家族」が本来どのような機能を持っていたのかを追求することから、「居住系サービス」の本質が見えて来ると考える。

★感染症など危機管理

高齢者介護の課題の中で、時々マスコミ等で話題になるにも関わらず、打つ手なく放置されているのが、施設内感染症問題である。大規模療養型病床群などで、院内感染が起こるのは自然なことだろう。免疫力の低下した高齢者を4人部屋に配置していれば、日和見感染の温床となりえるからだ。

大規模有料老人ホームでも、同じことが考えられる。病室よりも広く、全て個室ではあるが、同じスタッフが行き来するので、感染媒介が無いとは言いきれない。さらに自立高齢者向けの有料老人ホームの多くは、食堂を大人数で共有するので、感染経路を断ち切ることが難しいのである。

シニアリハウスシステムにおける住居が小さいのは、一軒の収容人数を少なくすることでこのような感染症の拡大を防ぐ可能性を大規模有料老人ホームよりも高めるためである。実際の運営でも、ひとつの住居で感染が発生した場合、在宅サービススタッフなどの他住居移動を断ち切る処置を行っている。

★安い物件を望む声に応えた「療養型病床群から作った家」と特養

シニアリハウスシステムの住居は家庭的な雰囲気や「売り」としているが、夜勤スタッフの配置など、住居としては少し割高の価格設定となる。昨今の経済不況の影響もあり、この数年、もっと安価な住宅を望む声や、特に老健の在宅復帰を目指す人々から出てきた。この要望に対応するために、小規模特養を開設したが、特養は待機者も多く、シニアリハウスシステムを補完するものとはなっていない。

そこで、元44床の療養型病床群であった病院建物の3、4階で、住居を作ることとした。

1床当たりの面積 6,4 m²の療養型病床群の4床室から、4つの個室を作ることが可能となった。採光、部屋の区切り方などかなり工夫を行った。1部屋は狭いが、プライバシーを保護できるぎりぎりの広さを確保した。これは建物面積が小さかったために可能であった措置で、大きな建物では基準が厳しいためにこの改修は出来ない。

この狭さが、老健入所よりも月1万ほど高い利用料での生活を可能にしている。窓側の部屋のほうが若干広く、廊下側の部屋のほうが狭いので、窓側の部屋のほうが利用料が高い。このため、廊下側の部屋の希望のほうが多い。つまり、安いことが第一優先事項となっているのだ。

4人部屋の介護保険施設の利用料は住居などに比べて格段に安い。今、経済的な問題で4人部屋の施設に入所したい人たちは決して少なくない。施設入所のほうが、国家負担が高いにも関わらず、個人負担は安いという状態が続く限り、施設建設を望む声が減ることはないだろう。

もしも、この改修が可能な療養型病床群物件があれば、この改修を行うことで、有料老人ホームとして生き返ることもできる。療養型病床群の多くが、老健その他に転換できない理由のひとつに、一人当たりの広さの問題で増築をしなければ療養型病床群と同じベッド数を確保できないことがあげられるが、この改修であれば、同数を確保することが出来る。私自身は基本的にベッド数神話は信じていないが、医療経営者の多くがスケールメリットとベッド数神話に囚われているのは事実である。彼らに納得される代替案が無い限り、療養型病床群が減ることはないように思われる。

参考資料 章末図5 はっぴいはうす七番館

では、次にこのシニアリハウスシステムで、高齢者が安心して住み続けるために必要なサポートについて記述しよう。

(3) シニアリハウスシステムを支えるために

★継続的な介護サービスを提供する

シニアリハウスシステムでは、ひとりの人が移動するのは中学校区くらいの広さだ。そうすると、地域の雰囲気は同じものが保たれる。その上で「場」としての人間関係が転居によってあまり変わらないのが大切である。

当グループでは、小規模多機能型居宅介護を介護サービスとして用いることで、デイサービス、訪問介護などに関わるスタッフが同じ顔ぶれであることを実現している。また、同じ小規模多機能型居宅介護事業所を継続して使うことで、転居による精神的ダメージを和らげることが出来るのである。特に重介護になれば、小規模多機能型居宅介護の「通い」サービスを多用することになるので、たとえ転居したとしても、小規模多機能型居宅介護施設さえ変わらなければ、継続した人間関係を構築することができる。

「住まい」は変わるが人間関係はほとんど同じという状態もこのような工夫で可能である。シニアリハウスシステムは、「ずっと同じつながりの中で生きていける安心感」と、「その方の状態に合わせた住みやすい住環境」の提供を目指すものであって、「住居の提供」だけが目標ではない。

