

ためには、終末期に必要な医療の提供体制を整えておく必要がある。しかし、その場合だけ対応できるようにするために常時必要な人員を配置しておくことは効率的ではない。そのようなサービスは「外付け」で対応する方が効率的であるが、既存の訪問サービスではそのような状況に対応することができるものがない。この結果、これまでは、多くの老人ホームや特定施設で、終末期は結局入院をせざるをえないという結果になっていた。しかし、フランスでは、HADの老人ホームでの展開によって、最期まで老人ホームでという希望が実現することになった。それは、施設側からすれば、最期までそこで過ごせるという「価値」を付加したことになり、HADの側からすれば、安定的な「病床」を確保したことになり、居住者、施設、HADの3者にとって、Win-Winの関係が成り立っているということができる。このように、高齢者施設や高齢者住宅にHADを提供することによって、事業の効率性等の問題から普及が進まなかった地方都市などへもHADが広がっていくことが期待できるのではないかと考えられる。

2. 訪問先である Korian グループの展開している HAD の事業概要

(事業形態)

HADの紹介論文等では、公立病院協会傘下の急性期病院はHADの支部を有することが義務づけられているとされているⁱⁱが、逆は必ずしも真ならずで、Korianグループは病院を持たない民間事業体である。グループで展開している事業は、リハビリ施設とHADである。

(対象疾患)

前述のように、HADの対象となる疾患には限定がなく、精神疾患以外のあらゆる疾患が対象となるが、HADの提供組織によって、人員の配置等の理由から対象外としている疾患が存在する。Korianグループでは、出産に関する医療が対象外となっている。その理由は、出産に関しては助産師等の特別な医療関係者や保育者等が必要になるためである。このグループでは、対象地域の特質から、高齢者の病気と介護を中心に行っている。

(対象地域、規模)

HADは対象地域と病床にあたる対象者数の上限が決められていて、その範囲内で医療行為を行う。このグループは、イヴリーヌ県南エリアを対象としており、60床分がキャパシティとなっている。2004年から許可を得ている。

ⁱⁱ 例えば、篠田道子「フランスにおける医師と看護師の役割分担」海外社会保障研究 No.174 p39

(従事者体制)

HAD は体制上は入院と同様であり、24 時間、毎日医療を提供している。看護師も夜勤体制を敷いている。スタッフとしては、コーディネイト医師 2 名、コーディネイト看護師 2 名、ケアのチームとして、看護師 17 名、介護士 8 名が所属している。その他の療法士などは、契約職員である。その他、心理的社会的ケアを行うために、ソーシャルワーカー 2 名、心理療法士 2 名が所属している。

(内部の役割分担と連携)

コーディネイト医師とコーディネイト看護師の役割は、HAD の医療に適した患者かどうかの診断と基本的な治療方針は医師が決定し、具体的にどのようなケアが必要かの評価とケアの計画づくり等はコーディネイト看護師が行うという分担になっている。

週に 2 回は、コーディネイト医師、コーディネイト看護師、ソーシャルワーカー、心理療法士が集まって状況を確認し、ケアの方針について審議する。必要に応じて、実際に自宅に行っている看護師も加わる。このような会合によって、治療方針が決定、改定される。その情報はかかりつけ医にも送られる。この他、患者の病状を把握し、調整、引き継ぎを行うため、ケアのチームは日常的に会議を開催している。

(情報の共有)

カルテは患者の自宅におかれ、訪問した看護師等が必要な情報を書き入れる。コーディネーション関係書類は電子情報化されており、コーディネイト医師等はパスワードを使ってアクセスすることができる。パートナーの中に外部の専門医がいるが、自分の担当の患者にはアクセスできるようになっている。今後、訪問する看護師等にタブレットを持たせて、現場で必要なデータを入力したり、写真を撮ったり、処方箋を出力したりできるようにしようという計画がある。

(提供している医療・ケアの内容)

緩和医療・サポートケア、モルヒネ、ガス等による痛みの緩和、在宅酸素療法、複雑な包帯、絆創膏の取り替え（褥瘡などの処置）、点滴、注射、胃瘻等の経腸栄養管理、癌等の化学療法後の処方ⁱⁱⁱ、骨折などの後のリハビリ、神経疾患のリハビリ、治療教育、社会的、心理的問題への対処、失禁などへのケア など行為別費用の割合の大きいものは以下のとおりである。

緩和ケア	29.9%
複雑な包帯、絆創膏	26.90%
おむつ、失禁の世話	15.90%

ⁱⁱⁱ 化学療法実施後の副作用に対する薬物療法についても、決められた処方に沿って行う場合は担当看護師の判断で対応することが可能である。また、化学療法のフォローアップだけでなく、HAD の処方で化学療法を行うこともある。

(連携している事業者)

急性期病院、リハビリセンターなどの医療機関、一般医、専門医、療法士等と常に連携している。

(2012年の統計データ)

累積実施日数 17 981 件

入院件数 376 件

患者数 240 名

患者 1 人あたり入院件数 1.57^{iv}

平均入院日数 74.92 日^v

1 日あたりの患者数 49.13 人

死亡件数 36 件

患者の年齢

49 歳以下	7%
50 ～ 69 歳	24%
70 ～ 99 歳	68%
99 歳以上	1%

3. 日本の医療制度に対する示唆

(1) 新たなクリティカル・パスの導入

先に述べたように、急性期病院の入院期間は長くても 10 日程度にとどめ、亜急性期、回復期は、療養病床、回復期リハビリ病床等のある病院に転院し、その後は、在宅で、訪問または通院による医療を受け、訪問看護、訪問介護等のサービスを受けて生活するというクリティカル・パスが提案されている。しかし、現実には、回復期リハビリテーション病床は少なく、療養病床では入院期間が長くなることや政策的に抑制の方向にあって、このようなクリティカル・パスを経て在宅療養に移行する患者は、急性期病院の退院患者の 10 数%にすぎないとの調査結果もある。^{vi} 急性期病院から在宅療養へ直接移行することには患者や家族にとって不安が大きい。また、かかりつけ医による医療と訪問看護、介護等のサービスの提供は必ずしも一体的に行われておらず、在宅療養の体制は整っているとはいえない。急性期病院の平均在院日数が長くなる背景には、このような事情が存在する。

