

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。重急性期、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、療法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>x</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>x</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。

### 3. 居住系サービスモデルを提案するに当たっての視点

#### (1) 積極的な住み替えという視点

居住系サービスは、必要なサービスが受けられる住居を提供する事業と位置づけられる。したがって、病院や施設のように、サービスを利用するためにやむを得ずそこに自分の身柄を移すのではなく、生活の質（QOL）を高めるためのステップアップの一環として居住系サービスに住み替えるという視点が必要である。つまり、「生活に適さない住居から生活に適した住居への住み替え」の選択肢として居住系サービスがあるという位置づけでなければならない。このためには、それまでの様々な「関係」が維持継続されることが望ましく、また、長期にわたって居住することを前提に、現在の生活に適しているだけでなく、将来の生活にも適した条件を同時に備えているものでなくてはならない。

このような視点から見た場合、現在提供されているサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームのほとんどは、やむを得ずそこに移るという消極的な位置づけでしかなく、ステップアップのために積極的に選択する住居としての条件を満たしているとはいえない。「生活に適した住居への住み替え」という意識がはっきりしているイギリスの **Sheltered Housing** と比較した場合、日本の居住系サービスの問題点が明確になる。詳細は、本報告書「イギリスにおける **Extra Care /Sheltered Housing** の現状」を参照していただきたいが、主要な点は以下のようにまとめることができる。

- ①住居というには生活するのに十分な広さがなくてはならない。イギリスでは、1人暮らしでも最低1ベッドルーム（日本でいう1LDK）の広さが必要とされているが、居住系サービスの場合、ほとんどが1ルームである。これでは、日中くつろぐことも客を招くこともできない。そのような場合は、共用のロビー等を使うというのが日本の居住系の考え方であるが、それは住居としては不完全といわざるを得ない。また、**Sheltered Housing** では、それまで使っていた家具や食器等を持ってきて、それまでの生活を継続することができるが、日本の居住系サービスでは、お気に入りの家具等は置いていかなければならない。
- ②イギリスの場合、分譲型の **Sheltered Housing** では、居住の権利は一般的に所有権に基づくものである。このため、基本的に自宅を売却して入居する。より生活に適した住居があった場合には **Sheltered Housing** を売却して別な住居を購入することも可能である、日本の有料老人ホームの場合、ほとんどが使用権であり、退居すると権利は消滅してしまう。このため、いったん入居すると他へ転居することは難しくなる。また、そういうこともあって、自宅を売却することに抵抗がある。



③イギリスの Sheltered Housing では、様々な状況の高齢者が暮らしており、それ自体が自然発生的なコミュニティであるという意識が強い。このため、相互援助の関係ができやすく、年齢を重ねて体が弱くなったときの不安も少ない。日本の居住系サービスでは、一定の身体的、精神的状態にある高齢者だけを入居対象としているものが多く、やむを得ずそこに移るという意識が強いため、同じような状況にある高齢者だけの集まりになりやすい。このため、コミュニティとしての機能が伴わず、地域にとってマイナスの存在になりやすい。

我が国の居住系サービスの現状を見る限り、積極的に選ばれる居住系サービスへの転換を図っていくことは難しいといわざるを得ないが、サービスモデルを考える場合、このような視点を取り入れることも必要であろう。

## (2) 包括的ケアマネジメント体制

居住系サービスは、入居者の生活に必要なニーズをすべてその枠内で提供するわけではない。安否確認、緊急時の対応や食事、清掃等のサービスは住居に付帯するサービスとして居住系サービスの運営主体が提供すべきものであるが、医療、介護サービスについては、入居者の状況に差があることから、特定施設型のように一律に介護保険給付の上限までサービスを利用することを前提としてサービス提供体制を整えることは効率的ではなく、地域のサービス提供事業者と連携して、これを積極的に活用する（「外付け」）方向が望ましい。

しかし、サービス事業者と居住系サービスの運営主体との間で、入居者の身体的、精神的な状況に関する情報とケアの目標が共有されていなければ、効果的なケアを提供することはできない。「外付け」サービスの活用であっても、入居者のニーズに十分に答えることができるためには、医療、介護を通じた包括的なケアマネジメントの体制が整っていることが前提となる。地域においてそのような体制が整っていなければ、居住系サービスの提供主体が包括的なケアマネジメントを実施できる体制を整え、それを前提に、医療、介護サービス提供についてだけ地域の事業者へ委託するという形態を取らざるを得ない。