小規模多機能型居宅介護施設の申請が始まった時、我々は通所部分とショートステイ部分が別棟という企画を申請した。実は通所部分は私の実家だったので、普通の家らしく、廊下もあるし、見渡すことは出来ない。そこで申請は通ったものの、「通所部分は全部が見渡せるように」と熊本市担当部署から指導があったので、「とにかく場所を見て欲しい。」と願い出て、見てもらった。普通の家が持っている雰囲気がこの持ち味だったので、その壁を取り去ったら、全てが失われるからだ。協議の結果、段差は解消するものの、部屋はそのままの形で使えることとなった。また、通所部分とショートステイ部分が違う建物(真横)であったことで、良い影響もあった。通所に通う人たちが帰る時間、そのままショートステイになる人たちは残るために、いわゆる「夕暮れせん妄」が激しくなり、「帰りたい」と不穏になることがあるのだが、別棟がショートステイ棟である場合、通所利用者と一緒に「家に帰ろう」という雰囲気で通所棟を出ることが出来、不穏にならない。

認知症のケアはこのようなちょっとした仕掛けで「場」の雰囲気を作り出し、人の心の流れを作って行くことが出来る。

そこで、「はっぴいはうす参番館」という小規模多機能型居宅介護を作った際、同じ建物だが、通所部分からショートステイ部分へ行く廊下を一旦外部に出るような雰囲気の内装に作った。実際には単なる廊下だが、石畳のような柄の床と格子のようなドアが雰囲気を作っている。

参考資料 章末図6 はっぴいはうす参番館

小規模多機能型居宅介護は、通所部分とショートステイ部分があり、その関係性には色んなものが考えられる。それぞれに物語を作ればよいのではないかと考えている。特に当グループでは、

改装物件を手掛けることが多いので、元の建物の形を生かすようにしている。

「はっぴいはうす六番館」では、参番館とは逆に、ショートステイの部屋が通所部分の両側に位置している。この配置は重介護向き住居に似ていて、実際、重介護者のケアに向いているように感じている。この物件は、元クリニックであったため、このような広々とした作りが可能であった。

参考資料 章末図7 はっぴいはうす六番館

小規模多機能型居宅介護を利用する場合の問題点として、どのように利用しても利用料が同じために、訪問看護などの利用が若干制限されることがあげられる。訪問看護が介入できなければ、医療サービスの必要性が高い高齢者の場合、施設入所を余儀なくされることが多い。訪問看護のような医療サービスの上乗せが、重介護に限ってより多く出来ることで、居住系サービスでの生活を継続することが可能になると考えられる。

認知症の場合、認知症専門通所介護を使うことも出来る。この場合問題なのは、自己負担が若干普通の通所介護よりも高く、利用限度額内で通うので通所介護よりも認知症専門通所介護のほうが回数制限にひっかかりやすいということである。また、認知症通所介護を利用するような利用者の場合、より多く通所に行きたいというニーズが高く、要介護認定が低い場合、利用制限になるようだ。また、訪問介護も積み上げ式のものとなるので、利用限度額内で納めるための工夫が常に必要である。

シニアリハウスシステムは「住まい」だが、要援護高齢者の住まいである以上、システムは介護サービスと一体化していなければならない。それを考えた時、住まいを提供する事業者と介護サービス事業者の密な連携が必要である。当グループの場合は、同一グループで行っているが、違う場合を想定すると、IT システムなども含め、常に新鮮な情報交換が行える仕組みと事業者同士の気遣いが必要であろう。

★入居者の状態把握と状態変化の抽出

家での生活を少しでも長く継続するために必要なものは何か？

それは在宅サービスを受ける量だろうか。否、それは高齢者の日常生活動作、認知症などのレベルを維持することではないかと考える。そして、それは在宅サービスの量と決してパラレルではない。

沢山の在宅サービスが機能維持向上を目指して構築されない場合、在宅生活が継続されている間に日常生活動作などが低下しているのはよく見られることだ。ところが、同じ介護スタッフ、ケアマネージャーでサービスを提供し続けると、高齢者の小さな変化を見過ごすことが多い。それは家族のいる家でも、高齢者住宅でも同じことである。

では、どうやって小さな変化を見過ごさないようにすればいいのか。定期的なチェックでよいか。ある事業者がサービスを行っている全ての在宅高齢者に例えば一カ月に一回の何らかのチェック

をすれば、それは相当な仕事の量になり、現実的ではない。また、チェックした直後に変化があった場合にはチェックが上手く機能しない。ケアプランの改定は3カ月に一回であるが、多くの場合、チェックは大変甘いものになる。要介護認定期間が現在長期化しているからだ。概ね、「今のサービスの続行」という改定が多くなるし、ケアプランはサービスの続行に必要なものとしての位置付けになってしまっている。また、前述のように頻回にサービス提供しているとその変化には気づかないことも多い。