^{iv} 1 人の患者が 1 年間に入退院を繰り返す場合があるため、1 よりも大きくなっている。

^v この年は特に長かったとのこと。通常のは、30～35 日程度

^{vi} 「居住系サービス研究会」における川越国立社会保障・人口問題研究所室長の報告

また、病状の悪化等による再入院の可能性も大きい。終末期においては、自宅で終末期を迎えたいという希望は多いにもかかわらず、ほとんどの人が病院で最期を迎えるというのが現状である。これも、現在の在宅療養の体制では、急激に変化する終末期の病状には対応できないためである。一方、長期入院が常態となっているとされる療養病床における入院患者の実態調査によれば、8割の患者が週1回以上の医師の治療を必要とせず、常時医学的管理を必要とする患者も1割程度しかいない。^{vii} このように、在宅療養体制の不備と、患者や家族の不安が、在宅で生活できる患者を病院に閉じ込め、長期入院の原因になっているということができる。

急性期病院には、退院計画を作成し、在宅療養に円滑に移行できるように、かかりつけ医等と連携することが義務づけられている。しかし、受け取る側の在宅療養支援体制をみると、在宅支援といっても外来診療にウェイトを置かざるを得ない一般開業医が中心であり、介護保険で行われる訪問看護、訪問介護等のサービスと一体的なマネジメントが行われるような体制にはなっていないなど課題が多い。もちろん、患者の多くは急性期病院から退院して円滑に在宅療養に移行することが可能であり、終末期においても在宅を継続できる状態の患者も多い。しかし、現在の在宅療養支援体制では退院が難しい患者が存在することは確かであり、それが、そのような状況にない患者・家族にまで不安を拡大させ、入院の長期化につながっていることも否定できない。

一般に考えられているクリティカル・パスでは、急性期病院退院後も医療ニーズの高い患者は回復期のリハビリテーション病院などに入院し、その後在宅に移行することになっているが、在宅療養支援体制に不安がある以上、回復期が長引き、長期入院が可能な療養型病院にニーズが減少することは期待できない。こうした事情を考えると、亜急性期・回復期の医療ニーズの高い患者に対しては、病院ではなく、在宅側でそれに対応できる医療提供体制を整え、在宅での療養に対する不安をなくしたうえで、一般的な在宅療養に円滑に移行できるようにしておくことが、早期退院の促進のためには有効であるということができる。また、終末期についても、在宅側の医療提供体制の不備から入院せざるを得ない状況が生じている現状を考えると、終末期医療に精通した医療スタッフと24時間の訪問看護体制を整えた医療提供組織があれば、入院し高度な延命治療を望む場合を除き、終末期の入院を極力避けることが可能になる。

このように考えると、HADのように、急性期病院からの退院直後や終末期などに限って、対象者数や期間を限定して、在宅での集中的な医療を提供できる体制を整え、それをクリティカル・パスに位置づけておくことは、望まない入院を減らし、円滑に在宅療養に移行することを促進する上で、きわめて有効な方法であるということができる。

^{vii} 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」参照

(2) 医師、看護師の業務範囲の見直し

HADの特徴は、急性期病院での医療以外は、医師による直接の治療行為も診断さえも必要としないという考え方に基づいているということにある。これは、看護業務の独立性を抜きにしては考えられない。この点を考慮しないと、直ちに我が国にHADのような仕組みを導入するというわけにはいかない。

フランスで看護業務の独立性が確立されてきた背景には、フランスにおける医師と看護師の役割分担に関する長い歴史が存在する。フランスでは、医療の高度化とともに、医師の業務は急性期の困難な患者の治療に集中していき、一方で看護師の担当分野が専門化していくことで、慢性期の定型的な医療は専門看護師が担うようになっていった。この結果、看護師は病院において医師の補助的な役割をするだけでなく、クリニックを開業したり訪問看護を行ったりしている。開業看護師は、医師の処方に基づいて「療養上の世話」を行うことになっているが、看護師の判断に基づいて医師の処方を変更してもらうなど、実質的に急性期病院からの退院後の継続的な疾患の治療を行うことができるようになっている。

HADは、このような看護業務の拡大を背景として成立しているもので、亜急性期における医療を、実質的に看護師が担当し、医師は直接患者を診察したり治療したりはしないということで、費用を抑えることができるということに特徴がある。この点では、病院における医療が中心で、看護師は医師の補助者であって、医師の細かな指示の下でなければ治療行為を行うことができないという仕組みができあがっている我が国において、HADのような制度をそのまま導入することは難しいといわざるを得ない。

しかし、訪問看護の実態をみると、医師の「包括的指示」の下で、患者の病状に応じた柔軟な対応が行われており、医師の処方に基づき単独で様々な処方を行うことができる「特定看護師」の実現に向けての検討も進んでいる。「特定看護師」を病棟の婦長等に限定せず、訪問看護師に積極的に拡大するとともに、実態に応じた単独業務の実施を認めていくことで、医師と看護師の役割を根本的に変更することなくHADと同様の医療提供体制を整えていくことは不可能ではないと考えられる。

現在の、医師と看護師等の他の医療専門職との役割分担は、医療が病院や診療所でのみ行われることを前提としたものであり、在宅医療を普及させようという今後の医療提供体制のあり方を考えるならば、役割分担の見直しは避けて通ることができない。その場合、HADのあり方は大いに参考となるのではないだろうか。

(3) 医療と介護の連携

病院に入院している患者は、通常的生活を自力で行うことが、身体的、精神的に困難な場合が多く、狭い意味の医療行為だけでなく、療養上の世話といわれる「介護」サービス

も受けている。HAD は、入院の場合と同様のサービスを提供するものであるから、入院の場合と同様に、「医療」だけでなく「介護」サービスも、これに付随する範囲で提供している。「医療」と「介護」のサービスは、訪問する看護師が提供しているが、その他に、療法士によるセラピー、ソーシャルワーカーによる家族や近隣との関係調整、心理士によるカウンセリング等も、必要に応じて提供される。これらのサービスのマネジメントは、コーディネイト医師の包括的な指示の下で、コーディネイト看護師によって行われている。