退院の受け皿型やターミナル型では、医療ニーズが大きく、マネジメントも医療サービスを中心としたものとならざるを得ない。この場合は、かかりつけ医との連携により、そのマネジメントの下でのサービスの委託という形態になるが、それでは、介護サービスとの連携が難しくなる。この両者を一体的に管理できる機能を居住系サービスが持っていることが求められる。それは、看護師の活用ということになろう。居住系サービスにケアマネージャーの資格を持った看護師を、マネジメント担当として常駐させることで、かかりつけ医との連携を確保し、医療と介護を包括したマネジメントが行える体制を整えること

が望ましい。

前述のように、病院を中心にして、退院の受け皿型の居住系サービスを展開している事業体では、同時に、訪問医療、訪問看護、訪問介護等のサービス部門を持って、それらを包括したケアマネジメントの体制を整えているところもある。このような場合はすべてのサービスが統一的なマネジメントの下で効率的、効果的に提供されることが期待できる。しかし、このような体制は、一つの事業体で入院から在宅までをすべてカバーしようというものであり、「患者囲い込み」につながりかねない面を持っている。また、すべての地域でこのような形態が可能なわけではないことから、これだけを居住系のモデルと考えることは難しい。

### (3) 地域性

居住系サービスは住居を提供する事業であり、立地の問題は重要である。高齢期の住み替え先の地域として、全く縁もゆかりもないところを選ばれることは希であり、一般的には、①同一の日常生活圏域内か同一の市町村内 ②出身地あるいは以前に住んだことのある地域 ③別居の家族の住まいの近所 ④風光明媚で温暖な気候のところ のいずれかが選ばれると考えられる。この他、病院を中心とした複合体への住み替えでは、病院との関係を維持するために、病院の近くに転居するという場合もある。実際には、都市部の居住系サービスの調査によれば、最も多いのは①、次いで③で、②と④はほとんどない。<sup>xi</sup>

地方では、居住系サービスへの住み替えを必要とする高齢者が集まって住んでいるということが少ないため、同一生活圏域内に適切な居住系サービスを見つけることは難しく、同一市町村内か③のような形で都市部に移住するということが多くなる。これに対し、都市部では、多くの居住系サービスが提供されており、また、同一日常生活圏域には、同程度の生活水準の住民が住んでいるという場合が多いことから、それまでの生活を大きく変えなくてもよいような居住系サービスを見つけることも可能である。このため、比較的近所での居住系サービスへの住み替えが可能になる。しかし、ターミナル型に限ってみると、ギリギリまで在宅生活を維持してきたが「これ以上は無理」というような緊急性があるケースに対応できる居住系サービスは少なく、やむをえず遠隔地の居住系サービスに入居せざるを得ないというケースも多く存在する。また、居住環境の問題で在宅生活を継続できないケースには、低所得者も多く、そのため都市部の居住系サービスが利用できず、安価な遠隔地の居住系サービスを選択するという場合もある。<sup>xii</sup>

<sup>xi</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>xii</sup> これらについては、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」の章を参考にされたい。

このように、居住系サービスは都市部に需要が多いが、都市部は地価が高く、利用料が高くならざるを得ない。そのため、比較的高額所得の者を対象に、自宅を売却することを前提とした早めの住み替え型の居住系サービスが多く供給されることになる。一方、地方では、退院の受け皿型を中心に、医療との結びつきの強い居住系サービスにたいする需要が大きい。都市部でギリギリまで在宅で過ごしたが、ターミナル型の居住系サービスへ移るという場合で、所得の関係で近くの居住系の利用が難しい場合は、このような地方の居住系へ入居することになるのが現状である。

#### 4. 事業モデルの提案

これまで述べてきたことをもとに、ここでは、以下のような 2 つの事業モデルを提案することとしたい。1 つは、早めの住み替え型、退院の受け皿型、ターミナル型のすべてを包含した、様々な高齢者が暮らすコミュニティとしての居住系サービスモデルであり、もう 1 つは、ターミナル型に特化した小規模の居住系サービスモデルである。

##### (1) モデル 1 = コミュニティ型居住系サービス

###### i. 総合型のメリット

このモデルの特徴は、早めの住み替え型、退院の受け皿型、ターミナル型のすべてに対応した総合型であるということである。総合型のメリットは、どのような状況の高齢者でも入居することができ、どのような状況になってもターミナルまで住み続けることができるということである。また、そうであるがゆえに、多様な高齢者が生活するコミュニティとしての実態を持つことができ、地域に違和感なく受け入れられることができる。