このような現状を踏まえて、どのようなチェック体制が必要か考えてみると、現場の介護スタッフが「小さな変化」に気付けるようなスキルを持ち、それを常にスタッフ同士、介護サービス事業者と居住系サービス事業者スタッフ間で情報交換するのが効率的ではないかと考えている。この仕組みを現在、開発中である。

例えば、「〇〇様は今日少しろれつが回りにくかった」「〇〇様は少し震えが多くみられた」など、介護記録にも乗せないかもしれないくらいの「小さな気づき」をスタッフが気にかけるような教育が必要である。そして、その記事をその方に関わる翌日勤務のスタッフもチェックできるという仕組みである。IT 上で、アラート機能がついているものが想定される。もしくは、掲示板である。個人情報なので、取り扱いに注意が必要であるが、法律上、介護上必要な情報の共有は許されていることをもっと広報し、介護スタッフが個人情報保護を誤解してびくびくしないようにするのも大切なことではないかと感じる。

シニアリハウスシステムのフロント係には特に資格は必要としないが、当グループではヘルパー2級以上の資格を持っている者が勤務している。資格はあっても経験が不足していることもあるので、研修を継続的に行う必要がある。

その上で、その後、その「小さな気づき」をスタッフがフォローすることで、「やはり、問題である」と判断された場合、受診などの対応に移る。

★変化があった時の対応～医療とケアの継続性と在宅復帰

「小さな気づき」から出た問題について、まずそれに対応した科の受診を行う。そのためにはご家族との連絡が必須だが、ご家族が遠方の場合、在宅サービス事業所との連携で、訪問介護などの付き添いにより受診を行うこととなる。

それにより、必要な治療を行うことになるが、急性期病院への入院、地域の一般病床への入院、治療は必要ないが、機能回復は必要と判断された場合は老健での短期集中リハビリテーションなどを行う。

急性期病院での入院期間は1週間前後と短いため、入院当初から住居のフロント係と在宅サービス事業所の連絡を取り合う。その後、回復期リハビリテーション病棟に行く、老健でリハビリテーションを行うなどの判断にも、フロント係と在宅サービス事業所担当者がご家族と連絡を取り合った上で、話し合っていく必要がある。

入院、入所などが終わるまでに、入院前にいた住居に戻るのか、違うタイプの住居に転居するの

か、それとも、入院、入所のさらなる継続が必要なのかを判断する。ここでは、ご家族と密な連絡相談業務が行われる。

本人の希望も重要である。

シニアリハウスでは、立地、間取りなど各住居に特徴がある。たとえば、竹林の横にある住居では「この竹林を見ながら死にたい」という希望も出たことがあった。往々にして、家族は少しでも長く入院することを望み、本人はたとえシニアリハウス住居であっても、家に変えることを望むことが多い。何よりも本人の希望を優先したいが、家族意向が強い場合は、抗しきれないこともある。そのような調整もフロント係と在宅サービス事業者が同時に行う。ご家族側から見ると、色んなスタッフが担当者として関係しているように感じられるだろう。それぞれの意見の総合体として、入居高齢者の行き先が決まることになる。

転居を勧めるのは、認知症が進んだ時、脳卒中で急に寝たきりになった時など、今いる住宅がその障害に対応していない場合である。特に寝たきりになると、入浴が一般浴槽で難しくなることがあり、機械浴の対応が出来るように工夫している。

どのような場合でも、出来る限り住居での生活継続を目指す。

★看取りを支える

在宅生活をうまく継続できると、必ず看取りの問題が出て来る。癌で看取りとなる方、長期的な認知症の最後に全く動かなくなる重度認知症もあり、脳卒中後の半身麻痺から、寝たきりとなっていく人もいる。残念ながら、現在は全員住居で看取っているわけではない。看取りを行う方もいらっしゃるが、大半は、要介護状態の悪化がある程度に達すると、老健にいる期間が長くなってきて、最終的に老健での看取りとなることが多い。癌であれば緩和ケア病棟での看取りとなる。

では、住居での看取りを遂行するために必要なものは一体何なのだろう。実は「国民の総意」なのではないかと考える。現在、人は病院で死ぬものだという常識が徹底されており、家族からみれば、業者が管理する住居で高齢者が死ぬということに大きな違和感があるようだ。

