

これからの高齢者施設・高齢者住宅のあり方について

井上 由起子

国立保健医療科学院 施設科学部 施設環境評価室長

講師 経歴

井上 由起子（いのうえ ゆきこ）
国立保健医療科学院 施設科学部 施設環境評価室長

【略歴】

1966年 生まれ
日本女子大学卒業、清水建設勤務を経て、
横浜国立大学工学研究科修了
2001年より、国立医療・病院管理研究所勤務、組織
改組を経て、
現在、国立保健医療科学院 施設科学部 施設
環境評価室長

【資格】

博士（工学）、一級建築士

【著書】

「いえとまちのなかで老い衰える」（中央法規）ほか

【所属】

2008年 東京都：東京における高齢者の住まい方
検討会 委員
2008年 介護福祉士試験作成委員会 委員 など



1. 高齢者ケアの方向性

高齢者ケアを巡る状況

私たちには、「住み慣れた自宅や地域で最期まで暮らしたい」という要望があります。この言葉には複数の意味があります。1つ目は「自宅に住み続けること」。2つ目は「家族や近隣など人間関係を保つこと」。3つ目は「自分の住んでいる町との関係を保つこと」。この3つに分かれると思います。1つ目の「自宅であること」を諦めざるを得ない時、2つ目と3つ目をどのように担保していくかが重要となります。

こういった要望に対して、本人を巡る状況はどうなっているのでしょうか。よく指摘されることですが、独居や高齢者世帯では介護力が不足しています。とりわけ、認知症の方々を抱える家族の困難さははかり知れません。最期まで自分で看たいと思っても、身内が頑張れば頑張るほど、自宅で過ごす期間が短くなったり、家族が崩壊していくという現実があります。

一方で、制度を巡る状況はどうなっているのでしょうか。介護保険制度については効率的・重点的な運用が求められています。在宅の場合には支

高齢者の住む場所は、基本的に「在宅」に向かっています。その一方で諸事情により、高齢者施設や高齢者住宅に住む場所移す方がいます。今日は、「これからの高齢者施設・高齢者住宅のあり方」と題し、高齢者施設、高齢者住宅での生活の組み立て方、そこへのサービスの付帯の仕方、住む器としての住宅の形などについて、5つのテーマに基づいてお話ししていきます。

まず1番目が、高齢者ケアがどういった方向に進むかについてです。2番目から4番目までは、高齢者施設や高齢者住宅でのハードがどのようになるかについてです。最後に、地域密着型サービスに代表される地域ケアの方向性について話をしたいと思います。最後の話は、かなり理想的な内容と理解していただいて結構です。

給限度額もあります。この支給限度額の壁を乗り越えるために包括の仕組みが始まっていますが、在宅に支給限度額という考え方があることは、非常に重要なことと思います。(資料1)

施設種別とサービスの付帯のさせ方

前記の前提条件のもと、自宅を含めたさまざまな住まいについて整理をしてみましょう。まず、利用者の状態像はADLで見ますと、重度から自立までとなります。サービスは医療、看護、介護、見守り、食事の5つに分かれます。これら5つのサービスが全て内付けのものから、全て外付けのものまで、きれいに斜めの線を描くことができます。

当然、急性期の医療は全てを内部で抱えています。今日は高齢者ケアの話題ですので、療養病床が一番上にきます。その次が老健です。老健では看護は24時間保障されていますが、医師については夜間はオンコールで対応となります。特養と特定施設、有料老人ホームなのですが、ここは看護は日中のみ配置されており、夜はオンコールが一般的です。医療は外付けとなります。グループホームは、看護が内付けのものもありますし、外付けのものもあります。ここまでが「施設系サービス」です。介護保険制度では特定施設とグループホームは居宅扱いとなっていますが、建物内に介護が24時間365日付いているという意味で施設系サービスとしてまとめています。もちろん、食事も付いていますし、見守りも自動的に付いています。

もうひとつが「住宅系サービス」で、施設内に介護が24時間付いていないものを指します。一番イメージしやすいのは、健康型の有料老人ホームでしょう。他に、外部サービス型の特定施設、在宅扱いの高齢者専用賃貸住宅などがあります。24時間介護が付いているわけではありませんが、最低限の安心は保証してほしいときに出てくるのが、「見守り」というサービスです。介護はしませんが、日中を中心に建物の中にスタッフがいて相談業務、健康管理、安否確認などを行います。住人たちに安心を提供するスタッフと考えてください。ケアハウスの職員が、一番近いと思います。夜間は宿直のほか、機械管理などの緊急通報で対応することも多いようです。介護が外付け



高齢者ケアを巡る状況

人々の基本的な願い

住み慣れた自宅や地域で暮らしたい
(自宅であること、人との関係性、まちとの関係性)

本人をめぐる状況

独居・高齢者世帯における介護力不足
認知症の方々を抱える家族の精神的・身体的困難

制度をめぐる状況

介護保険制度の効率的・重点的運用
在宅の支給限度額

資料1

ですから、当然、医療も看護も外付けです。食事はついている場合もあれば、ついていない場合もあります。

そして、最後が、何のサービスも付帯していない「自宅」です。ただし、家族と一緒に住んでいれば、家族のプライベートなサービスで介護や食事や見守りがカバーされます。(資料2)

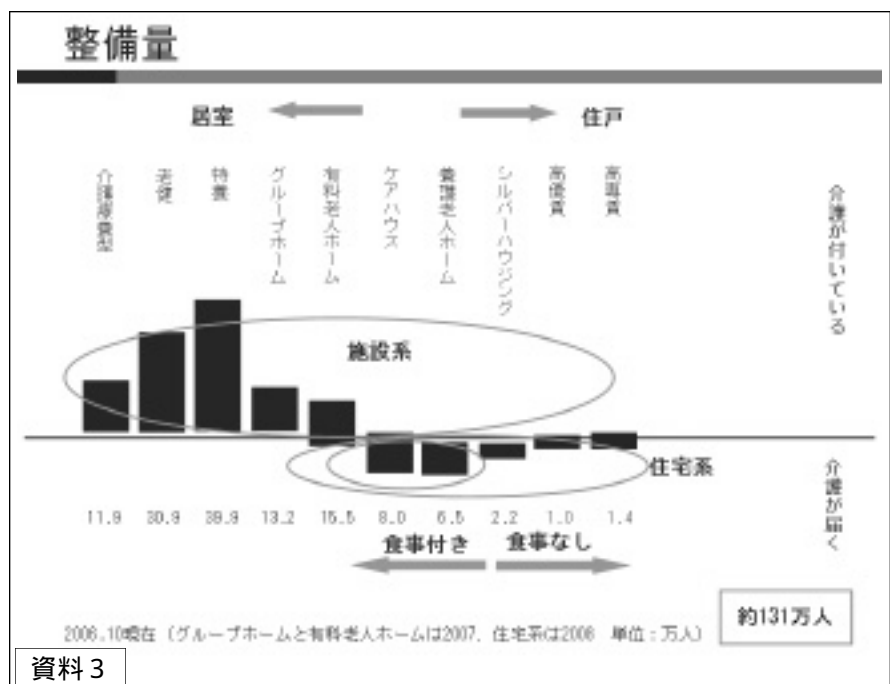
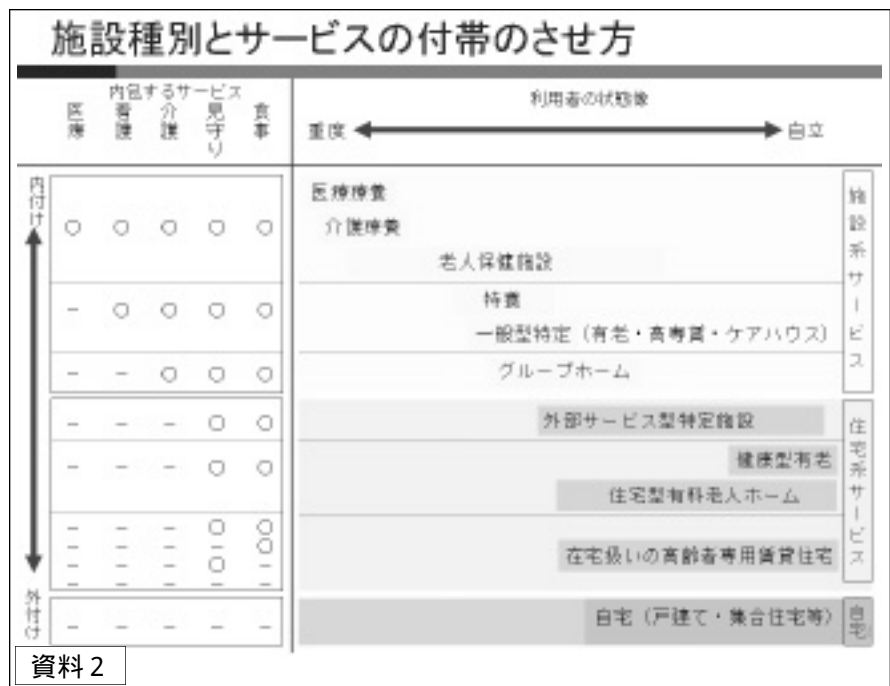
整備量