我が国では、在宅で療養生活をおくる患者に対しては、かかりつけ医の診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション等が提供されるが、これらは、医療保険によるものと介護保険によるものに分かれており、医療保険によるサービスのマネジメントは医師によることが建前であり、介護保険によるサービスは介護支援専門員（ケアマネージャー）によって行われている。ケアマネージャーは、制度的にも、現実にも、医療に関するサービスマネジメントを行うことはできず、医療と介護の一体的なマネジメントは、医師がケアマネージャーも兼務しているというような特別な場合を除いては、実現困難な状況にある。また、各制度のサービスメニューはあってもその地域では提供できないものもあるため、実際には利用できないというようなことも起こっている。入院中は、医療に加えて療養上の世話ということで介護サービスを受けられた患者が、在宅になると、後者が介護保険によって提供されるサービスであることから、必要かつ適切なサービスを受けられないということが生じえる。これが、患者の退院を遅らせることにつながっている。

このような点でも、亜急性期と終末期に限ってでも、HAD のような医療と介護のサービスを一体的に提供できる機関が存在し、統一的なマネジメントが確保されるということは、早期退院の促進と在宅療養の普及のために、きわめて重要であると考えられる。

（４）居住系サービスと HAD との連携

居住系サービスに求められる役割には、急性期病院からの退院の「受け皿」となることや終末期へ対応が含まれる。急性期病院からの退院直後の亜急性期や終末期においては、病状が急に変化する場合があります、24 時間の看護体制が必要になる。平成 24 年度から、24 時間の巡回訪問看護・介護が介護保険の給付対象となったが、そのような事業を実施している事業体は少なく、在宅で 24 時間の看護サービスを受けられるケースは少ない。一方、居住系サービスの側でそのような体制を整えることは、入居者を亜急性期か終末期に特定しない限り、非効率となり費用が拡大することになる。様々な状態の入居者が存在することが、居住系サービスが「在宅」に近い存在であることにつながるとすれば、特定の状態にある入居者のみに特化することは好ましいこととは言えない。前述のように、医療・介護ニーズ、特に医療ニーズの大きい入居者に対しては、「外付け」のサービスを活用することが適切であるが、現実には、居住系サービスと連携して医療サービスを提供するという仕

組みはできあがっておらず、個別の関係で連携が成り立っているところがあるにすぎない。一部の病院では、病院の近くで居住系サービスを展開し、そこを退院後の受け皿として、病院の医療スタッフが訪問医療も併せて提供することで医療を確保するという形態の居住系サービスを展開しているところがある。このような形態もひとつの方法ではあるが、入居者側からみれば選択肢が限られてしまう。

前述のように、居住系サービスと HAD の連携は、HAD の経営上もメリットがある。我が国において、HAD のような医療提供体制を検討するに際しては、居住系サービスの普及という観点も併せて検討していくことが望まれる。

おわりに

今回の調査は、わずか 1 日で、1 カ所のみでの訪問であり、HAD についてのごく一部しか調べることができなかったが、HAD の実際の業務を担っている人達から、具体的な説明を聞くことができ、多くのことを学ぶことができた。長期入院の是正は、各国共通の課題であり、フランスの HAD はヨーロッパ諸国や OECD などの国際機関でも注目されている。人口高齢化の進展と疾病構造の変化の中で、医療は病院で受けるものから日常生活の中で提供されるものになりつつある。急性期から如何にしてスムーズに日常に復帰するかが、医療にとって重要な要素となっている。HAD はそうした要請に一つの答えを用意してくるものということができる。この仕組みをそのまま我が国に適用することは難しいかもしれないが、制度の枠内であっても、同様の効果が期待できる仕組みをつくっていくことは可能である。HAD に関する調査研究の蓄積が、我が国における制度化へつながっていくことを期待したい。

第Ⅲ章－２ イギリスにおける Extra Care /Sheltered Housing の現状

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

はじめに

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12日～13日にかけて、ロンドン Southwark Council（区の行政機関）、同区の Lucy Brown Sheltered Housing Scheme 及び Lew Evans Sheltered Housing Scheme の訪問調査、henley Wood Village、Lovat Fields Village（Extra Care/Sheltered Housing）の訪問調査、並びに、Richmond Housing Partnerships（Extra Care/Sheltered Housing）の訪問調査を行った。

イギリスにおいては、伝統的に低所得者に対する住宅の提供は社会保障の一環として捉えられており、また、その政策が充実していることでも知られている。「住」は生活の基礎であり、資産・所得のある人はそれを活用して「住」を確保することは当然（自己責任）であるが、資産・所得がなく「住」を確保できない人に対しては公がそれを提供することもまた当然の責務であるという考え方が背景にある。この考え方は、高齢者住宅（Sheltered Housing）の提供に関しても同様であり、高齢期の生活に適した住宅を確保することは原則自己責任であり、自己の資力ではそれを確保することができない者に対しては公が提供する責任があるという考え方で成り立っている。このため、低所得者向けの Sheltered Housing の提供は、基本的に公営住宅政策の延長線で実施されており、入居者のほとんどは一般向けの公営住宅からの転居組で占められている。一方、低所得者には該当しない高齢者に対する Sheltered Housing の提供は基本的に民間が自主的に（営利目的または非営利目的で）行われるべきものであり、公はそれに関与しないということになる。ただし、これはあくまでも理念であり、現実には、このような理念形を両極として、その間にさまざまな形の Sheltered Housing が存在する。例えば、低所得者向け住宅が、すべて公営住宅で提供できるわけではないことから、住宅手当等を受給しながら民間の賃貸住宅に居住している人は多く存在し、そのために賃貸住宅を提供する住宅協会等の民間団体も存在する。その点は、Sheltered Housing においても同様である。

Sheltered Housing のうち、介護等のケアサービスが利用できるものは Extra Care/Sheltered Housing と呼ばれている。一般にはケア付きの Sheltered Housing といわれるが、安否確認、清掃、食事の提供等の「住」に付属するサービス以外の介護等のケアサービス（Personal Service）は、住居の管理者が提供するのではなく、市町村のソーシャルサービ