家族が住居での看取りを了承する場合は、看取りが実践出来るということになる。看取りを行うにあたって、医療行為が大量に発生するわけではないが、看取る瞬間に医師がいなければ看取りが出来ない仕組みでは、住居での看取りは増えることはないだろう。

(4) 持続可能な社会保障を支える「意欲」

★現状の介護の問題点～介護を中心とした視点こそ問題

在宅、施設を問わず、現状の介護の最大の問題点は、「どういう介護をするか」という視点で物事を見ていることではないだろうか。

介護援助技術とそれを支える仕組みを議論するが、中心となるはずの、「要介護高齢者」につい

て語られる場面があまりに少ないと感じる。それは医療が日本では常にそのスタンスで語られてきたのに似ている。プロがどう働くかが問題であり、本人についてはあまり語られない。

要介護認定自身が、「どれだけ介護を必要としているか」という視点で作られており、出来ることではなく、出来ないことに注目する。

しかし、最近の当グループの取り組みで我々が知ったのは、介護する側の問題よりも、要介護高齢者をどれだけ意欲的に出来るかで、同じ介護状態の方の介護でも介護量、介護する側の負担感、本人の負担感が全く違うのではないかということである。

現場では、本人の意欲が大切だと感覚的に気づいている人たちは多いように思われるが、実際にどうやって意欲を向上させればいいのか解らない。真面目に本人の意思を確認してみたとして。施設入所の長い高齢者にとっては、世界があまりに小さくなりすぎているために、彼らの望みも矮小化されている。例えば、こんな感じだ。

「では、そこにあるティッシュをこちらに持ってきて。」

本当にこの程度しか希望というものが無いのである。彼らには人生に選択の余地がない。日々、すべきことは、人に迷惑をかけずに排せつすること、拒否せずに入浴すること、こぼさずに食事すること。残りの時間をレクリエーションで埋めること。一番前向きの時間として、目的なくリハビリテーションを継続する、「今リハビリテーションするのが目的のリハビリテーション」だからである。この生活にどうやったら意欲が持てるだろう。

少なくとも、特養に入った瞬間、彼らは自分が「施設に入った」ことを理解する。その意味では、認知症の方のほうが救われているかもしれない。老健に入る時も、家に帰る目標が立たなければ、同じである。「施設に入った」の意味は、もう二度と普通の生活は送れない、ということなのだ。それは人生がある意味で終わったことを彼らに感じさせ、認知力の落ちた中でも人生をあきらめることに通じてしまう。

それで意欲が出るはずはない。意欲のない要介護者の介護は重労働になる。本人の協力が少ない状態でのベッドから車いすへの移乗動作介護など、介護者に負担がかかってしまう。食事に至っては、本人に意欲が無ければ、口に食べ物を運んでも、口を開けることもしないし、最悪飲み込もうとしない。そんな状態でも、介護者は、移乗させなければならぬし、食事を飲み込ませなければならぬ。だから、「介護が苦痛」になるのだ。

馬を川に連れて行くことは出来ても、水を飲ませてやることは出来ない、ということわざの通りなのである。

このような仕事をしていると、徐々に介護スタッフ自身にもやる気の無さが伝播する。それが今の介護スタッフの労働問題の根底にあることに関係者は気づくべきだと考える。給与、労働環境など介護スタッフの就労に関しての課題は多いが、「楽しくて面白くてたまらない職場」に不満を言うスタッフも少ないのである。

★高齢者の意欲向上

では、要介護高齢者の意欲を高めることは不可能なのだろうか。

私たちはそれが出来ると確信している。全員とは言えないが、今までの方法では全く意欲の湧かなかった高齢者でも、意欲を持って生きることが出来るようになった事例を私たちは沢山持っている。また、そのような施設運営がなされることで、介護スタッフの退職率は激減した。この方法だけが正しいということではないが、ひとつの選択肢としてとらえて頂きたい。

私たちは老健を「学校」という空間にしてみたのだ。

介護の世界では、今まで、「本人の自由な選択」を大切にすることで本人に居心地の良い生活を提供できると信じられてきた。ところが、前述のように狭すぎる世界観の中では選択の自由はあっても、選択するものがない。それで、どんな取り組みをしても高齢者の状態改善に限界があったのだ。理由は前述の通り、「施設に入所した自分」に自己肯定感を持ちようがないからだ。

そこで、施設を学校に変えてみた。すると、「学校に入学した自分」には自己肯定感を持てるようになったのである。

学校というと画一的な処遇と思われがちだが、授業を行うことで、生活にはメリハリがつく。実際の授業内容は、今までレクリエーションとして行っていたものに似ているが、それがレクリエーションなのか、授業なのかで、人の心は全く違う風景を持てるのだ。