現在の居住系サービスは、早めの住み替え型かターミナル型のいずれかに特化したものか、入居時は自立が条件であるが要介護状態になっても住み続けられることを謳っているものがほとんどである。しかし、後者の場合でも、医療ニーズには対応できない場合が多く、また、要介護度が高くなると住み続けることが困難になることもある。このため、退院の受け皿型のニーズには対応できず、また、将来の不安にも適切に応えられていない。

高齢者は、加齢とともに身の回りのことを自分で行うことが難しくなり、病気や骨折などにもなりやすくなる。差し迫った状況にない高齢者が、「住み替え」という大きなイベントを選択するのは、将来の不安に対する備えが大きな要素になる。早めの住み替え型の対象者の将来の不安は、退院の受け皿型の対象者のニーズとほぼ同様なものである。退院の受け皿型のニーズに応えられるようなサービスを準備しておくことは、同時に早めの住み替え型の対象者の不安にも応えられるということになる。さらにその先、ターミナルまで住み続けることを前提とするなら、同様にターミナル型のニーズにも応えられるようにし

ておくことが求められる。総合型の居住系サービスは、現在のニーズに対応すると同時に将来の不安にも応えられるものといえよう。

## ii. 立地と規模

総合型の居住系サービスは、様々な状況の高齢者がバランスよく居住していることが望ましく、そのためにはある程度の規模が求められる。イギリスの **Sheltered Housing** の例を参考にすると、200~300人程度が暮らすコミュニティというのが適正な規模といえるだろう。この程度の大きさのものを新たに建設することは都心部では用地取得の問題があり難しい。訪問介護サービス、訪問看護サービスをはじめ、生活基盤がある程度整った地方都市というのが最適な立地であろう。また、用地取得が難しい地域もあり、公共施設の跡地などの優先利用について、公の支援が望まれる。

## iii. 居室と設備

居室については、住居であるということを前提に考えるならば、LDK+1ベッドルームは確保したい。トイレと、少なくともシャワー室は各居室に設置することが求められる。一般の居住系サービスが1ルームで、浴室共用であることから考えると、相当にデラックスな感じは受けるが、それまでの住居を売却して入居するという前提であれば、料金的も妥当なものとする事は可能であろう。

共用設備については、施設に付帯する設備というより、200~300人程度が暮らすコミュニティというものを想定したときに、通常そこに存在するものがあるという位置づけで考えるほうがよい。食堂や売店も、コミュニティにはレストランやコンビニがあるのと同じだと考え、テナントとして入ることや、元気な入居者がそこで働くというようなことも考えてよいのではないだろうか。

## iv. 費用

入居の形態は、分譲型と賃貸型の両方を用意し、入居者が選べることが望ましい。分譲型は、それまでの住居を売却することを前提にして、退居時の買い戻し特約付きの所有権とすることが、入居者の財産保全の希望に添うものであり、入居の障壁が低くなる。自宅を保有していない場合や家族が住んでいる場合も考慮し、賃貸の形態も取り入れておく必要がある。購入費や賃貸料は、居住系サービス特有のものではなく、近隣の同程度の不動産価格等を参考に決められることになる。

見守り等の生活支援サービスや管理上のサービスは、別途実費を負担することになる。食事や身の回りの消耗品等は、テナントとして入っているレストランやコンビニで、入居者自身で購入することとし、一律に管理費用に含めることはしないほうが住居としての実態に合っている。医療や介護のサービスは、医療保険、介護保険を使って利用することとし、個々に利用状況に応じて自己負担分を負担する。サービスのマネジメントも、保険制

度の中で提供することにすれば、入居者の負担は小さくなる。

#### v. 経営主体のあり方

居住系サービスには多くの業種が参入してきており、医療、福祉の関係者が経営するものも多い。将来の不安も含めて、医療ニーズが大きいことから、病院などを経営する医療法人等が、総合的なサービス展開の一環として居住系サービスを提供しているケースも増えている。このような形態の場合、入居者が必要とするサービスを確保できるという点では優れているが、退院患者の入居を前提に閉ざされた社会をつくってしまうおそれがある。入居者の安心のためには、地域のクリニックをかかりつけ医として位置づけて連携を図っていくことが重要である。地域のクリニックと競合関係にあるような病院の経営主体が居住系サービスを提供する場合には、デメリットの方が大きくなってしまいうだろう。一方、特別養護老人ホームなど福祉施設を営む法人の場合、医療との連携が弱いことがある。特別養護老人ホームの入居者の多くが、そこで最期を迎えられない現状をみると、そのような法人が総合型の居住系サービスを提供することには不安が残る。