ス部門から提供される。ⁱ

イギリスでは、高齢者の希望、財政負担の軽減の双方の要請から、Nursing Home や Residential Home などの施設から Extra Care/ Sheltered Housing へ、政策による誘導が行われている。このような政策誘導と Personal Service が公的に提供されることから、Extra Care/ Sheltered Housing には様々な形での公的援助があり、同時に入所者の選定に当たっての公的部門の関与がある。こうしたこともあって、さまざまな階層向けに、様々な形態の Extra Care/ Sheltered Housing が提供されている。今回は、このうち、主に低所得者を対象としたもの、中間的な所得の者のなかでは比較的所得の少ないものを対象としたもの（訪問調査したところは、一般の Sheltered Housing）、中間層のなかでも比較的余裕のあるものを対象としたもの、の3つのタイプを調査することができた。この他に、富裕層を対象とした Extra Care/ Sheltered Housing も存在するとのことであったが、今回は調査することができなかった。

以下、イギリスの Extra Care/ Sheltered Housing の政策面からの位置づけと今回調査した Extra Care/ Sheltered Housing の内容について報告する。

1. イギリスにおける Extra Care/ Sheltered Housing の政策的位置づけ

(1) イギリスにおける住宅政策、福祉政策の基本的考え方

イギリスの Extra Care/ Sheltered Housing を理解する上で、イギリスにおける住宅政策、福祉政策の基本的考え方を理解しておく必要がある。前述のように、イギリスでは住宅政策は広い意味の福祉政策の一環と位置づけられている。これは、イギリスにおいては、住宅は資産であり、住宅を所有することができない人は資産のない人というふうにとらえられているためである。また、資産がある人はこれを活用して自らの生活を改善することが当然という自己責任の考え方が受け入れられる社会でもある。

この考え方は、所得、資産がなく、住むところを確保できない人には、公が住居を提供するのが当然ということにつながり、伝統的に手厚い公営住宅の提供が行われている。同時に、住宅等の資産を有するものは、介護等の Personal Service についても資産を活用してこれを入手するのが当然という考え方が受け入れられており、Personal Service は公がアセスメントを行い、公が提供する形態であるが、資産に応じた費用負担があり、一般的な住宅をもっている者は必要なサービスのほぼ全額を負担しなくてはならない。このように、有資産者は自己責任で、無資産者は公的責任でという基本的な考え方があり、自宅保有の有無が、有資産か無資産かの実質的なメルクマールとなっているため、自宅を売却しない

ⁱ 安否確認等の「住」に付属するサービスは、住宅管理者が提供する。これは、一般の Sheltered Housing の場合も同様である。

と福祉サービスを受けられないというケースが発生する。しかし、いったん自宅を売却すると、資産のない者となるため、費用負担は軽くなる。

一方、住宅が資産であるということは、住み慣れた家に一生住み続けなければならないという意識が希薄であるということでもある。ライフステージによってその人の生活に適した住まい方は変わっていく。住宅を資産とみる考え方は、現在の住まいやコミュニティがその人の生活に適さない場合には、その人の生活に合ったコミュニティでの住まいに引っ越すのはごく自然なことであるという考え方につながる。これは、公営住宅の場合も同様であり、公の責任で提供される住まいも、その人のライフステージにあった住まいであるべきであるということになる。

高齢者向け住宅＝**Sheltered Housing** もこのような考え方によって提供される。すなわち、**Sheltered Housing** は、高齢期というライフステージにあった生活をするための住まいであり、住宅を保有する者にとっては、それを売却して住み替える対象であり、資産を有しない者にとっては、公が提供すべきものということになる。このため、一般の住宅の場合と同様に、低所得者向けの公営住宅としての **Sheltered Housing**、住宅の売却を前提とした分譲型の **Sheltered Housing** が存在する。しかし、一般の住宅供給に関しては、低所得者向けの住宅がすべて公営住宅で提供されているわけではなく、民間非営利団体である住宅協会が比較的の家賃で提供する賃貸住宅が存在し、そこで住宅手当などの社会保障給付を受けて生活する人達が存在する。**Sheltered Housing** においても同様で、住宅協会等の賃貸住宅から引っ越す人達を対象として、同様の形態が存在する。つまり、**Sheltered Housing** は、一般住宅と全く同様の形態で提供されており、様々な住宅提供の形態が存在するように、様々な形態の **Sheltered Housing** が存在するというわけである。

(2) **Personal Service** の位置づけと費用負担

イギリスにおいては、介護等の対人サービス (**Personal Service**) は公 (市町村のソーシャルサービス部門が担当) が提供する。その方法は、我が国のかつての「措置制度」と同様であり、市町村の (あるいは市町村から委託を受けた) ケースワーカーが個別にアセスメントを行い、サービス内容を処方する。実際には市町村が直接サービスを提供することは少なく、委託という関係で運営されている点や応能の費用負担があることも同様である。大きな違いは、資産による費用負担が厳しいという点である。保健医療は **NHS** により、原則無料で提供されるが、**Personal Service** は原則有料と言ってよいくらいである。特に費用のかかる **Nursing Home** (看護師による 24 時間の医療措置が受けられる老人ホーム。内容的には日本の療養型病床に相当する。) や **Residential Home** (介護を中心とした老人ホーム、日本の特別養護老人ホームに相当) などの施設へ入所する場合は、自宅を売却することが前提となっている。

Sheltered Housing は、前述のように、その人のライフステージにあった住まいという位置づけであるため、そこで提供される Personal Service は訪問サービスということになる。施設へ入所するために自宅を売却すれば資産による費用徴収基準が下がるが、訪問サービスの場合は自宅が存在するため、「資産あり」として重い負担をしなくてはならない。この結果、自宅を売却して施設へ入所せざるを得ないという場合が生じる。一方、公の側から見ると、施設を設置運営する費用と訪問サービスの費用を比べれば、明らかに前者の方が費用がかかる。住宅を資産として費用徴収基準に含めることは、利用者にとっては自宅を売却して不本意な施設入所を選択せざるを得なくなることに繋がり、その結果、公にとっては費用がかさむということになる。このように、両者にとって好ましくない結果になってしまう。しかし、住宅を資産と考える考え方が一般的であるイギリスの社会では、費用負担の方式を変更することは公平を失うことに繋がりかねない。Extra Care/ Sheltered Housing の位置づけの一つとして、この問題を解決する方策という側面が存在する。