整備量をみると、介護療養病床、老健、特養、グループホーム、有料老人ホームといった施設系サービスが非常に数多く整備されています。一方、住宅系サービスの整備量はとても少ない。住宅系サービスは食事付きと食事なしに分かれますが、シルバーハウジングや高専賃や高優賃には食事が付いていません。ただし、高専賃や高優賃は付けることも可能であり、多くの高専賃は食事サービスを付帯させています。これに対し、ケアハウスや養護老人ホームは食事が付いています。

住むところは「居室」と「住戸」に区分されます。施設系サービスの介護療養病床、老健、特養の「居室」には4人部屋が残っています。それ以外はすべて個室ですが、部屋が寝るだけに空間になっているなど「寝室」に近いものが多いようです。住宅系サービスは「住戸」です。部屋の中でお風呂に入れたり、簡単な調理ができ、ワンルームと同じような状況になっています。(資料3)

住居とケア

厚生労働省と国土交通省が高齢者の住居をどう整えてきたかを見てみましょう。厚生労働省が古くから整備してきたのが老健や特養やグループホームです。これらの施設種別では、職員配置、食事の有無が最初から決まっています。つまり、住居とケアが固定されています。一方、国土交通省が古くから整備してきたのが公営住宅や高円賃です。サービスは何も付いていません。単なるすっ



びん住宅を提供してきました。現在、この両者は歩み寄っています。

厚生労働省における有料老人ホーム、ケアハウス、養護、生活支援ハウス。そして、国土交通省管轄による高専賃、高優賃。これらでは住居とサービスが固定化されていません。住居とケアを選択できるのです。「特定施設」という枠組みを利用することも可能です。特定施設はサービス付帯のさせ方を意味する名称になります。つまり、高専賃も高優賃も養護もケアハウスも有料老人ホームも特定施設としての運営も可能ですし、在宅としての運営も可能です。特定施設になると、施設内に3対1の介護職員を配置し、グループホームや特養と同じような施設サービスを提供します。これは、要介護度の高い方が一定割合住んでいるという前提のもとに成立します。また、外部サービス利用型特定施設のように自宅に居宅サービスを届けるのと似た仕組みでの運営も可能です。

なお、有料老人ホームのほとんどは特定施設になっており、ケアハウスや養護は特定施設をとらない方向性です。高専賃や高優賃は現在のところ特定をとるのは少数派であり、在宅扱いとして運営しているものが殆どです。(資料4)

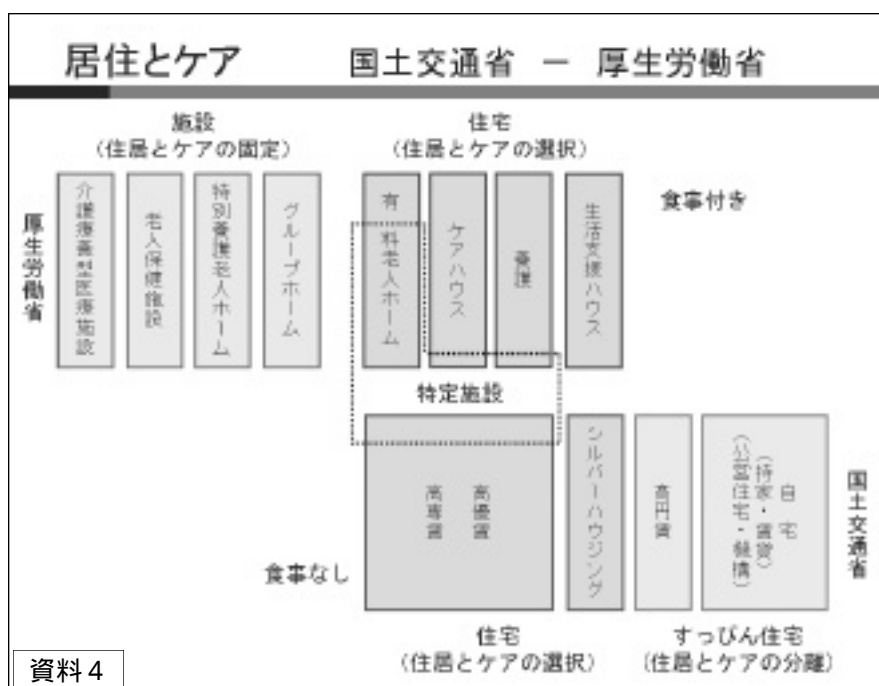
在宅医療に携わる人達の基本的な理解

在宅で最期まで暮らすうえで重要なのが、在宅医療と訪問看護です。在宅療養診療所の方々は、在宅を続けられない理由として、「在宅介護の限界がくる」ことを挙げています。医療や看護が無理なのではなく、家族が介護に疲れ果てているので在宅の限界がくると言います。もちろん、独居の場合でも、資産があれば自費でヘルパーを雇い、家族に代わって介護を行うことが可能ですが、そうでない場合は、在宅介護の限界がいつかはやってきます。介護が必要だから、施設入所を選択せざるを得ないという

のが現状です。これはもちろん在宅には支給限度額があることと関係しています。

もちろん、在宅医療の限界がない訳ではありません。在宅医療が整っていないエリアというものがああります。都会では考えられないかもしれませんが、半径数キロメートル以内に在宅医療を担う医師が一人もいない地域があるのです。たとえ、在宅医療を担う機関があっても、受け入れ可能な患者数には限界がありますから、諦めざるを得ないケースもあります。在宅医療の担い手にすれば、片道30~40分もかかるのでは定期的に訪問するのが難しくなります。在宅医療が行き届かないエリアが多く存在すると考えてよいでしょう。

理論的には、入院治療を脱したと判断したのだから、医療も看護も外から届けるうるものだと言われています。入院治療を脱したのだから在宅療養が適切で効率的だと判断するのですが、実際には効率性を追求し過ぎると、結果的には効率的でない場合もあるようです。また、理論と現実には乖離があり、このことが余計に課題を難しくしているわけです。在宅医療や訪問看護は十分に整備されているのでしょうか。介護や見守りを提供する高齢者施設や高齢者住宅は十分に整備されているのでしょうか。



検討すべきは何か

冒頭で、「自宅に住み続けたい」、「人との関係を保ちたい」、「住んでいた地域に住みたい」という3つの話をしました。

まず、「自宅」に住み続ける人たちがいます。その時の課題が、在宅医療をどうするか、在宅介護の中でも夜間介護をどうするのか、包括の小規模多機能の仕組みをどう普及させるかです。これらに関しては移動ロスを低減することが重要なので、地域密着型サービスの考え方とつながっていきます。

次に、自宅には戻れないけれども、フルパッケージの介護はまだ必要ないという人たちのための「高齢者住宅」をどう整備するのか。そこに在宅サービスをどのようにして効果的に届けるのが課題になります。

最後に、「施設」に移り住む人がいます。「施設」は都会を除き、ある程度数が足りていると言われているのですが、環境はどうなっているのか。集団的なケアから個別ケアに移っていく中で、これからどのように変わっていくのか。

このように、自宅に住み続ける、高齢者住宅に移り住む、施設に移り住む、という3つの選択肢があって、それぞれに必要なサービスや器を日常生活圏で適正に整備しようという方向性になっています。「日常生活圏」の考え方は自治体によって違いますし、3つの選択肢の整備状況は自治体のビジョンによって大きく違ってくるかもしれません。

所得レベルと介護レベル

介護は医療と違って、生命ではなくて生活を扱っていることもあり、所得レベルとの関係を選けて通ることはできません。資料5をご覧ください。これが整備の大まかな方向性です。医療の必要な方々の種別は載せていませんので、介護の世界だけの話とご理解ください。

横軸が自立から重度までの「介護レベル」、縦軸が「経済力」となっています。所得段階は第段階と言われるものから第・段階まで、いわゆる生活保護の方から、厚生年金のモデル、さらに上の人たちがいるというかたち形になります。

みなさんに馴染みの「施設」の方から説明すると、要介護度4ぐらいにならないと入れない「特養」が数多く整備されています。今はユニット型もできているので、モデル厚生年金のような人もいれば、低所得の人も入居しています。特養には「補足給付」という考え方があり、低所得の人でも個室ユニット型に入れる仕組みになっています。所得によって居住費が異なるということです。

ユニット型特養よりも所得が多い人向けの種別として、グループホーム、有料老人ホーム、特定のケアハウスがあります。要介護2、3くらいから入居することが可能です。ケアハウスを除き、補足給付の考え方はないので、一定の所得がないと入居できません。

一方、「住宅」の方にはシルバーハウジング、養護老人ホーム、高優賃などがあります。高優賃は特養の補足給付と同じように、所得に応じた家賃補助があります。モデル厚生年金の人もいれば、生活保護の人もいます。整備量が少ないのであまり知られていませんが、そういう仕組みです。

また、ある程度所得がある人向けには高専賃があります。家賃補助はなく、民間市場で動いています。最近、生活保護の人たちばかりを集めて経営している高専賃の記事が新聞に掲載され問題視されましたが、これは極めて特殊なケースで、一定レベルの所得がある人を対象としていると考えてください。

