

2. Assisted Living Facilities に関する海外文献サーヴェイ

(概要及び総括)

米国における長期ケアのオプションとしては、在宅ケア、デイケア、高齢者住宅、Assisted Living Facilities、ナーシングホーム、CCRC（高齢者継続ケアコミュニティ）等がある。長期ケアは、自宅における在宅ケアとナーシングホームを両方の極とする連続的なサービスと考えられる。ALFはこの両極の中間に位置付けられる概念で、身体的、心理的独立性に力点を置きつつ、個人ケアと見守りが「施設」の外部から提供されるタイプのものである。ALFについて、米国全体の連邦レベルでの定義はなく、むしろ州レベルで定義され、規制されている。ALFに関するさまざまな定義に共通しているのは、プライバシー、尊厳、自律性の重要性の強調といった点である。実際には、ALFの利用者とナーシングホームの入居者のニーズは重なっている面が多い（Zimmerman et al.(2003)）。ALFの利用者の平均入居期間は2年半から3年である。ALFが提供するサービスは、州（の規制）により、また個々の施設により異なっているが、4つの類型（①食事とケア型、②ホスピタリティ・モデル、③新型モデル、④専門認知症ケアモデル）を考えることができる。

ALFにおける質の高い労働力の確保は、他の長期ケア施設の場合と同様、ますます大きな課題となってきている。特に、直接ケアに当たるスタッフに関しては、低賃金、重労働、労働に対する社会的な評価の低さといった問題が重要である。長期ケア施設におけるスタッフの教育訓練の重要性については、しばしば過小評価されてきている。そこには、長期ケアは、急性期ケアに比べて、スキルや知識を余り必要としないサービスであるという誤解があるが、実際には、長期ケアは複雑で専門特化しており、特別のスキルと知識とが求められる。ALFのスタッフに関する要件は、ナーシングホームに比べて規制が緩い。連邦レベルの規制があるナーシングホームに対して、ALFの場合は、州によって規制が異なり、一般に最低限のレベル（通常1時間～16時間程度）の研修要件に留まっている。ALFにおけるスタッフの確保及び職務満足度に関連したすべての要素は、ALFの人的資源管理において最も重要な関心事項たるべきである。従業員の満足度を保持することは、転職によるスタッフ喪失のリスクを軽減する。よく考え抜かれ、計画された職員確保戦略は、施設の成功のチャンスを改善するであろう。

ALFの経営に関するベンチマークとしては、70～75%の居住者利用率の下で経営的にはトントンベースとなり、ほぼ93%の利用率で、長期的に持続可能な経営的安定性を達成するというのが1つの目安である。従業員の給与等人件費はALFの経常費用の50～60%を占めており、その適切な管理はきわめて重要である。

文献：Darlene Yee-Melichar, Andrea Renwanz Boyle, Cristina Flores, *Assisted Living Administration Management*, PP1-449, Springer Publishing Company, 2011.

1. 組織の経営管理

- 長期ケア (Long-term care) の定義：一般に一定期間 (90日以上) にわたり、慢性期の症状及び (心身の) 機能的制約がある人々に対して提供されるさまざまな医療サービス、身体ケア及び社会サービスを指す (Wunderlich and Kohler (2001))。
- 長期ケアのオプションとしては、在宅ケア、デイケア、高齢者住宅、Assisted Living Facilities、ナーシングホーム、CCRC (高齢者継続ケアコミュニティ) 等がある。Assisted Living Facilities (ALF) は、住居と食事に加えて、入浴、着脱衣、食事介助、身だしなみ、排泄等のADLs に関し援助を提供する施設である。また、これに加えて、移動、家政、洗濯、医療及び社会サービス、服薬管理等に関する援助もしばしば提供される。CCRC は、高齢者がニーズの変化に応じて移動しなくてもよいように、1箇所が高齢者住宅、ALF、ナーシングホーム等が整備されている形態である。
- 長期ケアは、自宅における在宅ケアとナーシングホームを両方の極とする連続的なサービスと考えられる。ALFはこの両極の中間に位置付けられる概念で、身体的、心理的独立性に力点を置きつつ、個人ケアと見守りが「施設」の外部から提供されるタイプのものである。
- ALFについて、米国全体の連邦レベルの定義はない。むしろ州レベルで定義され、規制されている。ALFに関するさまざまな定義の事例。共通しているのは、プライバシー、尊厳、自律性の重要性の強調といった点である。
- 実際には、ALFの利用者とナーシングホームの入居者のニーズは重なっている面が多い (Zimmerman et al.(2003))。ALFの利用者の平均入居期間は2年半から3年である。
- ナーシングホームとは異なり、ALFが提供するサービスの質に関する連邦レベルの規制は存在せず、州ごとにばらばらの規制が行われてきた。連邦上院高齢化特別委員会の要請により、消費者、事業者、専門家、行政等約50の組織が参加して、Assisted Living Workgroup (ALW) が設立され、2003年に報告書が公表されている。さらに、ALWを継承する形で、Center for Excellence in Assisted Living (CEAL) が設立され、活動を展開している。
- Zimmerman and Sloane (2007) によるALFの3分類
 - ①16ベッド未満の施設
 - ②16ベッド以上の伝統的な食事とケア提供施設
 - ③16ベッド以上の新たなモデル施設：1987年以降の建設、2種類以上の個人負担料の設定、移動介助を要する住民の割合が20%以上、失禁の住民が25%以上、正看護師ま