(3) Extra Care/ Sheltered Housing の位置づけ

Extra Care/ Sheltered Housing は、介護等の Personal Service の付いた Sheltered Housing であると紹介されることがあるが、厳密に言うと、その定義は正確では無い。介護等の Personal Service が提供できる Sheltered Housing というべきであろう。Sheltered Housing は住居であり、Personal Service は住居に付属するサービスではなく、訪問サービスとして実施される。Personal Service はその人の必要性に応じて提供されるサービスであって、どこに住んでいるかによって差があるわけではない。したがって、Extra Care/ Sheltered Housing に住んでいる人が特別に受けられる Personal Service というものが存在するわけではない。また、Sheltered Housing は、前述のようにライフステージに応じた生活のために選択される住居であり、Personal Service を必要とする人だけが入居する訳ではない。この点は、Extra Care/ Sheltered Housing の場合も同様である。したがって、Extra Care/ Sheltered Housing の入居要件としては、一定年齢以上という要件はあっても、要介護というような要件はない。むしろ、要介護状態にある人だけが入居したのでは、コミュニティとして成り立たないため、様々な状態の人がバランスよく入居してくれることが望まれている。

では、Extra Care/ Sheltered Housing と一般の Sheltered Housing の違いは何であろうか。あえてその違いを挙げるとすれば、Extra Care/ Sheltered Housing においては、一般のコミュニティに比べて、Personal Service を必要とする人が多く入居しており、サービス提供主体の利便性から、ヘルパーステーションのようなサービス拠点が Sheltered Housing の施設内におかれているということである。このため、入居者も、効率的、効果的にサー

ビスが受けられるというメリットがある。施設内にサービス拠点があるといっても、サービス事業者が Sheltered Housing の場を使ってサービスの提供をしているに過ぎず、Sheltered Housing の管理主体が Personal Service を提供しているわけでも、サービス事業者に委託して Personal Service を提供しているわけでもない。Personal Service は市町村が提供し、委託の場合でも、費用は市町村からサービス事業者に直接支払われる。入居者がサービスの利用料を Sheltered Housing の管理主体に支払うこともない。その点は、日本の特定施設とは異なる。市町村が提供する Personal Service 以外の日常生活支援サービス（緊急時の対応や安否確認等）は、Extra Care/ Sheltered Housing の管理上の行為として行われるが、この点は一般の Sheltered Housing でも同様であり、特に Extra Care/ Sheltered Housing に特有のサービスというわけではない。

ただ、Extra Care/ Sheltered Housing には、Personal Service を利用する高齢者が多く入居することから、どのような人が入居するかは、市町村のソーシャルサービス部門にとっては、サービス提供体制や費用に影響することになる。このため、入居者の決定に当たっては、入居希望者と施設管理主体との直接契約であっても、そこに市町村の担当者が意見を言える仕組みが必要とされる。そうした立場を担保するために、市町村では、建設費や土地の取得費について助成をしたり、税制上の優遇を行ったりしている。この点は、前述の施設サービスと訪問サービスの調整とも関連している。施設サービスと訪問サービスの間的位置にある Extra Care/ Sheltered Housing を普及させることによって、施設の抑制を図っていこうというのが政策の方向である。

前述のように、Nursing Home や Residential Home は自宅を売却しないと入所できない。これに対し、Extra Care/ Sheltered Housing の場合は、賃貸型の場合はもちろん、自宅を売却して分譲型の Extra Care/ Sheltered Housing に入居した場合であっても、それは自宅＝資産としてはカウントされない。そのため、自宅を売却しても、Nursing Home や Residential Home に入所せず、Extra Care/ Sheltered Housing に入居する場合は、そこで訪問サービスを受けて生活することができる。このような措置によって、Extra Care/ Sheltered Housing を普及させ、自宅で生活したいという高齢者の希望と施設を抑制することによる財政負担軽減という2つの要請をともに実現しようというわけである。

2. Sheltered Housing の種別

Extra Care/ Sheltered Housing も含め、Sheltered Housing は、どのような所得階層の高齢者を対象とするかという観点と、権利の形態により、大きく4つに分類することができる。

(1) 公営住宅としての Sheltered Housing

自宅を所有できない低所得階層に対して、その人のライフステージに適したコミュニティでの住まいを公が提供するという考え方に立って提供される Sheltered Housing で、公営住宅の一形態である。入居者は、他の公営住宅からの転居者が多い。集合住宅で、管理人が常駐し、緊急時の対応、安否確認、文化活動の支援等高齢者向けのサービスが提供される。介護等の Personal Service が必要な場合は、居住に伴うサービスとは別に、その人の状況に応じて市町村のソーシャルサービス部門から提供される。

高齢者の単身世帯又は高齢夫婦世帯がほとんどであり、若い世帯主の家族の場合ほどのスペースは必要としないため、公営住宅の広いスペースに住んでいた世帯が Sheltered Housing に転居することによって、空いた住宅を新しく若い世帯に提供することができる。このため、公営住宅の流動化の観点からも Sheltered Housing の建設が進められている。

(2) 住宅協会等が提供する Sheltered Housing

上記(1)と同様の考え方で提供される Sheltered Housing であるが、公営住宅よりも少し所得がある階層向けのものである。もともとイギリスでは、住宅協会等の民間非営利団体が賃貸住宅を提供しており、一定の範囲での賃貸料を負担できる資力ある人たちは、住宅手当等の社会保障給付を受給しながら、これらの賃貸住宅に居住している。一般的に、こうした民間非営利団体の賃貸住宅に入居する人達は、公営住宅の場合よりも所得が高く、したがって、住宅そのものも公営住宅の場合よりもデラックスである。

この関係は、Sheltered Housing の場合も同様であり、公営住宅の Sheltered Housing と同様に民間非営利団体の提供する賃貸型の Sheltered Housing が存在し、多くの場合、同じか同様の団体が提供する住宅からの転居者が入居対象となっている。ただ、民間非営利団体の提供する Sheltered Housing では、公営住宅の場合よりも Personal Service を利用する入居者が多くなっており、そのため、Personal Service の拠点が施設内に置かれ、Extra Care/ Sheltered Housing の看板を掲げているところも多くなっている。こうした Sheltered Housing では、建設費、用地取得費等について公の助成が行われている場合もあり、前述のように、入居の決定について、市町村のソーシャルサービス部門との調整が求められている。