資料5を見ますと、真ん中にぼっかり穴があいているのがわかります。問題なのはここです、中程度の介護レベルで、かつ、生活保護から第

・段階までの所得レベルに属する人たちが移り住む場所がないのです。所得の低い人たちが移れるところは特養以外ありません。しかし、入所待ちの人がたくさんいますし、中重度者の優先入居の仕組みもありますから、入ることができない。そのため、自宅や高齢者住宅で頑張らなければいけない現状があるのです。

特養が40万床近くあるのに対し、高齢者住宅は数万戸しか整備されていません。今後必ずもっと必要となります。その不足分を民間の高専賃だけで賄うことは困難です。高優賃のような公的なもので下支えをしないとダメです。

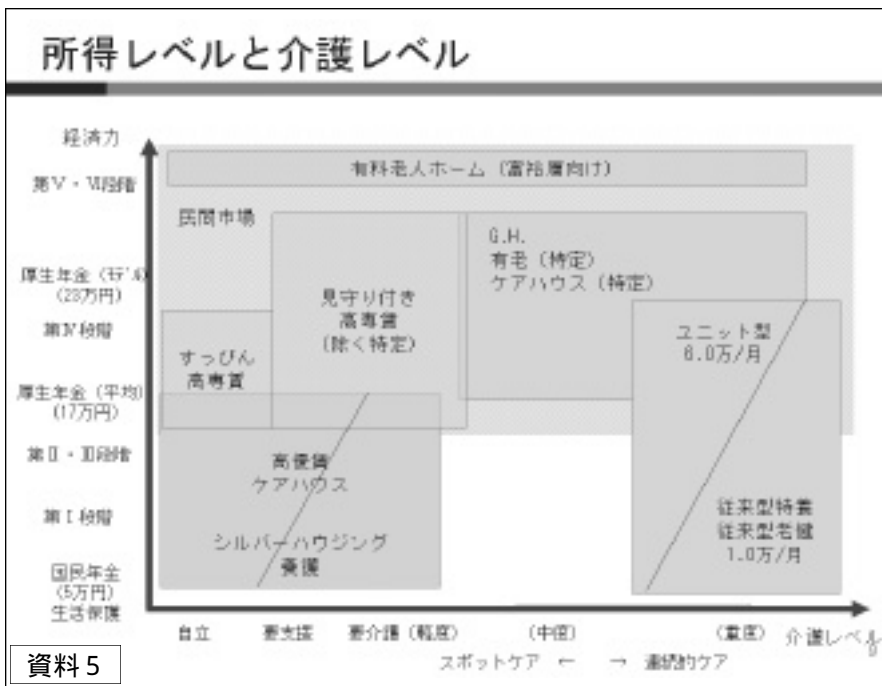
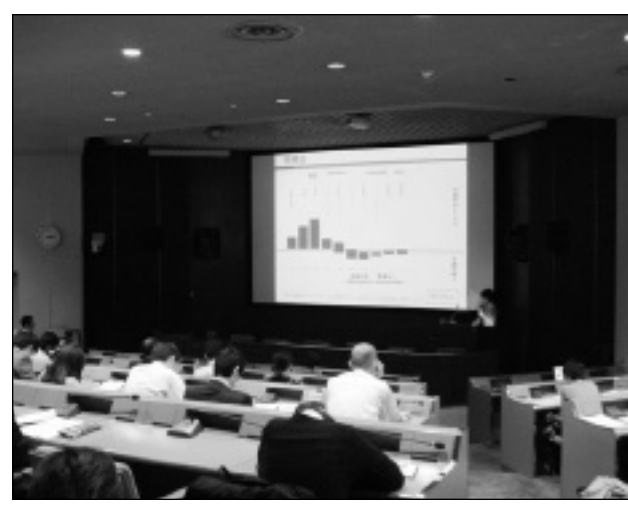
なお、利用者の経済力に関しては、福祉現場で働いている方と行政の方で見解の相違があります。私の住んでいる区を例に出すと、65歳以上で第 段階に属する人は5%以下です。第 段階以上の方が約70%を占めます。都市部に限ったことではありますが、このように高齢者全体で見れば所得は相当に高くなっています。しかし、現在、特養で生活している人の半分近くは第 段階なのです。施設入居者の年齢が高いうえに、世帯分離をしていることも理由の一つです。いずれにせよ、現在介護を必要としている人と、10数年後に介護を必要とするであろう人とは、今所得レベルが全く違います。行政は得てして未来を考えますし、介護現場は目の前の利用者のことを考えますから、見解に相違が出るということになるのかもしれませんが。(資料5)

まいになりうる器を用意し、そこにケアを付ける「個別ケア」の方向に変わってきています。

集団処遇では食事の時間が決まっています、入浴もスケジュールリングされています。また、排泄も定時交換で、決められた時間に排泄カートが巡回します。これに対し、個別ケアでは、「この人は何時と何時に排泄がある」ことをチェックすることが大前提ですから、排泄カートが回ることはありません。また、食事についても、朝などは起きた順で食事をしていくようになります。入浴も、一人のスタッフが個別に対応しますから、入浴時間にバラツキが出てくることになります。「個別ケア」では、利用者一人ひとりのことをよく知るため、利用者が24時間、どのようにしているかを

2. 居住空間のかたち
集団処遇と個別ケア

これからの居住空間がどうなるか、施設系と住宅系の違いを抜きにして、まずは、個人空間の考え方を確認しておきます。この写真は、昔の6人部屋の特養です。ポータブルトイレはベッドの横にむき出しで置いてあります。使用すれば、臭いが漂いますし、プライバシーのない状況です。食事50人ぐらいが同時に食べ始めます。お風呂も脱がせる係がいて、誘導する係、洗う係がいる業務分担方式になっています。レクリエーションなども全員でやります。こういうのは昔のことだと思っている方もいるかもしれませんが、多くの施設で今もって行われているのが現状です。いわゆる「集団処遇」です。病院と同じように利用者の管理を最優先し、そこに療養を少しだけ付け足して提供しています。この状況は大きく変わりつつあります。具体的には、グループホームや特養の個室のように、まず住



記録する「24時間シート」をつくり始めています。
(資料6)

個人空間

ケアを支えるハードのうち個人空間について整理しておきましょう。介護療養型、老健、特養の介護保険3施設には、今も4人部屋が残っています。医療施設では、室料差額や治療環境の観点から全室個室の病院も登場し始めてはいますが、そうは言っても4人部屋はまだベーシックなものとして認められています。このように医療施設の側からみると、介護保険施設が4人部屋というのはおかしくないのですが、高齢者住宅の側からみると、「介護保険施設にだけまだ4人部屋が残っている」と感じられるわけです。

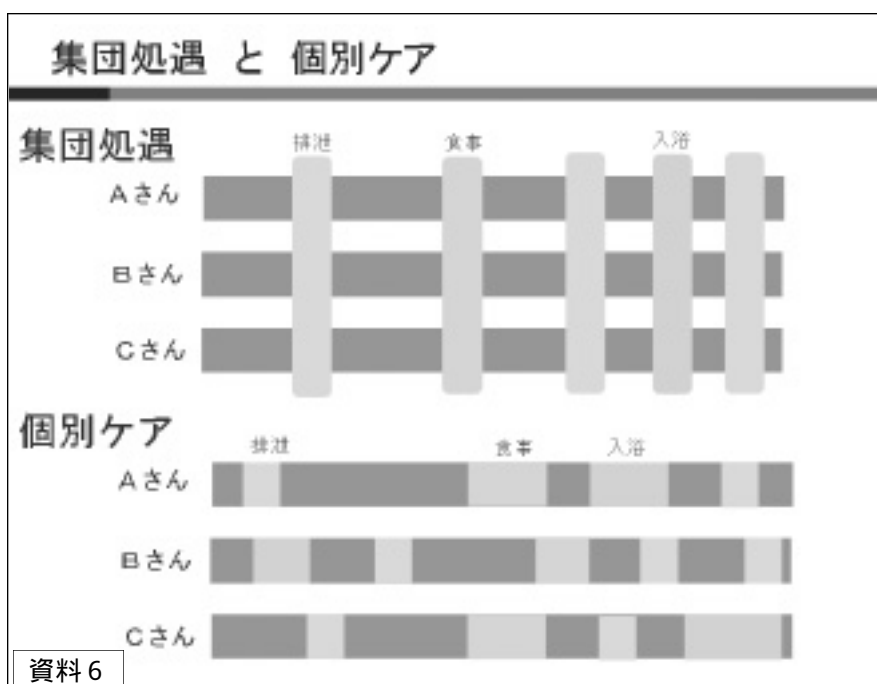
個人空間の名称も、病室から療養室、居室、住戸と、次第に住宅らしい名称に変わり、それに合わせて部屋の大きさも変わってきます。介護保険施設が13.2平方メートル、グループホームが7.43平方メートルと書いてありますが、これはあくまで最低基準ですし、これから事業を計画する場合には、もう少し広く、高専賃の18~25平方メートルあたりを考えた方がいいと思います。この25平方メートルという個人空間の広さは、国交省が策定し閣議決定された「住生活基本法」の中で決められています。住宅の性能水準には「誘導居住面積水準」と「最低居住面積水準」の2つがあり、最低居住面積として「単身者25平方メートル以上」と記されています。この数値がそのまま当てはめられているということです。もうひとつ大事なことは、個人空間には台所、便所、洗面所、浴室を確保しましょう、それらが完備していないものは住宅とは呼ばないと謳われていることです。ですから、トイレと洗面所だけが付いていて、浴室やミニキッチンが付いていない特養の部屋などは、住宅とは呼べないこととなります。ただし、