居住系サービスを特殊な「施設」ではなく、通常の住居として普及させていくためには、各分野の企業の参入を促すことが望ましい。特に、自宅を売却して居住系に入居した後のファイナンシャル・プランづくりの支援と合わせて、金融商品と連携した居住系サービスとして、保険会社などと連携して提供することも検討してよいのではないだろうか。

#### vi. サービス提供体制

前述のように、生活支援サービスは居住系サービスとして自前で提供すべきであるが、医療、看護、介護のサービスについては外付け型とし、個々の入居者が、医療保険、介護保険を活用してサービスを利用するという形態の方が、多様な居住者へきめ細かく対応ができる。ただ、外付けといっても、すべてを外部の事業者任せでは居住系のメリットはない。訪問看護に含まれない、日常の健康管理と医療と介護の両面に渡るマネジメントを担当する（ケアマネジャーの資格を有する）看護師を常勤で配置（費用は、管理費用に含むが、介護保険サービスのマネジメントは介護保険で賄う）して、適切なサービスが提供できるようにコーディネートしていくことが必要である。また、前述のように、医療、介護サービスとの連携を確かなものにする観点から、建物内、敷地内に、訪問サービスの拠点を置く（テナントして入る）ことも検討されてよいだろう。

#### vii. 医療との連携とケアマネジメント

居住系サービスが、一般の住居に比べてメリットがある点は、生活支援サービスが受けられるという点と、医療と介護を包括したマネジメントの下でのサービスを受けることが可能になるという点である。後者のメリットがないと居住系サービスとしての価値は半減する。後述のように、地域の中でかかりつけ医を中心とした包括的なマネジメント体制が

できあがっている場合は、居住系サービスの入居者もかかりつけ医のマネジメントの下で適切なサービスを受けることが期待できるが、現実には、まだそのような体制が普及するには至っていないところが多い。このため、前述のように、居住系サービスの入居者については、居住系サービス提供主体の側で、かかりつけ医と連携して、医療、介護のサービスのマネジメントを行う専属の看護師を配置する必要がある。

## (2) モデル2＝小規模ターミナル型居住系サービス

### i. 単独型のメリット

都心部では、療養型の病院や特別養護老人ホームなどの施設が極度に少なく、一方で、訪問系の医療、看護、介護のサービスが充実していることから、一人暮らしや高齢者夫婦世帯で、医療、介護ニーズを抱えていても、訪問サービス等を利用しながらギリギリまで自宅で生活している場合が多い。2つめのモデルは、このような高齢者が、在宅生活がどうしても無理になったときに、住み替えて「最期を迎える住居」としての居住系サービスを想定したものである。

このような性格の居住系サービス（ターミナル型）では、入居者は、重い認知症の症状がある場合が多く、24時間の介護・看護サービスが必要なケースも存在する。また、ギリギリまでそれまでの自宅で生活してきたということは、それまで多くの医療、介護関係者が関わってきたわけであり、そのようなサービス事業者やかかりつけ医との関係が継続されることが望ましい。その意味で、そこで新たにコミュニティを形成するという視点よりも、生活の継続という視点を重視する必要がある。早めの住み替え型、退院の受け皿型で入居した高齢者がターミナルまでそこで生活できるように必要なサービスを整えるという統合型とは異なったサービス提供体制を整える必要がある。この点で、モデル1とは異なったものとならざるをえない。

### ii. 立地と規模

このモデルは都市型と割り切ってよいだろう。一人暮らしや高齢者夫婦でもギリギリまで自宅で生活するという環境が都市部以外では整っていないため、地方ではもっと早いうちから居住系に住み替えることが必要になるからである。末期癌等で退院後の療養生活を住居でというようなニーズに対しては、モデル1の統合型で対応することが可能である。生活の継続を重視する点からは、比較的小さな圏域を対象として、小規模のものをたくさん提供していくことが求められる。しかし、あまりに小規模のものは運営面で非効率となる。運営の効率性と入居者の利便性を考えると、50～100世帯というのが適正規模であろう。