集団リハビリが体育、生活リハとして行っていた簡単な料理を家庭科、花や野菜を育てる理科、回想法を社会科、などと言い換えて行っている。国語、算数に関しては、学校の授業に似た形式のもの、プリント学習を用いた時間などを設定している。

授業は1コマ30分。重介護者の多い施設では休憩時間を1時間半と長時間取ることで、その間に一般的な介護が行われる。普通の施設運営では、次の時間設定は昼食くらいだが、学校では次の時間に間に合うように介護者も要介護者も動くので、介護者の負担は軽減される。介護を楽にするために必要だったのは、介護機械ではなく、要介護者の意欲とそれを向上させる目標目的だったのである。

ケアプランの時期に準じて、学ぶこと目標が設定される。と、いうことは3カ月に一回目標は達成されることになるので、その時期に合わせて、「成果発表会」を行う。ケアプランの目標設定について、介護提供側は疑問に思ったことはないだろうか。こんな目標では自分は意欲がわかないと思ったことは。特に重介護になれば、3カ月で向上出来ることには限界があり、ほとんど今の状態を維持できればよいというものになってしまう。特に在宅復帰を目的としない場合、日常生活動作が良くなるなければならない理由もないし、時限もない。

ところが、成果発表会を行うために「学校」では本人が目標目的意識を持つようになる。実際の目標は大したものではない。「みんなと一緒に成果発表会で音楽を披露し、鈴を鳴らす」というくらいのものでよいのだ。重介護高齢者は信じられないくらい一生懸命鈴を鳴らす練習をする。その上で、成果発表会で自分の満足のいく演奏が出来なければくやしがることすらあるのだ。

そこには、私たちが今行っている普通の生活と同じレベルの意欲が存在する。

在宅復帰＝退所は卒業と同じなので、卒業式を開催する。普通の学校の普通の卒業式である。卒業生入場、校歌斉唱、卒業証書の授与、式辞、送辞、答辞、そして、「仰げば尊し」合唱、卒業生退場。たったこれだけの15分にも満たないイベントだが、それに参加する介護者要介護者、家族、全ての人の心を感謝でいっぱいにし、自分たちは未来ある青年であるかのように感じさせてくれる時間となる。この気分はとても大切である。そのため、当老健施設「おとなの学校本校」の在宅復帰率は80%近く、家に帰ることは当たり前になっている。

もちろん、この在宅復帰率を支えているのが家としてのシニアリハウスシステムなのだ。

★意欲を高める「空間」のありかた～回想法を通じて

「学校」という「空間」を作ったことで、高齢者の意欲ががぜん出てきたのを見て、これは何によるものかを考察した。彼らの姿を見ていると、完全にその「場」に入り込んでいて、本当の学生のようにふるまっている。彼らはその「場」に入り込んでいるが、実はそれぞれに持っている「回想」の場面の再合成の中にいる。隣り合って座っているが、その同じ「場」の共有と共に、既に体験してきた懐かしい場面の中に同時に入っているのだ。それが彼らを奮い立たせる源泉なのである。

認知症などの精神状態を落ち着かせるための療法のひとつに「回想療法」というものがある。多くの場合、高齢者を7、8名集め、手元に昔懐かしい道具(洗濯板など)、昔の写真などを持ってきて、記憶の想起を行い、楽しい会話を通じて精神を安定させるというものである。

回想法はそれなりに効果をあげることが出来るが、もし、この仕掛けを手に取りれる道具や写真などのような小さなものではなく、「学校」や「家」のような「空間」で行ったらどうだろう。「おとなの学校」の取り組みは、それが高齢者の精神安定と認知症症状の改善に劇的に効果があることを示している。

そこに、「空間」たる建築物の持つ力を発揮する大きな可能性を見出すのだ。

★家庭で意欲が出せるのか

さて、ここで我々は大きな壁にぶつかった。学校という「場」では老若男女を問わず、かなりの割合で誰もが元気になることが出来るが、「家庭」では同じようにはいかない。これはそれまでの人生の中での「場」の意味が「学校」と「家庭」では全く異なっているからだ。

特に日本人は「ハレ」と「ケ」の場における言動の差が激しい民族である。「ハレ」とは表舞台(晴れ舞台ともいう)、「ケ」は日常という裏舞台である。学校と家庭をそれに振り分けるとすれば、学校は「ハレ」、家庭はまさしく日常という「ケ」の場である。戦前はこの「ケ」たる家庭も大切にされてきたのかもしれないが、高度成長期を過ごした日本人は、いつしか「ケ」である家庭をぞんざいに扱うようになってしまったのではないだろうか。