たは准看護師が常時勤務

○ALF が提供するサービスは、州（の規制）により、また個々の施設により異なっているが、典型的には、次のようなサービスが含まれている。

- ① 24 時間体制のケア及び見守り
- ② 直接的及び支援的サービスの監督（日常生活動作等の支援）
- ③ 医療関連サービス（服薬管理等）
- ④ 社会サービス
- ⑤ レクリエーション活動
- ⑥ 食事及びおやつ
- ⑦ 家政及び洗濯
- ⑧ 移動

○多くの州政府が、ALF が「Aging in place」を容易にし、消費者に広範な長期ケアの選択肢を与えるよう要請するようになっているが、ALF が提供すべきサービスの範囲については、さまざまな意見がある。

○Aging in place は、ALF を含む急速に発展しつつある高齢者向け住宅業界のマーケティングにおいて使われる概念であるが、その解釈はさまざまである。

○追加的な医療サービスについては、施設のスタッフにより提供される場合と、外部の事業者との契約に基づき提供される場合とがある（在宅医療事業者やホスピスサービス事業者）。

○ALF の全国平均規模は、58 床であるが、施設によって規模には大きな差異がある。

○ALF に関しては、標準化されたサービスモデルは存在しないが、次のような 4 つの類型を考えることができる。

- ① 食事とケア型：小規模な家庭的雰囲気施設の施設。医療サービス等は外付け
- ② ホスピタリティ・モデル：アパートないしはホテル型。食事以外の身体ケアサービスは限定的。プライバシー重視。利用者の回転率高い
- ③ 新型モデル：典型的には 60 床以上の規模。「ハイサービス、ハイプライバシー」型。最低常勤の正看護師 1 名が勤務し、看護ケア（モニタリング、看護サービス）を提供。入居者の負担額は大きく、低所得者層には利用は困難
- ④ 専門認知症ケアモデル

2. 人的資源の管理

- ALFにおける質の高い労働力の確保は、他の長期ケア施設の場合と同様、ますます大きな課題となってきている。特に、直接ケアに当たるスタッフ（パラプロフェSSIONナルス）に関しては、低賃金、重労働、労働に対する社会的な評価の低さ（stigmatized）といった問題が重要である。
- 長期ケア施設におけるスタッフの教育訓練の重要性については、しばしば過小評価されてきている。そこには、長期ケアは、急性期ケアに比べて、スキルや知識を余り必要としないという誤解がある。しかしながら、実際には、長期ケアは複雑で専門特化しており、特別のスキルと知識とが求められる。
- 知識とスキルを有したスタッフはALFにとって最大の資産であるが、その教育訓練は、費用、時間、新人教育に係る労働負荷等のために、むつかしい問題を有している。十分な対応がなされない場合、提供されるケアの質が低下するとともに、転職が増加する結果となる。
- ALFのスタッフに関する要件は、ナーシングホームに比べて規制が緩い。ナーシングホームの場合、連邦法（ナーシングホーム改革法）によって、直接ケアを提供するスタッフは、最低2年間の経験と長期ケアにおける1年間の看護経験を有する正看護師の指導監督の下で、最低75時間の初期研修を受けなければならないことになっている。これに対して、ALFの場合は、州によって規制が異なり、一般にナーシングホームに比べ、最低限のレベル（通常1時間～16時間程度）の研修要件に留まっている。
- ALFにおけるスタッフの確保及び職務満足度に関連したすべての要素は、ALFの人的資源管理において最も重要な関心事項たるべきである。従業員の満足度を保持することは、転職によるスタッフ喪失のリスクを軽減する。よく考え抜かれ、計画された職員確保戦略は、施設の成功のチャンスを改善するであろう。
- 転職（Turnover）に関しては、否定的な面と肯定的な面の両面がある。否定的な面とは、質の高いスタッフの喪失であり、肯定的な面とは、質の低いスタッフが辞めることによる組織の新陳代謝である。人事管理戦略としては、できる限りこの否定的な転職を最小化し、肯定的な転職を促進・維持することを目指すべきである。その際、職務満足度は、質の高いスタッフを確保するために最も重要な要因であることに留意する必要がある。職務満足度は、賃金及び福利厚生給付、労働条件、尊厳、志気の高さ等を含む多様な要因によって影響を受ける。スタッフのエンパワーメントの促進は特に重要な影響を及ぼす可能性がある。