適切な規模の共用の台所及び浴室を備えた場合は、各個室にはミニキッチン、便所、洗面所があればいいことになっています。特養、有料老人ホーム、グループホームでも、部屋の中にトイレが付いていないタイプがまだあります。キッチンは、付いていないものがほとんどだと思います。それらは住宅のイメージとはやはり違うのです。(資料7)

対象者から見た住居のモデル

さまざまな利用者像がある中で、身体レベルから住居のかたちは四つの型に分けることができます。資料8をご覧ください。下欄に身体レベルが記載してあります。左が自立で右が重度です。「スポットケア」、「連続的ケア」という言葉もありますが、スポットケアとは在宅の仕組み、必要な時にサービスを届けるだけでは済まなくなると連続的ケアになり施設の仕組みとなる、そのようにご理解ください。

第一の型と第二の型は、自立の段階から入り、ある時期に施設に移る前提で提供されている住居「住戸+廊下」、「住戸+集約食堂」です。自立の段階で入るのですから、居室ではなく住戸が要求されます。食事は付いている場合もあれば、付いていない場合もあります。本当に自立していれば食事サービスは必要ないでしょう。もっとも、こういった人々は高齢者住宅ではなく都会のタワーマ



ンションが受け皿になっていいわけです。実際にそのようなケースもあると思います。もちろん、食事サービスの付いている住居「住戸+集約食堂」もあります。

第三の型は、やや虚弱な段階で移り住み、最期までいられるタイプの住居「住戸+ユニット」です。当初はほぼ自立しているのですから、先ほどと同様に居室ではなく住戸が必要です。お風呂は一人で入りたいし、食事もつくりたいので、ミニキッチンが必要になります。一方で、身体レベルが低下すると食事を自分でつくれなくなりますし、介護も必要になり、最後は施設と同様の身体レベルとなりますから、ユニット的なものが必要になってきます。

第四の型は、介護が必要になってから入る住居「居室+ユニット」です。部屋は寝るための部屋、キッチンもお風呂も付いておらず、食事と入浴は共用部に依存するものです。10~15人をひとつの単位としたユニット的な施設がこれに該当します。

先ほどの4つの型を施設種別と対応させて考えてみますと、「住戸+廊下」が、すっぴんの高齢者住宅となります。次の「住戸+集約食堂」には、ケアハウスや健康型の有料老人ホームが該当します。「住戸+ユニット」タイプのものが、数は少ないのですが、高齢住宅で特定をとるイメージです。「居室+ユニット」がいわゆる「施設」と呼ばれるものです。

住宅の型としては、この4つに収斂されます。では、その器にどのようにサービスを付帯させていけばよいのでし

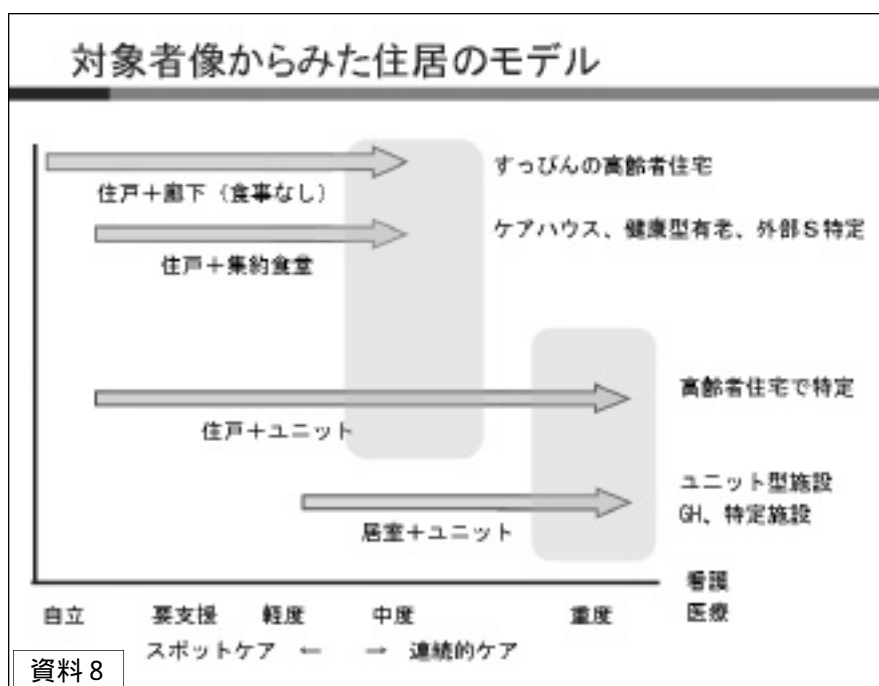
ょうか。介護がある程度必要になる、すなわち本来なら施設に転居していくレベルだけれど、この時、施設に移る時期を遅らせ、できる限り、集合住宅で生活を継続する手法がいくつかあります。小規模多機能を付帯させたり、通所サービスを付帯させるという考え方などです。重度になると、看護も医療も必要となります。在宅で看取りまでするには、看護や医療をどう組み合わせていくかがポイントです。(資料8)

個人空間

寝室 - 居寝室 - 住戸

病室	療養室	居室	居室	居室	住戸	住戸	住戸
介護療養型	老健	付食	グループホーム	有料老人ホーム	ケアハウス	シニアハイウイング	高齢者専用
13.2㎡	13.2㎡	13.2㎡	7.43㎡	13.0㎡	21.6㎡	19.0㎡	25.0㎡ (18.0㎡)
6.4㎡	8.0㎡	10.65㎡					

資料7



3. 施設系サービス

ユニット型施設とは

先程、施設は、従来型施設からユニット型施設に変わりつつあると言いました。では、「ユニット型施設」とはどういうものかご説明しましょう。これはある施設の2階の平面図で、10室で2ユニットあります。この10人で暮らす単位を、日本では「ユニット」と呼んでいます。海外ではひとつの居室をユニットと呼んでいるので、向こうで「ユニットケア」と言うと不思議がられます。(資料9)

個室ユニットケアに求められるハード

個室ユニットケアのベースにあるのは、自分だったら、普通の暮らしだったという感覚です。つまり、「暮らしの場であること」です。これは「言うは易し」ですが、実際にそこで働く職員や、マネジメントを担う経営者からすると、今までとは違うことをやるわけですから、「行うは難し」ということになります。

2つ目は、職員配置の関係からユニットの定員数を考えるということです。

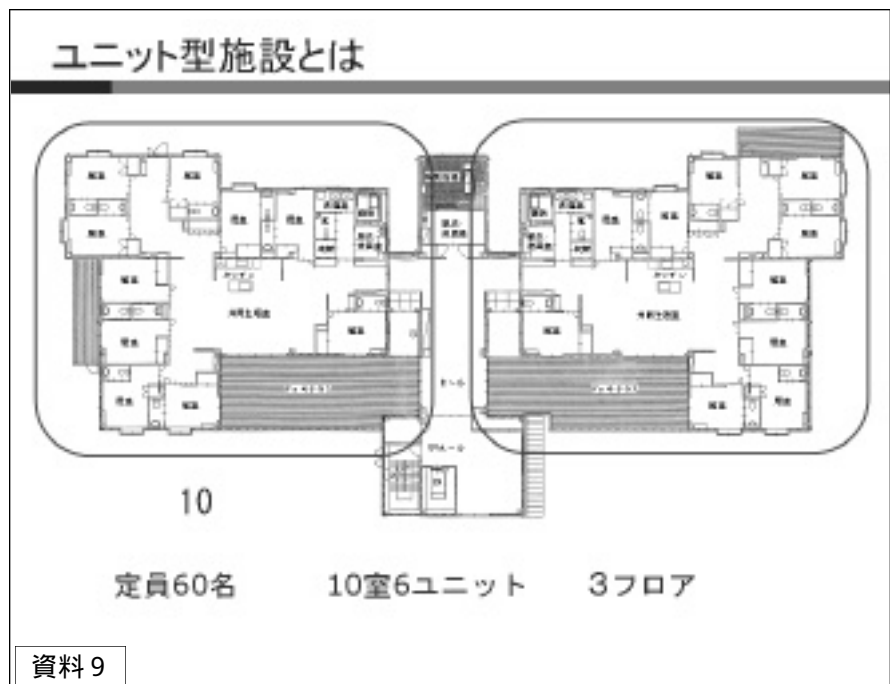
3つ目が、ユニット内で生活が完結すること。例えば、浴室を施設全体で一箇所を整備すると、ユニット単位で個別に整備するのとでは、当然、後者の方が、ユニット単位での生活が組み立てやすくなります。

4つ目は、ユニットの外で生活をできるようにしましょうということです。

(資料10)