また、近年、一部に、(3)のような分譲型を併設しているところも現れている。調査した Sheltered Housing でもそのような分譲型の部屋がいくつか存在した。ただ、(3)とは異なり、住居部分のすべてを分譲するのではなく、一部(半分とか4分の3)相当を分譲し、残りは賃貸という形態をとっている。これは、入居者の財産の保全と管理上の都合(担保にしたり勝手に処分したりできない)を両立させるための便法である。調査した Sheltered

Housing では、賃貸型よりも一部分譲型の方が人気が高いとのことであった。

(3) 分譲型の Sheltered Housing

自宅を保有しているような階層の人達が自宅を売却して転居することを前提とした Sheltered Housing で、それなりの所得階層を対象としているため、住居として十分な機能、広さを持ち、それなりに価格も高い。公益的な団体が運営する Extra Care/ Sheltered Housing などには、建設費等に公の助成や課税等の特例がある場合があり、その場合は、前述のように、入居要件や入居手続きにおいて市町村との協議が必要となる。

分譲型は、文字通り分譲であり、入居者は住居部分についての所有権を取得する。したがって、入居者は賃貸料は負担しない。ただし、見守り、緊急時の対応等の居住に伴うサービスの費用は、別途管理経費として負担する。日本の有料老人ホーム等では、入居者の住居に対する権利は利用権とされ、入居者の死亡や退所によって消滅するが、イギリスの Sheltered Housing では、所有権を取得するため、入居者が死亡しても消滅せず、相続人に相続される。ただし、死亡・退居時には、入居時と同額で運営主体に売るという条件が付されている。

Personal Service の利用については、(2) の場合と同様であり、Extra Care/ Sheltered Housing となっているところが多い。前述のように、自宅は資産とみなされ、自宅を保有している場合は、高い費用負担が求められる。このため、施設へ入所する場合は自宅を処分せざるを得なくなる。しかし、自宅を売却して分譲型の Extra Care/ Sheltered Housing に入居する場合は、Extra Care/ Sheltered Housing における住居も同様に資産ではあるが、Personal Service の利用に当たって、これをさらに売却することは求められない。Extra Care/ Sheltered Housing には、Personal Service の拠点が置かれており、施設と同等の介護サービス等が受けられるが、施設と異なり、死亡時、退居時には、入居時に支払った金額と同額が返却される。入居者や家族にとって、Extra Care/ Sheltered Housing への入居はきわめて魅力的なものとなっている。このため、地価の高い都市部やその周辺を中心に、従来の施設へのニーズは、分譲型の Extra Care/ Sheltered Housing へのニーズに振り替わってきている。

(4) 高額所得、高額資産保有者向けの Sheltered Housing

(3) よりも高額所得、高額資産を有する者を対象とした、デラックスな Sheltered Housing も存在する。しかし、これは、一般の住宅取り引きと同様の方法で取引されており、政策は関知しない。高額所得、高額資産保有者は、公の Personal Service を利用する

こともなく、すべて自己責任の世界で対応されている。今回の調査では、このような形態の **Sheltered Housing** は調査することができなかった。

3. 日本の居住系サービスに対する示唆

(1) 居住系サービスの日本とイギリスの比較

居住系サービスに関連する制度について、日本とイギリスの施策を比較すると、参考表のようにまとめることができる。

脱施設が政策の方向であり、自宅と施設の間隔的な形態である **Sheltered Housing** などの高齢者住宅に力を入れている点はイギリスも日本も同様である。しかし、イギリスにおいては、高齢者住宅のかなりの部分を公営住宅で提供している。この点は日本とは大きく異なっている。日本の場合も、イギリスと同様に、低所得で住宅に困窮する世帯のために公営住宅が提供されており、公営住宅の入居には所得制限がある。しかし、イギリスでは公営住宅が、いわゆる一般庶民程度にまで広範に提供されているのに対し、日本の場合は、低所得者であっても、民間のアパート等に入居することが前提で、公営住宅はそれが困難な状況にある一部の低所得者に限定した例外的な住宅の扱いであって、全住宅ストックに対する比率は5%に満たない。また、そうであるが故に老朽化等による立て替えがあるのみで、新規に公営住宅が提供されることはほとんどない状況にある。この点は、高齢者住宅についても同じであり、イギリスでは、ライフステージに合った住宅の提供は公の責任であると認識されているのに対し、日本では、民間の賃貸住宅等では高齢者に適した住宅が提供されない場合に、地方公共団体の判断で提供することになっており、民間の補完という位置づけである。

また、イギリスでは、住宅は資産であるという考え方が強く、分譲型の **Sheltered Housing** では、入居者は所有権を取得するのに対し、日本の民間高齢者住宅（サービス付き高齢者住宅等）は賃貸が基本であり、入居に際し多額の一時金を必要とする有料老人ホームも、使用権が設定されるのみで所有権を取得することはない。使用権は債権であり、一般に入居者の死亡・退所によって消滅する。ⁱⁱ イギリスでは、**Sheltered Housing** への入居は資産の形を変えることであるが、日本では、有料老人ホームの入居は、それと引き替えに資産を失うことになる。

さらに、イギリスでは、介護サービス **Personal Service** の利用には応能負担があり、住宅の所有者には重い負担が課せられる。このため、施設への入所は住宅を売却することが

ⁱⁱ 入居後一定期間内の死亡や退所の場合、一時金の一部が返還されるという契約のところもある。

前提となっており、Personal Service が利用できる Extra Care/ Sheltered Housing への入居についても、住宅の所有者はそれを売却することが一般的である。これに対し、日本場合は、介護保険は原則定率の応益負担であり、住宅の所有は負担の多寡には影響しないため、それまで住んでいた住宅を残したまま施設へ入居することが一般的である。このため、家族がいない高齢者が施設へ入所する場合、それまで住んでいた家は空き家となって、コミュニティ形成上問題となることが多い。また、施設へは住宅を売却しなくても入所できるのに、一時金の高額な有料老人ホームの場合は、事実上自宅を売却しないと入居できないということになり、施設への需要を増大させることにつながっている。