3. 経営財務、法制度的管理

- 業界全体のベンチマークとしては、ALFは、70～75%の居住者利用率の下で経営的にはトントンベースとなり、ほぼ93%の利用率で、長期的に持続可能な経営的安定性を達成するというのが1つの目安である。
- 従業員の給与・賃金及び福利厚生給付はALFの経常費用の50～60%を占めており、その適切な管理はきわめて重要である。
- 一般的には、ALFは非医療的施設であると考えられており、重大な医療ないしは看護ニーズを有する利用者はALFに居住することはできない。実際の規制は州によって異なっているが、次のような状態については一般に居住が禁止されている：経管栄養を含む点滴、人工呼吸器による呼吸、ステージⅢないしはⅣの褥瘡、寝たきり、カテーテルによるケア等々。
- ほとんどの州は、ALFからの立ち退き事由を制限するとともに、遵守すべき手続きに関する規定を有している。共通の（正当な）立ち退き事由としては、①住民の医療ニーズが施設が提供できるサービス水準を超えている、②住民が、住民自身、他の住民、スタッフ、施設の資産にとって有害な行為にふけている、③住民が施設の入所契約条件や他の文書化された規則に背いている、④住民が州法や市町村の法令に違反している、⑤住民がサービスの対価を支払えない、⑥州政府または医師が住民の移動を命令している、⑦施設の閉鎖、といったことが挙げられる。

4. ケアモデル

- ケアの「医療モデル」は、多くのALFにおいて採用されてきた伝統的なアプローチである。その場合、老化は生理的精神のプロセスの変化ととらえられ、ケアの主たる関心は、高齢者の健康の増進、身体的機能の維持、成果指標及びQOLの改善といったことになる。
- 一方、長期ケア施設、特にナーシングホームを中心に、近年「Culture change」が唱道され、運動として展開されるようになってきている。Culture changeは、高齢者のQOL及び福祉の改善を目指し、施設中心のアプローチから入所者個人を中心とするアプローチへの転換（脱施設化）を図ろうとするものであり、ALFにも十分適用可能である。
- ナーシングホームにおけるCulture changeは、ナーシングホームを、従来の伝統的な医療ケアモデルから、入所者の権利、尊厳、自由といった価値を重視する、入所者個人あるいは消費者に主眼を置いたモデルへと転換させるものと考えられている。

○The Pioneer Network は、2000年に、ナーシングホームにおける Culture change 運動のための総括的組織としてニューヨーク州ロチェスターに設立され、活発な活動を展開している。

○Culture change の事例

①BPM Senior Living (オレゴン州ポートランドの ALF)

・「個人選好プログラム」の開発により、アメリカ AL 連盟より、「Best of the Best」賞を受賞。個人選好調整者を ALF に配置。入所者個人の選好やニーズに柔軟に対応。

②グリーンハウスモデル

・老人専門医であるウィリアム・トーマスによって、1999年から開始されたナーシングホームの新しいモデル。各6人から8人の小規模ホームから成るコミュニティとして概念化。医療サービスも提供されるが、QOL 優先の観点から重視されていない。医療サービスに関しては、従来の医療モデルとは違って、医療チームスタッフは、高齢者の家における「外部からのお客」として振る舞うことが期待されている。

・入所者は浴室付きの個室に入居。各部屋は、暖炉、オープンキッチン、食堂を含むオープンスペースに面するよう設計されている。従来のナーシングホームにつきものの長い廊下、頭越しの呼び出しシステム、ナース・ステーション、その他施設的な造作はできる限り排除されている。

③エデン・オータナティブ

・エデン・オータナティブも、1991年にウィリアム・トーマスによって始められた Culture change のモデルであり、ペットや植物、ガーデニング、子どもを伝統的な長期ケア施設に取り込むことによって、高齢居住者の QOL の改善を図ろうとするものである。そのことにより、高齢者は、単なる受動的なケアの受け手から、他者にケアを提供する主体になる可能性が出てくることになり、より意味のある生活が促進されることになる。

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 23 年度 総括・分担研究報告書

平成 24 (2012) 年 3 月

編集：〒812-8582 福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

教授 尾形 裕也

TEL 092-642-6960 FAX 092-642-6961

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

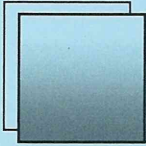
第 II 章 在宅医療、在宅介護の推進

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

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
総括研究報告書

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、早急に必要な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

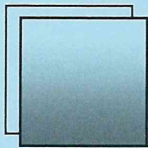
- 尾形裕也、「日本における在宅医療の現状、課題及び展望」、『季刊社会保障研究』、47(4)、357-367、2012.
- 尾形裕也、「医療・介護提供体制の将来像と地域医療」、『ほすびたる』、No.655、9-13、2012.
- 尾形裕也、「医療計画の見直しと医療機関経営」、『Square』No.602、6-9、2012.

2. 学会発表等

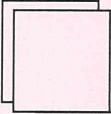
- 尾形裕也、「医療・介護提供体制の長期ビジョンをめぐる諸問題」、日本医療マネジメント学会第3回鹿児島県学術集会・特別講演、鹿児島、2012.5.12.
- 尾形裕也、「医療・介護提供体制の将来像と地域医療」、第62回日本病院学会シンポジウム、福岡、2012.6.22.
- 尾形裕也、「医療制度改革と地域医療」、第51回全国自治体病院学会、高松、2012.11.8.

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ⁱ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

ⁱ 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。ⁱⁱ＝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。ⁱⁱⁱ 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

ⁱ 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。

ⁱⁱ 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。