ユニット単位の考え方

なぜ、1ユニットが10人なのかですが、実は10人である理論的な理由はないと考えます。小さいことに意味があると思ってください。仮に50人の利用者がいるとしましょう。私が把握できる情報量が500個くらいとすると、一人の方に対し10個くらいのことしか理解できないことになります。もし10人くらいであれば「どんなお仕事をされているのですか」など、個別に質問をし、一人の方



個室ユニットケアに求められるハード

- 暮らしの場であること
- ユニットの独立性とユニットの定員数
 - ・ユニット定員数が極端に少ないのは好ましくない
 - ・フロアのユニット数は偶数が好ましい
- ユニット内で基本的な生活が完結すること
 - ・居室、洗面、トイレ
 - ・食堂リビング、戸外空間、浴室
 - ・汚物処理・洗濯
- セミパブリックスペース、パブリックスペース
 - ・ユニットの外へと生活の場を広げるためのもの

資料10

に対する情報量が50個とたくさんになります。ですから、個別ケアをするならば、小さく分けなければ無理なのです。従って、50人ではなく、10人単位でみることにになります。利用者一人ひとりの24時間シートも10人分ならなんとなく頭に入りませうけど、50人分など無理でしょう。

そのようなことで、職員をユニットで固定配置することが大事なこととなっています。実際の職員配置は基準上、利用者3に対し職員1になっていますから、ユニット単位での固定配置(除く夜勤)は難しいのも確かです。また、ユニットは生活単位にせよ介護単位にせよ、いずれも管理する側が考えた概念でして、現実にはそれを乗り越えたような関わりがあるわけで、そういったことへの配慮が設計者の腕の見せ所となっています。

シフト体制と職員配置(特養の場合)

職員配置について、もう少し詳しくみてゆくこととしましょう。たとえば、10名のユニットと9名のユニットがあるとします。仮に全て常勤でシフトを組もうとすると、夜勤の関係で1ユニット最低5名の職員が必要になります。利用者10名に対して職員5名ですから、2対1の職員配置になります。一方、利用者が9名だと、9名に対して5名なので、1.8対1の職員配置になります。

8名ユニット、7名ユニットなど生活単位を小さくしたほうがよいのではないかと思う方がいますが、施設経営上固定配置が難しくなり、そのことが結果的に利用者にとってもよい結果をもたらさなくなるのです。現行の介護報酬ではユニットでの固定配置は簡単なことではなく、各施設は随所にパート職員を入れるなどして、このシフトの組み方を工夫してやっています。(資料11)

入浴の方式

仮に、ある施設に80人の利用者がいて、入浴が週2回、週5日お風呂を稼働するとします。すると、施設全体では1日32人が入浴することになるわけです。この場合、ユニットに個浴があれば、10人(1ユニット)×2日÷5日で、1日4人がお風呂に入ることになります。この4人と32人は同じ意味なのです。8ユニットを掛ければ同じことです。

ユニットに個浴があれば、自ずとユニットで入浴を考えますから、入浴担当をそれぞれのユニットから出すような集団的な入浴をするわけがなく、順番に一人ずつ入っていただくことになりませう。でも、施設全体でしか風呂がないと、「うちの施設では今日、32人をお風呂に入れなければならない」となり、それぞれのユニットから入浴担

シフト体制と職員配置(特養の場合)

■ 極端に定員数の少ないユニットは職員配置が困難

1ユニットで職員5名が必要(全常勤の場合)
 10名ユニット2.0:1
 9名ユニット1.8:1
 看護職、介護主任はシフトに入らない
 ショートは10人を超える場合には単独ユニット

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24										
Aユニット	専勤 07:30~15:30												1人日																						
	専勤 15:30~23:30												2人日																						
	専勤 07:30~15:30												3人日																						
	専勤 15:30~23:30												4人日																						
Bユニット	専勤 07:30~15:30												5人日																						
	専勤 15:30~23:30												6人日																						
	専勤 07:30~15:30												7人日																						
	専勤 15:30~23:30												8人日																						
休み																								9人日											
休み																								10人日											

休み: 6日×3+3=18日/月 年間労働1800時間とすると225日勤務(休み140日)

資料11

当を出す方が合理的になります。従って、食堂を分散するのと同じように、ユニット単位でお風呂を分散しましょう、汚物処理室を分散しましょう、洗濯室を分散しましょうとなるわけです。「ユニットケアは情緒的」と言う人がいますが、実は極めて合理的なものだと思います。(資料12)

体で1人の配置ですし、日中も介護と看護が双方いますから2ユニットでシフトを組んだりします。ですから2つのユニットで日中の連携をとれるように、フロア全体で夜の連携をとれるようにするのが肝要となります。老健の場合には、特養のユニットよりも独立性を少し緩やかにしたほうがよいように思います。(資料14)

老健ユニットの運営

ここまで特養のお話をしてきましたが、老健になると多少、考え方が違ってきます。老健には看護職が一定程度いるので、看護職もユニットのシフトに入ってきます。また、医療法人と社会福祉法人では雇用環境が微妙に違いますので、同じ職員数でも特養ではシフトを組んでも、老健ではそうではないことが多々あります。

(資料13)

転換を視野に建て替えた事例

今後、療養病床の多くは介護療養型老健に転換していきます。築30年ぐらいを経過している場合は、転換時に全面建て替えが視野に入ります。特養のユニットを見て、そのままつくるのは少し考えたほうがよいですよと、お話ししています。

資料14は建て替えの事例です。今は一般40床、医療療養48床、介護療養42床、計130床の病院ですが、最終的には介護療養型の老健に移るのではないかと考えられます。介護療養のところは、施設基準もありますから10人ごとにユニットを組みます。そして、真ん中に看護のステーションを設けます。看護職は、夜は全

入浴する

・ 80人 × 2 ÷ 5日 = 32人/日
 ・ 10人 × 2 ÷ 5日 = 4人/日

作業分担方式 マンツーマン方式

資料12

老健ユニットの運営

特養との違い

- ・ 看護がユニットシフトに入る → 看護と介護の協働
- ・ 雇用環境の違い：16時間夜勤、常勤雇用多、休日日数 (年間1800時間、月夜勤72時間)

職員配置

・ 前提条件：定員80 (10人 × 8ユニット)、日中2人

	老健 (介護+看護3:1)	療養型老健 (介護0:1 看護0:1)	療養型老健 (介護4:1 看護0:1)
看護:主任・シフト	1 8	1 40	1 16
介護:主任・シフト	1 32	1 40	1 24
合計	42	42	42
比率	1:90:1	1:90:1	1:90:1
看護	日勤3~4 夜勤1	日勤16~17 夜勤4	日勤0~6 夜勤2
介護	日勤12~13 夜勤3		日勤10~11 夜勤2

夜勤:2

40 × 1800時間 - 4 × 168時間 × 365日 = 48640時間
 48640時間 ÷ 365日 ÷ 8時間 = 18.6人

資料13

4. 住宅系サービス

地域別にみた高齢化の状況

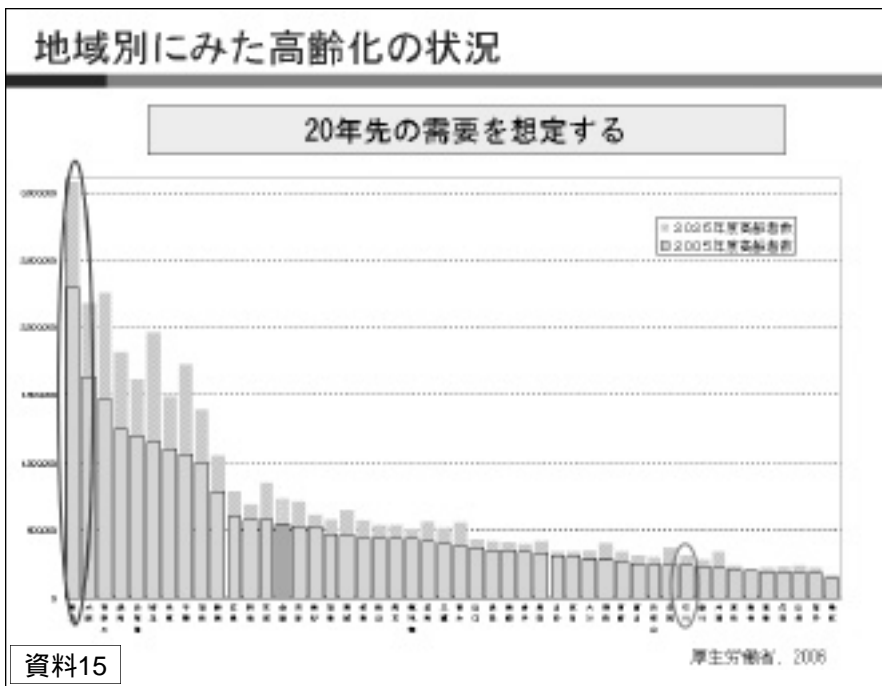
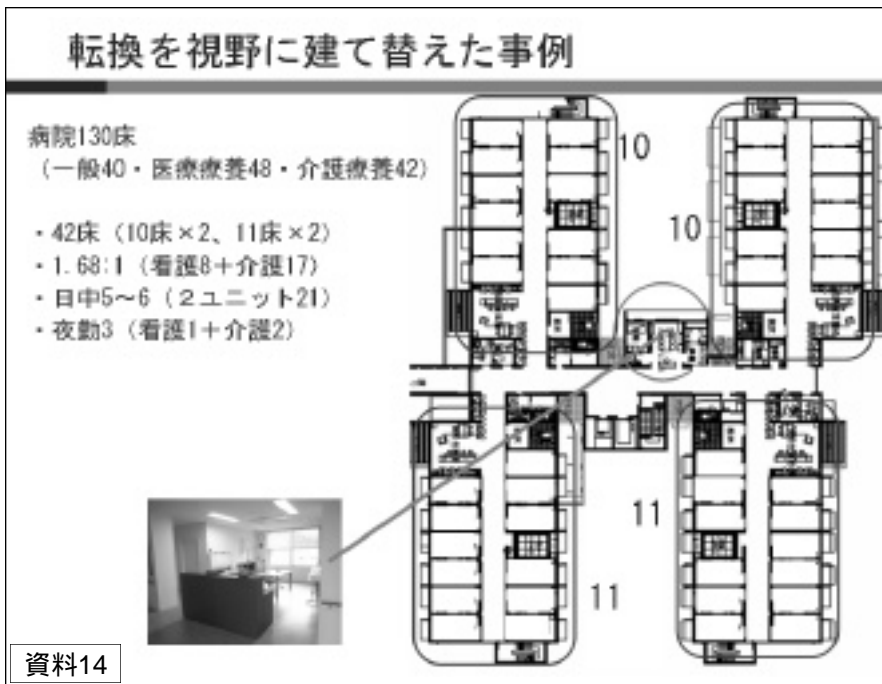
高齢者住宅が不足しておりもっと必要だとの意見をよく耳にします。その背景には高齢者数の増加があります。ただこれには地域性がかなりあります。資料15を見てください。東京都は2025年には高齢者数が300万人以上になると推計されています。高齢者数が一番少ない鳥取は微増にすぎません。それもあり、高齢者住宅は基本的に都会で圧倒的に不足しているといえます。(資料15)