以下、これらの相違点をもとに、イギリスの Sheltered Housing 政策の日本に対する政策的インプリケーションについて述べる。

(2) 公営住宅として提供する高齢者住宅

繰り返し述べているように、イギリスにおいては、その人の生活に必要な住居を得ることができない低所得者には、公が住まいを提供するという理念がある。公営住宅の Sheltered Housing は、この理念の延長線上にあり、その人のライフステージに応じた必要な住まいの提供ということを目的にしている。現実の形態の沿っていうならば、若く家族が多い時代には広い住居を提供し、高齢期にはより狭く、しかし、見守りなど管理上のサービスが整った住宅を提供するということになる。したがって、公営住宅入居者は高齢期になると Sheltered Housing に引っ越すというのは、ある意味当然ということになる。しかし、何時、どのような家族状況において引っ越すのかということは、個別的な事情に左右される。このため、Sheltered Housing には、様々な状態の高齢者世帯が居住することになる。

日本にも、公営住宅型の Sheltered Housing と同様の形態が存在する。「シルバーハウジング」といわれるもので、高齢者向けの公営住宅に「ライフ・サポート・アドバイザー (LAS)」といわれるサービス提供者が配置されている。LSA が提供するサービスは、日常の相談、緊急時の対応、サークルや文化活動などの世話等である。しかし、「シルバーハウジング」は、当時の建設省と厚生省の協力により実現した試験的な取り組みという位置づけで、対応は地方公共団体にまかされており、全国的に見るとかなり偏りがある。ⁱⁱⁱ 平成 18 年度から LSA 設置に対する国の補助がなくなったこともあって、本格的な展開が期待される状況にはない。

「シルバーハウジング」は、身体的、精神的な衰えから、民間アパートなどでの生活が困難になってきた高齢者を対象としており、一定の支援を必要とするという意味で入居者

ⁱⁱⁱ 厚生労働省委託研究

には均質性が見られる。一方、イギリスの公営住宅型の **Sheltered Housing** は、その人のライフステージにあったコミュニティに住まうための住宅という積極的な位置づけであるため、コミュニティには多様な人が住んでいて、互いに助け合うという考え方が維持されている。日本のように、高齢者向けの公営住宅をセーフティネットとしての機能に特化させることは、公営住宅に社会的弱者を集中させ、コミュニティの活力を低下させることにつながりかねない。

しかし、この点は、公営住宅を補完的、例外的なものとして位置づけてきた日本の住宅政策そのものの問題であり、その枠内で提供される「シルバーハウジング」に、イギリスの場合のように、ライフステージにあったコミュニティの形成につながるということを期待するのは難しい。もちろん、大規模な公営住宅団地の中で、その一部を使って「シルバーハウジング」を展開するような形態の場合は、高齢者もコミュニティの中で一定の役割を担うことができ、ライフステージにあったコミュニティの形成が可能になる場合もある。^{iv}しかし、これはごくまれな例であり、公営住宅政策そのものが大きく変わらない限り、日本の場合は、政策的な方向性として、公営住宅で高齢者向けの住宅を提供していくということは難しいのではないかと考えられる。

(3) 民間賃貸型の高齢者住宅

日本の高齢者すまい法においては、賃貸型のサービス付き高齢者住宅（サ付住宅）の提供を促進していくことが謳われている。サ付住宅の政策的な位置づけは、イギリスの場合の住宅協会等が提供する賃貸型の **Sheltered Housing** の位置づけと同様と考えてよいだろう。建設費により高率の補助が行われているケアハウスも位置づけとしては同様と考えてよい。

イギリスの賃貸型の **Sheltered Housing** と日本のサ付住宅やケアハウスとの大きな違いは、イギリスでは公営住宅の場合と同様に、その人のライフステージにあったコミュニティで生活するための住宅という積極的な位置づけがなされているのに対し、日本の場合は、

「身体機能の低下のため日常生活に支障がある高齢者」や「独立して暮らすには不安がある高齢者」というように、それまでの住まいでの生活が困難となった高齢者がやむをえず入居するというマイナスのイメージが付きまとうということである。つまり、日本の場合は、それまでの住居で生活し続けることが「幸せ」であり、それができなくなる「不幸」の受け皿として高齢者住宅が存在するというイメージがある。そのため、イギリスの場合は、住宅として必要な最低水準である「1ベッドルーム」（日本的には1LDK）が標準であるのに対し、日本の場合は1ルームが標準で、浴室^vやトイレも共用の場合が存在する。しかも、あくまでも「不安のある高齢者」の受け皿でしかないため、日常的に介護が必要な

^{iv} 厚生労働省委託研究

^v イギリスの場合は、一般的にシャワーであり、浴槽は各住居にはない。

状態になると、特定施設となっているような場合を除き、「介護が必要な高齢者」のための受け皿に移住すべきということになって、退居しなくてはならなくなる。日本の高齢者住宅は、ライフステージに応じて自ら選択する住宅としての性格を有していないといわざるをえない。

高齢者すまい法の改正以降、サ付住宅の建設ラッシュが伝えられているが、高齢者住宅に積極的な位置づけがなされないまま、住むところがない高齢者の受け皿としての高齢者住宅が提供されていくと、粗悪な住宅が蔓延することになりかねない。さらに、居住者の高齢化が一律に進み、特定施設となるところが増えると、介護保険財政にとっても大きな負担となりかねない。すでに、都市部やその周辺市町村では、サ付住宅抑制の方針を打ち出しているところもある。

このようなマイナスイメージの連鎖を断ち切るには、「弱者」ではなく、賃貸であっても、「そこにあってよかった施設」、「そこに住んでくれてよかった高齢者」の住居というイメージをつくっていく必要がある。イギリスの Sheltered Housing は、入居者の活動も活発で、近所の人達の訪問も多い。Sheltered Housing をたまり場としている近所の住民もいる。これらは、入居者が積極的に選択した住居という位置づけがもたらした効果であると言える。日本でも、そのような位置づけにふさわしい高齢者住宅を普及させていくことが必要である。そのためには、利便性が高い立地、広く階的な居住空間、高級な設備などを実現する必要がある。当然、賃貸料は高くなる。イギリスのような住宅手当を導入して家賃補助を行うことは、新たな不平等を生み出す可能性があり難しい。しかし、日本の高齢者の持ち家率は高い。自宅などの資産を使って高齢期に適した住居を確保するという考え方が普及し、高齢者住宅への入居は、賃貸型であっても、それまでの住居を売却することが当然という流れになっていけば、高級な賃貸型高齢者住宅の賃料を払うことが可能な人も増えていく。そうした方向に向かうように、不動産市場の整備、資産活用アドバイザーの養成等の基盤整備を行うことが政策の役割ではないだろうか。