### iii. 居室と設備

ターミナルに特化すると、居室は介護がしやすい広さが適当ということになり、1ルームでも足りる。むしろ、共用スペースが充実していることが望まれる。ベッドや棚、箆筒等の居室内の設備は備え付けの方が適しているが、愛着のあるものは持ち込めることが望ましい。トイレとシャワーは介護用になっているものが必要である。病状の急変があり得るので、緊急通報の設備や異常を感知する設備も必要であろう。設備的には、住居というよりも病院や施設に近いものとならざるをえない。住居としての実態は、ハード面よりは、地域性、人間関係の維持、生活パターンの維持といったソフト面で確保するようになっていくことになる。

### iv. 費用

それほど長期の居住になるケースは少なく、経営面からは回転率をよくすることも必要となるため、賃貸型が中心となろう。入居者の費用負担の方法としては、賃貸料以外の管理費用、生活支援サービス費用も一律で負担するものが中心となる。食事は、食堂で取るか、居室に宅配するかとなり、食費も一律で負担することとなろう。長期の入居が前提ではないため、自宅を売却することを前提にする必要はないが、一人暮らし等で自宅が空家になってしまうような場合は、売却して居住系サービスの費用に充てることのできるように、ファイナンシャル・プランの援助をすることもサービスの一つに加えてもよいだろう。

### v. 経営主体のあり方

かかりつけ医や訪問看護ステーション、24時間対応の訪問介護サービス事業等との連携が重要で、できれば、医療または介護のサービス事業者がターミナル型の居住系サービスを提供する形態が望ましい。そのような形態であれば、後述のサービス拠点を施設内に置くことも可能になる。ただその場合、他のサービス事業者の連携がうまくいかなることも考えられる。後述のように、かかりつけ医を中心として、医療、介護を通じた包括的ケアマネジメントの構築が図られている地域では、クリニックを中心にして非営利団体を設立し、そこが居住系サービスを経営するというような形態が最も適しているといえる。

### vi. サービス提供体制

24時間の看護、介護サービスが必要な入居者も想定されることから、サービス拠点が施設内にあることが必要である。しかし、独自にサービスを提供する体制を整えることは、小規模であることもあって非効率であり、入居者がそれまで利用してきたサービスを継続できなくなるというデメリットもある。事業主体としては「外付け型」であるが、地域全体をカバーする看護、介護サービス事業者のサービス提供拠点を、居住系サービスの施設内におくという形態が最も適している。同じ施設内の居住者の利用が確実に見込まれることで、サービス事業者側にもメリットがある。

## vii. 医療との連携とケアマネジメント

これまで述べてきたように、ターミナル型の居住系サービスモデルは、地域において医療、介護を通じた包括的ケアマネジメントの構築が図られていることが前提となる。しかし、一部の希な例を除き、そのような基盤はまだ整っていない。居住系サービスは、本来、その人のライフステージに適した住居を提供するものであり、病院や施設のように、そこですべてを充足するものではない。ターミナル型の居住系サービスが有効であるのは、ターミナルまで生活できる地域の基盤がある場合に限られる。地域における包括的なケア体制が構築できないから居住系サービスへ住み換えるのではなく、居住系サービスも地域における包括的なケア体制の一部として位置づける発想が必要ではないだろうか。

## 5. 課題と提言

### (1) 費用負担の問題

これまで述べてきたように、利用者が居住系サービスを選択する場合の最大のネックは費用負担の問題である。特別養護老人ホームなどの施設には建設費に対する高率の補助があり、病院の建設費は診療報酬によって回収できることとなっているため、基本的に不動産にかかる費用を利用者が負担することは想定されていない。「ホテルコスト」ということで、長期の入院、入所の場合には滞在の経費を負担することになったが、それは食費や光熱水費等であり、不動産の利用に対する費用は含まれない。一方、居住系サービスでは、ケアハウス等法律上の「施設」に該当する場合を除き、用地取得費、建設費のいずれにも制度的な助成はなく、<sup>xiii</sup> その費用は入居者が負担することになる。このため、居住系サービスは、一部の「お金持ち」が選択する高級な住まいか、現在の住まいに住み続けることができず、他に選択肢もないため、やむを得ずを選択するものになってしまう。