家族形態別にみた高齢者の割合の推移

子どもと同居している高齢者は減り続けています。その一方で、一人暮らしの高齢者は1980年に8.5%だったのが、2001年には13.8%までになっています。夫婦のみの高齢者世帯も今後増えていきます。家族介護力の乏しい世帯が増えていくのが現実なのです。

借家・持家別の動向(2005 - 2015)

住宅系サービスを考える際の基点は自宅です。あたりまえのことですが自宅に住んでいて、自宅で生活できなくなるから自宅以外の高齢者住宅に移るのです。ですから、自宅が持ち家と借家のいずれであるのかは大変重要なことです。同居で持家の人たちはこれから増えますが、まあ安泰だろうと・・・。借家で同居の人たちは、世帯数そのものが減っていきます。そして、単身や夫婦のみ



の人たちは、持ち家が借家に関わらずこれから増加してゆきます。考えなければならないのはこの人たちのことです。

この中から当然、要介護の人たちが出てきます。要介護・要支援高齢者は2005年現在418万人ですが、2015年には138万人増えて556万人になると推定されています。その中で、在宅の人は327万人から111万人増えて438万人、施設で暮らす人は91万人から27万人増えて118万人になると言われています。(資料16)

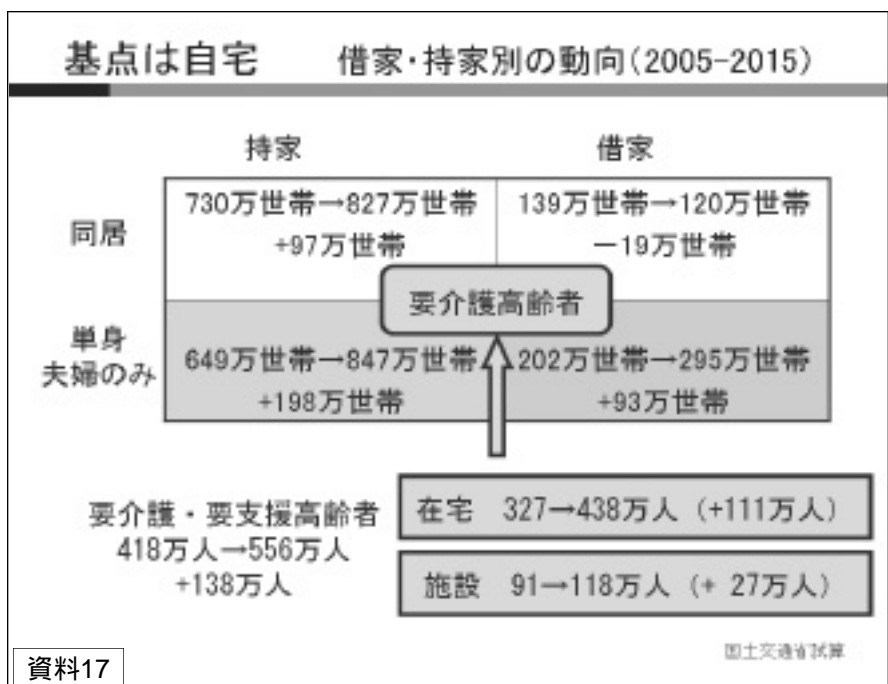
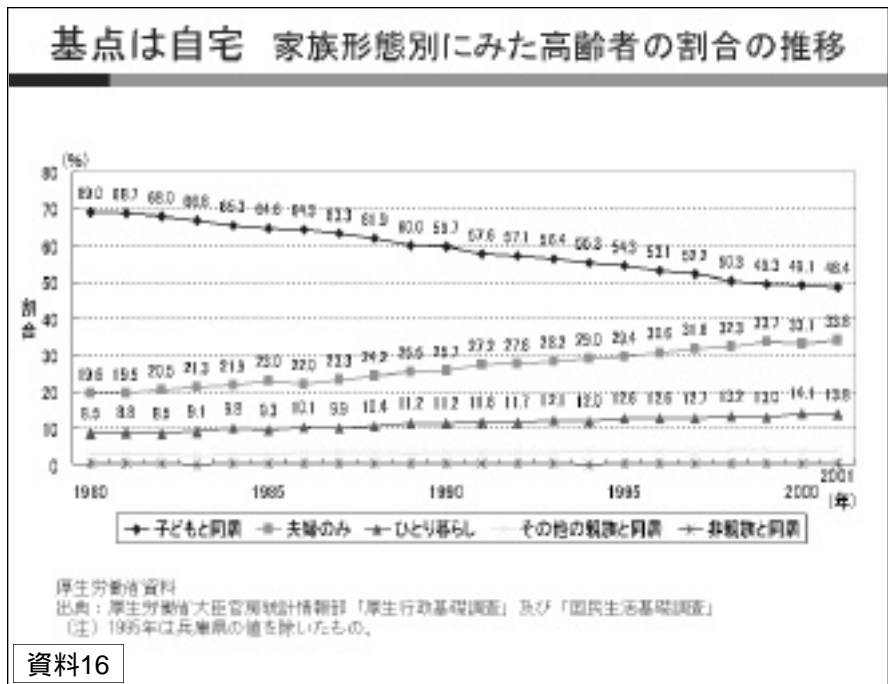
先日、単身高齢者の持ち家率を調べたのですが、都道府県によって全然数値が違います。たとえば、岩手県の場合、一人暮らしの人でも80%以上が持ち家です。東京と大阪は50%を超えるぐらいです。都会では、65歳以上の単身者の約半数が借家に暮らしているのです。こういった方々を福祉で受け止めるのではなく、住宅で受け止めるということで高齢者住宅の必要性がいわれているわけです。もちろん、安易に施設に移らないために必要という側面もあるのですが、そもそも高齢者住宅を必要とする方々が増えているわけです。

(資料17)

日本の住宅政策

日本の住宅政策の基本は持ち家政策です。もちろん、低所得者や社会的弱者の方々に対しては公営住宅を提供してきましたが、公営住宅は縮小される傾向にありますし、老朽化も進んでいます。公営住宅では高齢者の滞留が顕著すぎるといった課題も指摘されています。

平成15年の数値によると、全国で持家は約2800万戸、賃貸住宅は約1700万戸あります。賃貸の中



には公営住宅、機構公社、高優良などがありますが、公営住宅にお住まいの高齢者は56万世帯。高優良は1万戸、シルバーハウジングは2.2万戸しかありません。今、民間賃貸に住む高齢の単身者は74万世帯、夫婦は35万世帯ですが、この人たちが今後増えた時、一体どこに住むのかということです。なお、高齢者で施設と呼ばれるところには約112万人が住んでいます。公営住宅ではエレベーター設置、バリアフリー対応、1階に通所のセンターを設けるなどの取り組みがなされていますが、それがうまくいかないと、本来まだ施設に移らなくてもいいのに、施設に移らざるを得ない人が増えます。適切な住宅がなければそうなりますね。もちろん、持家から施設に移ってくる方も出てくるでしょう。在宅介護サービスの基盤が整えば、重度になった段階で移るようになります。