ヨーロッパ等においては、家での生活を男性でも大切にすし、現役世代が地域でも大いに役割を担っている。ところが日本では、お父さんのやる気スイッチは、家の玄関に入った瞬間、スイッ

チオフになるように設定されている。現在介護を受けている高齢者世代でもそれは同じで、「家」という空間を作った瞬間にそこはくつろぐというより、「スイッチオフ」の場所であり、やる気は遠のいてしまうのだ。

女性にとっては、家庭には主婦業の場があるので、家事を入居者同士で分担することにより、意欲を出せる場は提供できるが、これを正面から「働く場」として設定しようものなら、「今さら働きたくない」という反発を受けることになる。これは日本の中で主婦という立場が社会的には高い評価を得られずに来てしまったという歴史の産物だと考えられる。

このような状態の中で、果たして「家」に意欲を持てるような場は作ることが出来るのだろうか。現在、当グループではここに焦点を当てて、取り組みを行っている。

★地域の持つ空気を大切に（地域は生き物）

シニアリハウスの特徴は、それが巨大な建物ではなく、地域（コミュニティ）に小さなアパートくらいの2階建ての建物が散在することにより、地域に溶け込み、地域との有機的なつながりを目指していることである。

地域とのつながりは、高齢者、それだけではなく、私たち住民にとってどのような意味があるのだろうか。

H23年3月11日、巨大地震と津波が東北三陸沖を襲った。その後、福島県にある福島第一原発は、周囲半径20～30キロに退避勧告が出ている状態である。多くの住民が避難所生活を余儀なくされているが、彼らのほとんどがその場を脱出しようとはしない。これは驚愕の事実ではないだろうか。福島原発の周囲は、ひょっとしたら数十年単位で人が住むことは出来ないかもしれない。それでも、彼らは「家」から少しでも近い地域にその居を求めするのである。

そこに、「地域」という生き物の大きな存在がある。私たち住民は、「地域という生き物」の中に棲息し、地域と共生しているのだ。住民は地域がなければ生きてはいけない。地域という空気を吸って生活出来るのであり、この空気がなければ窒息してしまう生き物なのだ。だから、昨今の地域と関わりを持たない若者たちは生きる意欲を失っているかに見える。その原因は、地域という空気を吸っていないことによる。

高齢者も同じだ。地域とのパイプを絶やしてはならないのである。出来れば、地域の商店街を歩ける環境がいい。買い物は笑い合いながら買うのが良い。「おばあちゃん、これ好きだったろ、残しといてやったよ。」と言われることで人は安心して住めるのである。これはいくらお金を積んだからといって買えるものではない。お金では買えないもの、それは本当に豊かな社会を作るのである。

生まれ育った地で死ぬまで生きられる人は幸せである。大半の住民は生まれた家から何回も転居を繰り返して人生をまっとうする。だから、転居は、人生の中でよく起こる、普通の出来ごとであるはずだ。ところが、高齢になり、認知力が落ちて来ると、新しいものへの対応が大変難しい。

シニアリハウスは、より住みやすい間取りと住環境を提供するものだが、そのために転居が必要となってくる。彼らが出来ればそれまでと同じ地域という空気の中で生活できることが望ましいが、

地域を変えることになった場合、新しい地域の空気が彼らとつながり、彼らの生に寄与できるまで、地域との関わり合いをスタッフも持つことが重要となってくる。スタッフも入居高齢者もその地域の住民として地域に溶け込むことが重要なのだ。

★心のケア～チャプレン不在の日本の医療

患者本人および周囲の人間たちの心の問題は、日本の医療が全く取り組んで来なかった課題である。意欲も重要な課題だが、患者の状態によっては、死生観のほうが大切になってくる。無宗教化する日本では、死というごく自然な出来ごとを受け入れられない人が多数存在し、それが意味のない医療や単なる延命治療を増長させていると感じるのは私だけではないはずだ。宗教に代わる「何か」なしに、終末期医療や、不治の病、改善見込みの無い障害と付き合うのは大変難しい。

西欧諸国の大型医療機関では、チャプレンがいることが多い。チャプレンは、神父など宗教関係者と誤解されがちだが、そうでもない。患者、家族、そして医療従事者の心のケアを専門に行う職種である。確かに十字架をつけている場合も多いが、彼らは、相手が仏教徒だろうとイスラム教徒だろうとキリスト教徒と同じようにケアする能力を持っている。