居住系サービスは病院や施設のように、サービスを受けるためにそこに移るという性格のものではなく、その人の生活に適した住居である。したがって、それまでの住居を処分してそこに住み替えるというのが前提と考えるべきである。高齢者の持ち家率は高く、ストックを保有する高齢者も多い。住居を含めた資産の活用という視点を持てば、居住系サービスの費用負担は十分に可能な高齢者も多いはずである。しかし、住居の売却は容易ではなく、それを処分した後、どの程度居住系サービスに住み続けられるかの見通しも付けにくい。たとえ魅力のある居住系サービスが提供されたとしても、そこに住み替える決断をするまでには乗り越えねばならない障壁が大きく、決断できない高齢者も多い。

このような障壁を低くしていくためには、良質な居住系サービスが提供され、人々の意

<sup>xiii</sup> 「高齢者すまい法」により、サービス付き高齢者住宅の建設には10分の1の補助ができることになったが、これは奨励的な補助であり、永続的なものではないとされている。



識が変わっていくといった実績も必要であるが、住み替えが容易になるための支援の仕組みを構築していくことも必要である。具体的には、住居の流通を促進するための不動産流通システムの構築、リバース・モーゲージなどストックをフロー化する仕組みや、それらが有効に機能するために将来の資金計画のアドバイズをするファイナンス・アドバイザーの養成などが求められる。

高齢者がそれまで住んでいた住居を若い人が購入して、そこで暮らすようになることは、地域を活性化することにつながる。地方都市の中心部や比較的古い時代に開発された住宅地などでは、高齢者が退居した後の空き家が大きな問題となっている。高齢者が住居を売却しやすくすることは、このような問題を解決し、多世代がいっしょに暮らし、次の世代に引き継がれていくコミュニティを形成することにもつながる。地域活性化の一環として、地方公共団体も積極的に関与していくことが必要ではないだろうか。

## (2) 包括的マネジメント体制の構築

先に述べたように、居住系サービスとしては、医療、介護サービスは「外付け」とし、サービス提供事業者と密接な連携を取ることが適当である。医療、介護を包括するケアマネジメント体制についても、地域においてそのような体制が構築されることが前提であり、居住系サービスが居住者だけを対象として独自にそのような体制を構築するよりも、地域におけるケアマネジメント体制のなかできちんと位置づけられていることが重要である。前述の、ターミナル型の場合の同一生活圏域での転居というのは、同一の地域ケアマネジメント体制の下での転居という意味合いももっている。しかし、現実には、その「前提」が成り立っていない場合が多い。

医療と介護では、制度的にマネジメントの体制が異なっている。医療は、基本的に医師がすべてを把握し、すべての処方について指示を出すことが建前で、在宅療養の場合、かかりつけ医が患者の医療サービス全体のマネジメントを担当することになる。しかし、退院の受け皿型の対象者のような場合は、病院との関係が深く、また、病院との関係が切れることに不安を抱いているケースも多いことから、居住系サービスに病院との連携関係を求める傾向があり、そのようなところでは、地域のかかりつけ医との連携関係が築きにくい面がある。一方、介護サービスはケアマネージャーが全体のサービスマネジメントを行うことになっているが、ケアマネージャーの守備範囲は介護保険サービスのみであり、医療との連携は苦手という場合が多い。

医療、介護を通じた包括的なケアマネジメント体制を確立する前提として、関係する専門職間で利用者の身体的、精神的な状況を把握し、共有するという課題が存在する。在宅で療養生活を送っている場合、特に、ターミナル型の場合は、状況が変化しサービス内容が修正される場合が頻繁に起こりうる。このような場合、関係する専門職が、常に最新の

利用者情報を把握し、ケアの目標を確認しておくことが必要になる。すでに、いくつかの地域では、試行的に、病院とかかりつけ医との間のカルテ情報の共有、医療と介護の専門職間の利用者情報の共有のためのシステムが構築されつつある。しかし、病院とかかりつけ医の間では、電子カルテを利用した情報共有システムが構築されているが、医療と介護の間では、カルテ情報を用いることが困難であるため、連絡帳のようなローテクの方法がとられている例が多い。このため、病診間の情報共有システムとの連動性もない。

包括的ケアマネジメントの体制は、フランスにおける HAD の方法が参考になる。<sup>xiv</sup> HAD におけるコーディネイト医師の役割をかかりつけ医が担当し、かかりつけ医のもとにすべての情報が集まるようにして、かかりつけ医が全体のケアの方針を決定し、その下で、コーディネイト担当の看護師が各専門職と相談して具体的なケアの内容を決めるという形態である。コーディネイト担当の看護師はケアマネージャーを兼ねていることが望ましく、マネジメント担当看護師の養成と権限の拡大を図ることによって、そのような看護師の位置づけを明確にしていくことが求められる。