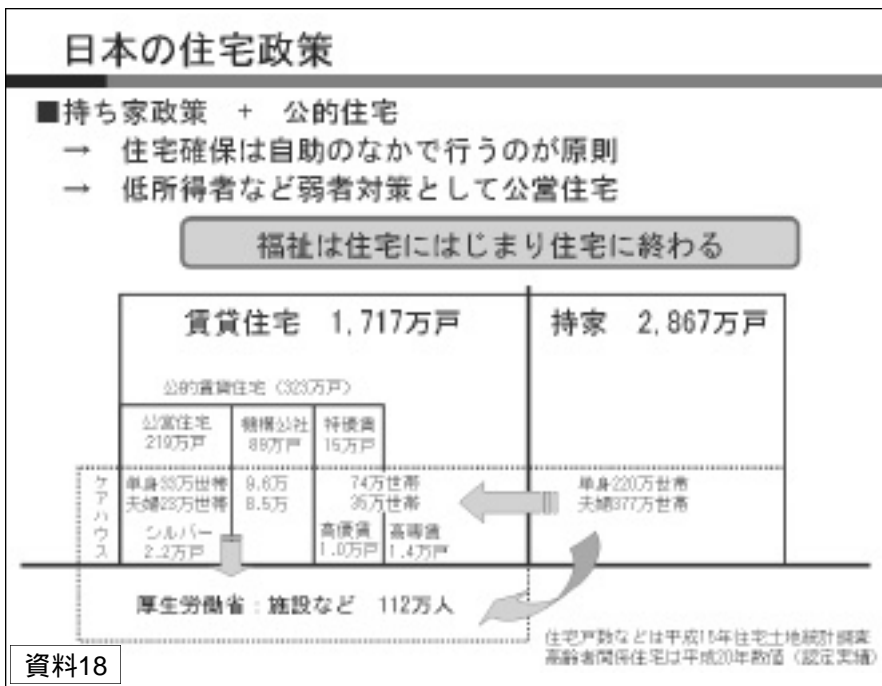
さて、今日はここまで高齢者施設という枠組みでお話をしてきました。しかしながら、高齢者住宅を考える際には、福祉政策としてではなく、住宅政策としても考える必要があります。「福祉は住宅にはじまり住宅に終わる」との言葉が示すとおりです。

先ほど、特養には補給給付という仕組みで家賃補助があるので、低所得の人からお金のある人まで入れるという話をしました。また、高優良には家賃補助があると言いました。この2つの仕組みは、実はよく似たものですが、扱う部署は住宅の部局と福祉の部局に分かれています。この2つのバランスをどのように整備していくかを考える時期にきていると思うのですが、縦割り行政故の難しさがあるわけです。(資料18)

高齢者の住宅政策

資料19を見ながら高齢者の住宅政策を概観してみましょう。「高円賃」と呼ばれる高齢者が円滑に入居できる住宅があります。そして、「高専賃」と呼ばれる高齢者を対象とした住宅があります。また、家賃補助や建設補助がある「高優良」という住宅もあります。高専賃と高優良で一定のスペックを満たしたものを「適合高専賃」と呼びます。また、高専賃と高優良は食事・介護・見守りといったサービスを組み合わせることも可能です。高専賃と高優良は併せて1100件(軒)ありますが、この中で特定施設としてサービスを提供しているのは19件だけです。残りは普通の在宅、つまり集合住宅の在宅として扱われています。ただし、後ほど話しますが、高専賃や高優良の多くは何らかのサービスを附帯させています。

高齢者1000人あたりの高齢者住宅(高優良を含む高専賃)の整備戸数を見ると、石川県や三重県は多く整備されているのに対し、東京はその10分の1にも満たない状態になっています。日本で一番施設が多いのは徳島県でして、高齢者100人に対して5人分のベッドがあります。一番施設が少ないのが東京都で、100人に対して3人分のベッドしかありません。高齢者住宅は1000人に対して1人分あるかないかですから、きわめて少ないの



資料18

です。

高齢者住宅を多く整備すれば施設の需要が減ると論理的には考えられますが、まだそういう段階にはきていません。高齢者住宅が整備され、そこに住むようになって初めて施設が空き、施設需要が減っていきます。一時期は双方が十分にあることが必要なのですが、そういう状況がくるのはよくわかりません。(資料19)

高齢者専用賃貸住宅(除高
優賃)平均家賃

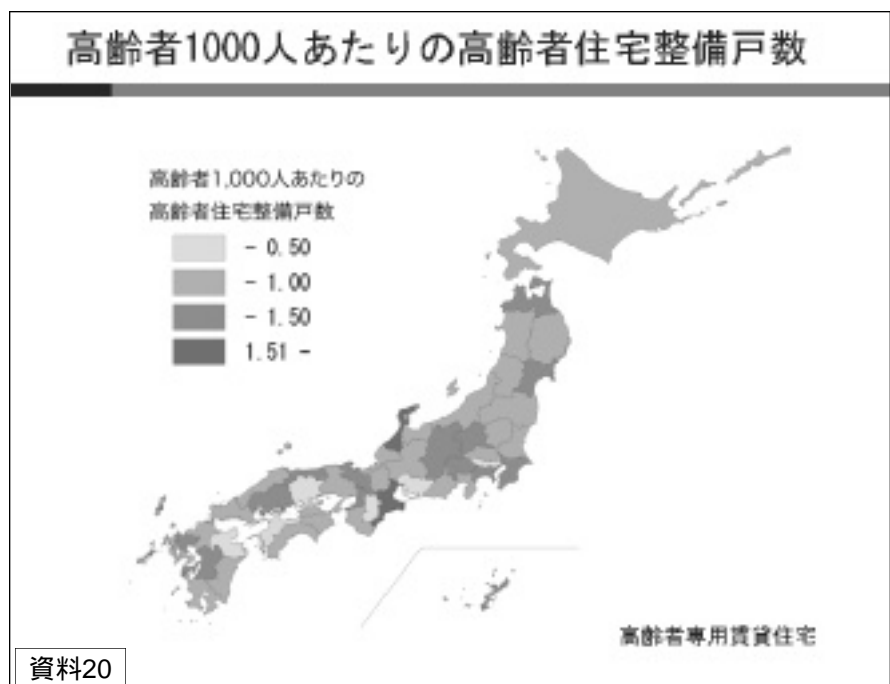
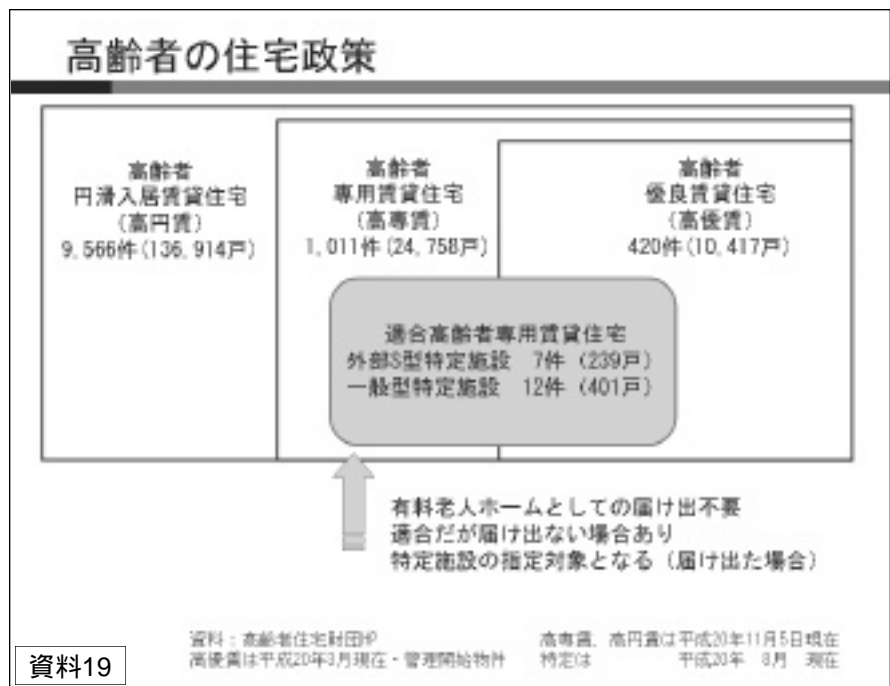
高齢者専用賃貸住宅は、有料老人ホームと同じで全くの民間市場で動いていますから、当然、ビジネスが成立する前提で家賃を設定しています。どれくらいの家賃かというと、東京の平均は11万円以上。4万円台のところもありまして、まだ数が少ないのでバラツキがあり、不動産市場ときれいな相関関係を示すわけではありません。

高専賃の平均的な家賃を一般のワンルームの平均家賃と比べると、高専賃はワンルームマンションより家賃が高いです。この点についてはもう少し精査する必要があるので早計なことは言えませんが、共用部があること、バリアフリー仕様であること、見守りなどの一定のサービスを附帯させそれをサービス費用としてではなく家賃に一部乗せていることなどの理由が考えられます。一般のワンルームよりは家賃が高いわけですから、この費用負担ができない人たち、すなわち住宅が必要でも高専賃に入れない方々が必ず出てきます。その時に、