(4) 住宅を資産とみる考え方（日本の有料老人ホームにおける利用権の問題）

分譲型の Sheltered Housing は、住宅は資産であり資産を活用してその人の生活に適した住居に住み替えることは当然の権利であるという考え方と、介護等のサービスも資産を活用して利用するのが当然であるという考え方を背景にして成り立っている。すなわち、高齢期になって夫婦 2 人とか単身世帯になると、それまでの、子どもがいて、会社に通って、というような生活スタイルとは異なってくるので、住居もその時の生活スタイルに合ったものに変えていく必要があり、住み替えの必要性が生じる。それは、生活スタイルにあった住居の選択であり、資産、所得のある人はそれを使って生活に適した住居を取得することになる。資産にはそれまで住んでいた家も含まれるから、それまでの大きな家を売

って、新しい小さな住宅を購入することになる。「住まう」ということは、ハードしての住宅が存在するというだけでなく、見守りや食事、清掃などの日常生活サービスも含まれる。高齢になって、そうした日常生活サービスが必要になってくれば、そのようなサービスがついた住居に引っ越すことも、資産の変換の範囲に含まれる。サービスは、大きな家から小さな家への住み替えによる余剰を充てれば足りるというわけである。

このような考え方に立てば、**Sheltered Housing** は、支援を必要とする高齢者のための特別な住まいではなく、ライフステージに合った通常の住まいということになり、住まいは資産であるという考え方もそこに貫かれることになる。そうなれば、分譲型の **Sheltered Housing** では、文字通り分譲で、入居の権利として取得するのは、建物の所有権（または区分所有権）ということになる。一方、同様に入居に際して多額の一時金を取っている日本の有料老人ホームでは、入居の権利は利用権というのが一般的である。利用権は一身専属的な権利とされ、その人を離れて、あるいは入居等の条件を外しては存在しない権利である。他人に譲渡することも死亡後相続することもできない。また、一定期間入居後に退居する場合は返却もされない。これに対し、所有権は消滅することがない。分譲型の **Sheltered Housing** では、契約上、死亡または退所の場合は取得時と同額で設置主体に売却しなければならない旨の定めているところが多いが、処分に制限があっても、現金化できることで財産的権利は守られているといえる。

このように、財産権が守られるということは、家族にとっては相続財産が保全されることになり、本人にとってはいつでも別な **Sheltered Housing** に買い換えられるという選択肢を持つことになり、**Sheltered Housing** への転居の障壁を低くすることにつながっている。財産権が守られることで、**Sheltered Housing** はやむを得ず入居するところではなく、積極的に選択する住居となりうる。これに対し、日本の有料老人ホームのような形態では、家という財産を失わないと入居できないところになり、やむを得ず入居する人しか選択しない住居になってしまう。高齢者住宅の入居権の形態が利用権であるという必然性はない。第三者への処分や相続を回避するには、イギリスの場合のように、管理者への売却を義務づければ足りる。日本のように不動産の値下がりがあるところでは、一定の減価償却をした上で買い戻しを行えばよい。有料老人ホームで所有権を認めることは、入居者が積極的に選択する通常の住宅への第一歩であるといってよい。

(5) 脱施設政策としての居住系サービス

前述のように、イギリスの場合、Nursing Home や Residential Home などの施設へ入所する場合は、自宅を売却することが前提となっている。これは、介護等のサービスは、まずは自分の資産を活用して受けるべきであるという考え方と、施設へ入所は、実質的に住み替えと同じであり、施設へ入所したのであれば自宅は不要という 2 つの考え方に立ったものである。この考え方は、Extra Care/ Sheltered Housing の場合にも当てはまる。介護等のサービスが必要で、それを受けやすい Extra Care/ Sheltered Housing に入居する場合は、資産を売却すべきであり、自宅は不要であるはずだから、まず自宅を売却すべきということになる。しかし、施設と分譲型の Extra Care/ Sheltered Housing の大きな違いは、施設の場合、自宅を売却した財産は費用負担に消えていくのに対し、Extra Care/ Sheltered Housing の場合は住居部分が財産として保全されるということである。Extra Care/ Sheltered Housing 自体も財産であるが、介護等のサービスを必要とするからそこに引っ越したのであるから、介護サービスの費用を負担するためにそれを売却することまでは求められない。Extra Care/ Sheltered Housing では、そこに介護サービス提供の拠点が置かれるため、施設の場合と同等の介護サービスを受けることができる。入居者にとって、Extra Care/ Sheltered Housing のメリットは明らかである。

日本では、「施設」は、当初「入院」の延長線上で考えられてきた。「入院」は、集中的な医療を行うために、一時的に身柄を医療現場に移すものであり、医療提供の方法の選択にすぎない。したがって、「住まい」を移動するわけでもなく、生活スタイルが変わるわけでもないので、資産としての住宅を処分してその費用に充てることを求める必要はないということになる。特別養護老人ホーム等の施設も、「医療」が「介護」に変わり、その期間が長くなっただけで、基本的には同じ考え方で提供されてきた。現実には、一部の療養型の病院や老人ホームは終の棲家となり、実質的な住まいとなったが、多くの場合、もともとの住まいは残されたままになっている。これは、「住まい」が「イエ」のもので、個人の資産ではないという考え方が根強いからである。たとえ一人暮らしの高齢者が老人ホームに入所しても、自宅はそのまま残され、空き家になっていく。

医療や介護のために「住まい」を出て、身柄をサービスの現場に移すという病院や施設のとらえ方に比べて、より生活しやすい「住まい」に買い換え、住み替えるという Extra Care/ Sheltered Housing の考え方は、どのような状態であっても自分の生活は自分で選択するという「自立」の考え方に合ったものであり、資産の活用と保全の両方の要請にもかなったものである。この考え方とそれに基づく政策を進めていくことで、実質的に「施設」の存在意味はなくなり、介護サービスも長期の医療も「在宅」に一本化することにつながる。

脱施設は世界的な流れであり、それは、自宅で生活したいという高齢者の希望と財政負担軽減という 2 つの側面からの要請である。イギリスにおける Extra Care/ Sheltered Housing の政策は、この両者の要請が一致する、一石二鳥の政策であるといえよう。