居住系サービスにおける包括的なケアマネジメントの実現は、このような地域におけるケアマネジメント体制の整備の中で考えられていくべきものであり、居住系サービスのあり方とは別に、政策的な取り組みが望まれる。

## おわりに—住まい方に対する意識変革

居住系サービスは、施設と在宅の中間といわれるが、その本質は住居であり、「サービス利用型住居」とでもいうべきものである。したがって、居住系サービスの利用は、病院や施設のように、サービスを利用するために身柄をそこに移すのではなく、住みやすい住居に「住み替える」というものでなくてはならない。これまで、「家」は家族が暮らすためのものであって、個人のものではなく、高齢者福祉においても、そうした家族の入れ物という意味も含めて、「住み慣れた自宅」で暮らし続けることが幸せとされてきた。このため、施設への入所は、そうした「幸福な空間」から追われるという不幸であり、できるならそうなりたくないこととして受けとめられてきた。

しかし、実態は大きく変わってきている。単身や夫婦のみの高齢者世帯が主流となる中で、「住み慣れた自宅」で暮らし続けることは必ずしも幸せではなくなっているにもかかわらず、「住み慣れた自宅」に代わって積極的に選択すべき「幸福な空間」という選択肢は提供されてこなかった。一方、「家」は家族に引き継がれていくものではなくなっているにもかかわらず、いつまでも手放すことができないため、高齢者が亡くなった後の空き家が大きな社会問題となっている。古い観念と変化する現実とのギャップが様々な問題を生

---

<sup>xiv</sup> 本報告書「フランスにおける Hospitalisation A Domicile (HAD)の調査報告」の章を参考にされたい。

み出している。ライフステージに合った住まいを自ら選択するという積極的な位置づけの居住系サービスが提供されることで、人々の意識が変化し、そのようなギャップが埋まってくることを期待するとともに、それがまた居住系サービスの普及につながっていくという循環が生じることを望みたい。

## 第 I 章－ 2 退院患者の支援ニーズと地域医療連携に関する検討

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

### 1. 長期入院患者が退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズ

本項では初年度（平成 22 年度）に調査した長期入院患者の実態調査の結果から、退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズを考察した。

#### （1）長期入院是正政策によって生じる問題点

民主党は 2009（平成 21）年のマニフェストにおいて、社会保障費削減計画の停止、医療従事者の増員などの政策方針を示し、INDEX2009 医療政策＜詳細版＞においては、療養病床 38 万床は総枠として維持する必要があるとの考え方を示していた。同年に民主党を中心とする連立政権が発足すると、厚生労働省は、これまでの療養病床再編成の計画凍結を表明し、2010（平成 22）年 9 月 8 日、衆議院厚生労働委員会において、長妻校正労働大臣（当時）は、削減計画を撤回する方針を明らかにした。その後、介護保険法改正が検討される中で介護療養病床の廃止期限を当初の 2011 年度末から 6 年延長し、2017 年度末とされた。

保健医療機関及び保険医療担規則第 10 条に示されている「家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき」に入院を続けている状態は、いわゆる社会的入院のひとつであると解釈することができる。すなわち、医療ニーズが少ないにも関わらず、家庭事情等のために退院が困難な場合である。

長期入院是正政策により、新規の社会的入院が抑制された場合、例えば、初診時に治療できない末期がん患者が急性期病院にも療養病院にも入院できず、在宅療養を余儀なくされ、在宅療養を支援する診療所や介護保険事業所のサービスも活用できない場合には、生活の質が極めて悪く、非常に困窮し、独居老人の孤独死といった実態が生じる。新規の社会的入院が抑制される事象は、初診時末期がん患者に限定されない。脳卒中の急性期治療後、救命できたが高次脳機能障害となった場合に療養病床に受入れられないことも生じ得る。医療ニーズの高い要介護者は、介護施設にも受入れられない。家族介護力のない在宅に帰される場合は、極めて困難な状態に陥る。

急性期病院は平均在院日数の短縮化を図っており、治癒の見込みのない患者や、家庭事情等の社会的理由により長期化が見込まれる患者は、「急性期病院ではできないことがない」