特にチャプレンは医療従事者、医師や看護師たちの心のケアも行っているところに注目すべきである。日本では、医療従事者は、国家資格を持った瞬間に「それなりの人格を持つ人間」として扱われ、心のケアは自分でできるはずだということの上に制度が成り立っている。しかし、そんなことはあり得ず、医療従事者の心の破たん、疲れは全くケアされていない。それは、介護従事者にとっても同じである。

精神的課題を自分ひとりで解決出来る人間は少ない。

そんな当たり前のことすら、今の日本の医療制度は課題として取り上げられない。前述の通りに、要介護状態ですら、心理状態で随分変わって来るというのに、である。今の医療従事者は、第三者的立場の相談相手(たとえば、チャプレンのような)なしに、同僚、上司部下という関係性の中で自分たちの精神的課題を解決しなければならない。これはプロ意識だけでは解決できない問題であることを、制度設計者は理解してほしいと思う。

自らの精神的課題を抱えた状態で、チャプレンのいない日本では、患者、ご家族の精神的ケアまで、看護師、医師が行うべきだと考えられている。医療従事者は、人の心のケアを出来るほど余裕ある業務ではない。常に時間に追われている。患者、ご家族とゆっくり時間をとり、心のケアをする時間はないのである。また、患者の悩みは医師が聞くべきだと考えている関係者も少なくないように見受けられる。しかし、短い時間しかないようでは、その願いはかなえられない。

日本人は、第三者の介入を上手に使うことが苦手だ。しかし、プロがプロの仕事を質高く行うためには、医療資格者以外の介入、協働も行っていく必要があるだろう。

この精神的ケアがない状態での、在宅介護、在宅看取りは、医療資格者にとって大きな負担となっている。ところが、チャプレンの存在すら知らない医療従事者は、なんとかこれらの重責をこな

そうとして、疲れるのである。今後、より在宅での医療・介護を推進するのであれば、心のケアが必須であることを忘れてはならない。

(5) 家というものの可能性

★家族・家庭とは混沌としたもの(家族の機能)

前述のようにシニアハウスは、精神的な支えも含めた家と家族のある生活を家族から離れた要援護高齢者に提供する仕組みである。その要素には、介護生活が楽にできる間取り、障害と守りたいプライバシーのバランス、地域という空気、周囲からの精神的な支え、意欲向上できる場の存在、医療との適正な距離関係などがある。

国家財政危機に瀕して、医療・介護も効率的に行うべきだという意見も多い。そのためにはスケールメリットを追求する動きも自然である。しかし、本当にスケールメリットを追求するのが、経済効率も良いのだろうか。

病院、大型施設は、生きていくには不自然な仕組みである。不自然だから、不自然な運営が行われる。それが本当に QOL に資するだろうか。費用対効果も含めて。

そもそも、家族、家庭とは混沌としたものだ。居間に家族がいる。テレビがついていて、見ている者もいるし、携帯をいじっている者もいる。誰かは家事をしているかもしれない。その音をうるさいと言っていたら家庭にならない。洗濯物をたたむのは、何故か床に座り込んで行うものだから、その横を誰かはその横をすり抜けなければ居間を出られない。誰がどこでどういう役割をするかは、あうんの呼吸で決まっている。テレビに誰かが反応して笑うと、なんとなく皆も笑う。一緒に話をしていなくても、皆の存在が安心感をもたらす。毎日のことだから、決めなくても、風呂の順番があつて、声掛けなどしながら「すべきこと」は淡々と終わって行く。いつのまにか、誰も居間にはいなくなって、また、朝が来る。

それが家族であり、家庭である。

せいぜい、今日のお掃除当番があるくらいで、決めごとも少ないし、決めたからといって守られるものでもないのが家族なのだ。

その「空気」が高齢者施設には欠けている。多くの高齢者住宅にも。一見非効率そうに見える家庭だが、オペレーション費用はゼロだ。業務表も業務管理も要らない。それは習い症になった生活と管理票などなくても「なんとなく解る」ことの出来る小人数で行われることだから成り立つのだ。

ひょっとしたら、このほうが効率的なのかもしれない。

そして、この混沌とした家族という空気以上に人をくつろがせ、次の何かの瞬間に意欲を沸き立たせるための場所はないのではないだろうか。人は24時間意欲満々で生活するのは難しい。「ハレ」で頑張り、「ケ」で休む。この「ケ」の存在なしに、意欲的な人生は作れないのかもしれない。

実は効率を無視したようなこの混沌が持つ潜在的価値をもっと高く評価し、上手く利用することは出来ないものだろうか。もし、それが介護報酬に反映されなくても、スタッフの離職率の低下や管

理業務の減少が経営に資するかもしれない。

★血のつながらない家族もあっていい～家族は社会保障、危機管理の最低単位

家族の機能を語る時、家族とはもっとも小さな単位の社会保障であり、危機管理単位であることを指摘したい。社会保障という意味で、血のつながらない家族という新しい価値を提案したいと思うのだ。いや、この「血のつながらない家族」というコンセプトは、実は昔の日本にはあったのではなからうか。その昔は商店など、商売の単位が小さかった頃は、家に商店主だけではなく、勤めていた人々も一緒に暮らしていた。三世代だからというだけではなく、仕事というつながりで、大家族として生活していた。当然、就労世代が多く、機能的だった。それが、人口がそれなりに集積している都会の当時の姿だったのである。当時、補助金と社会保険制度を持たない日本には、社会保障最小単位の家族が機能していたのである。

今、多くの日本人は、家族は4人くらいのものだと思っている。しかし、子供も含めた4人では、災害も含めて危機に対応するのは難しい。10～20名くらいであれば、天災時の避難も役割分担をしながら行いやすいのではないだろうか。

つまり、血のつながらない人たちも含めて「家族」であると認識した時、社会保障、危機管理単位として機能する可能性が増大する。

シニアリハウスシステムを運営するにあたって、提案した私とスタッフたちとの間に、感覚的な差異があることに気がついた。私はひとつ屋根の下で共に暮らせば家族だという認識だったが、スタッフの中にはそういう感覚の無いものがいたのだ。私は開業医の家に生まれたので、スタッフも含めて同じ屋根の下に10名ほどが住んでいたし、父が大陸からの引き上げ者だったので、父の一族は常に連絡を密にとり、近くに住んでいたのだ。ところが、スタッフは4、5人が家族であって、感覚的に大家族というものを受け入れられないようだった。シニアリハウスの対象者は高齢者なので、私たち世代よりも、大家族に対する受け入れは良いだろう。

震災で、日本の空気は一変した。国家をあてにするのではなく、自衛を真剣に考えねば、生命の危機すらあることを皆知ったのだ。そのような事態に対応するためには、血のつながりを超えた大家族の存在が大切になってくるかもしれない。

★「つながり」を大切にする介護のありかた～「無縁社会」からの脱却

独居老人、単独世帯の増加、地域自治会の加入率の低下など、現在の状態を「無縁社会」と呼んでいる。経済的にも豊かで、平和である上、最低限の社会保障もある日本では、人とつながらなくてもどうにか生きていける。そのためか、人は互いにつながろうと努力をしなくなった。それは果たして人にとって幸せだったろうか。

介護の世界でも、H12年の介護保険導入で、要介護高齢者の家族の感覚は一変した。利用者保護は、時として過保護になり、本人も家族も、介護事業者に「何でもやってもらい、何でも文句を

言って当たり前」という風潮が蔓延した。時としてそれはモンスターファミリーと呼ばれるような態度となり、担当するスタッフを疲弊させた。ところが、H18年、老健の名称を「おとなの学校本校」にした後、徐々に老健の雰囲気は明るく元気で意欲的になっていくのと相反して、極端なクレーマーはすっかり影をひそめてしまったのだ。人は明るく元気で意欲的な場にいれば、苦情の巢窟にはならないのである。それが「場」の力なのだと確信した。

震災直前、東京では電車の人身事故が頻繁に起こり、携帯サイトのトップページに、自殺者対策サイトの案内が出るほどに人心は荒れていた。ところが、震災後、その空気は一変したのである。沢山の死者を出してしまった、自分たちの力の及ばない天災の凄まじさに、人は「生きる意欲」を見出しつつあるのではないだろうか。

人はひとりでは生きていけない。家族だけで逃げたとしてもその後のことを考えたら上手くいかない。人は信頼出来る誰かとつながっている時、安心していられるのだ。

それこそ、今の介護事業に求められているものなのではないだろうか。

安心出来る環境の下、最期まで意欲的に生きることで人は充実した人生を終える。それを支えることで、次世代も自分の未来を明るく思うことが出来る。その連鎖が家庭を、地域を元気にしていくのではないだろうか。

人々の心はつながっている。人々の記憶もつながっているのである。そこに集合意識とも言える空気が存在し、それなしには人は生きて行くことが出来ない。それを支える最小単位が家庭であり、家族なのだ。それには血がつながっている必要はない。

それが、これから作るべき家のコンセプトなのではないだろうか。居住系サービスが、単なる高齢者向け住宅という小さな枠組みから脱して、日本の社会を支える礎となることを期待するものである。

最後に、以下の言葉でこの章をしめくりたい。

「家族のいない家を作ってはならない。」

図1
はっぴいhaus 1階