高優賃や公営住宅そのほかの家賃補助でどうかカバーするのかなと思います。

高専賃の概要

高専賃が提供しているサービスについて、高齢者住宅財団が実施した調査結果をご報告します。平成20年6月末現在で高専賃に登録している885件に送付し43%の有効回答を得ています。調査内容は法人種別、利用者の要介護度・受入退去要件、



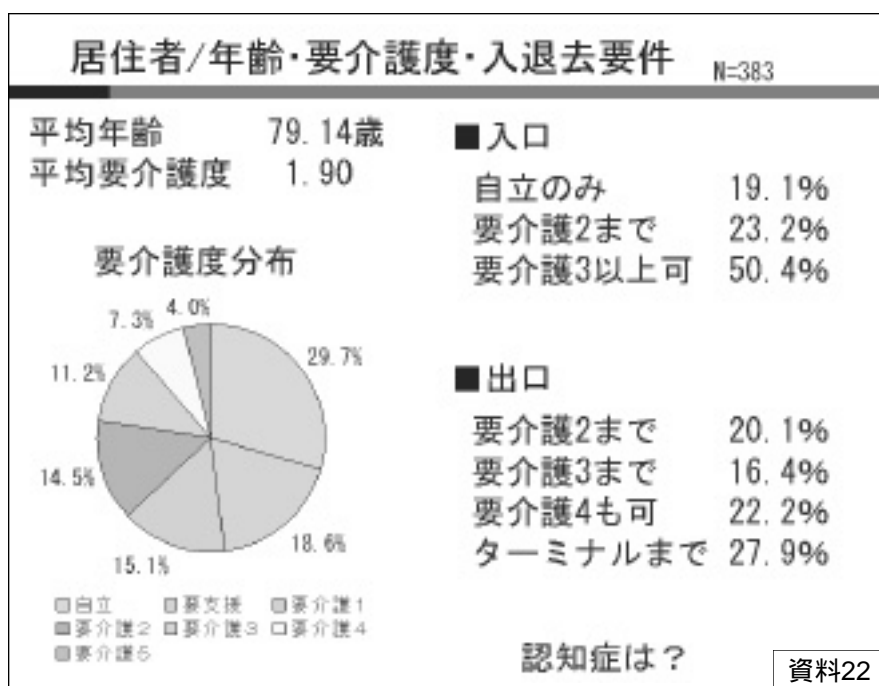
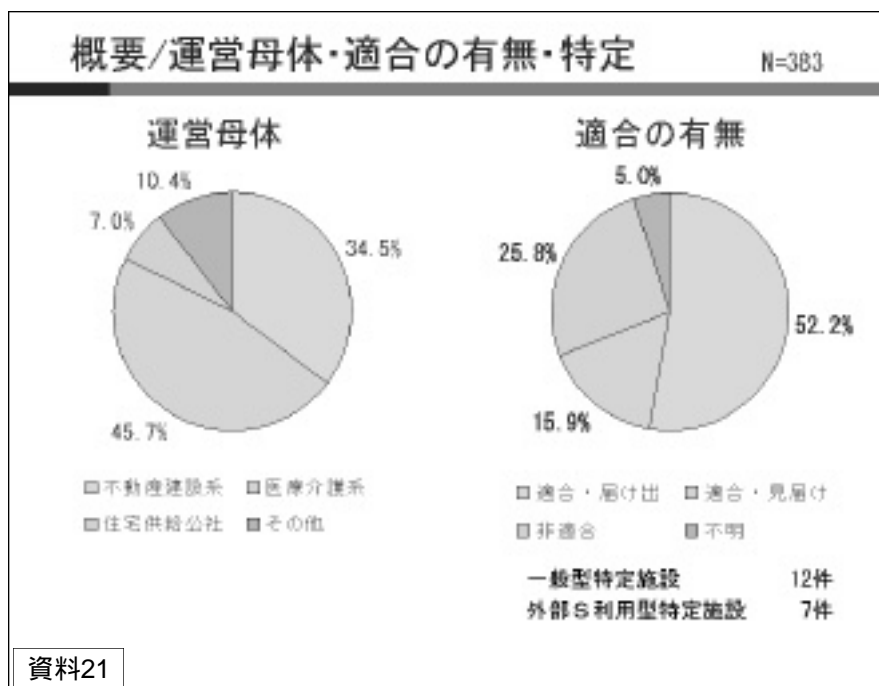
建築の内容、職員体制、介護保険サービスの併設・利用状況、介護保険外サービスの付帯状況などです。(資料20)

運営母体は、半数(45.7%)が医療介護系の事業者です。34%が不動産業や建設業です。それから、高齢者専用賃貸住宅には「適合高専賃」という仕組みがあり、その仕組みをとっていると特定施設としての運営が可能となるのですが、その届け出をしているところが約半数の52.2%で、それに合致しているけれども届け出はしていないところが15.9%になっています。「適合高専賃」を満たしている場合には、何らかのサービスを附帯させていても有料老人ホームの指導監査を受けずにすみませう。医療施設や福祉施設には行政の指導監査があり、サービスの質を担保する仕組みになっているのですが、高齢者住宅というのは悪いものは市場が淘汰するという考え方ですから、こういう仕組みとなっています。「適合高専賃」に合致しているのに届け出がないところが15.9%もあるわけですが、これに対して行政は把握すらできていないのです。当然、行政ではその存在を非常に問題視していません。(資料21)

居住者の年齢・要介護度・入退去要件についてですが、平均年齢は80歳、平均要介護度は1.9です。有料老人ホームより少し軽い程度ということになります。要介護度分布を見ると、自立の人が29.7パーセントで、要支援まで入ると約半数を占めます。その一方、要介護3以上の方も4分の1近くいるので、ここ

だけを見ると、施設っぽいイメージということになります。(資料22)

入居要件としては、自立のみのところもあれば、要介護3以上でも受け入れ可というところもあります。要介護3以上で可のところは、何らかのサービスを附帯させています。さらに大事なのが退去要件です。要介護2や3までというところは、施設に移ってもらうことを前提としています。また、要介護4も可が22.2%で、ターミナルまで可



というところも27.9%あります。高齢者住宅はできたばかりなので、まだ一人もそういう状態になった人を受け入れていない段階での回答もありますので、この点は考慮ください。実態より願望に近い回答もあるということです。

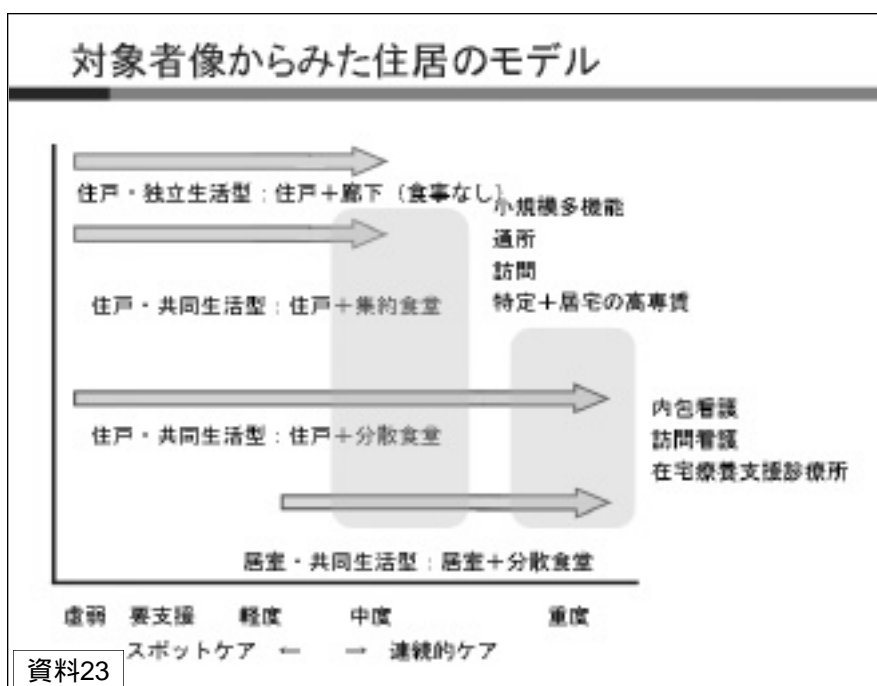
ここで課題となるのが認知症の人を受け入れるかどうかです。住宅の賃貸借契約の中には、他の人に迷惑をかける場合には退去してもらうという一項があって、これを適用して認知症の方の入居を拒否したり、退去を促すことがあるようです。要介護2ぐらいまでをイメージしている場合は、認知症がある程度まで進んだ段階で話し合いをするというのをよく耳にします。実態としてはそうなっているようです。

介護保険外サービスの付帯状況を見ると、食事ありが71.8%あります。これは全部付いているということではなく、選択肢としてあるということです。食べたければ食べてくださいということです。介護保険外の介護サービス、生活支援、健康管理、安否確認などが付いているケースも多いです。安否確認は殆どの高専賃についています。何もサービスを付帯させていない高齢者住宅というのは、実は非常に少ないということです。

対象者像からみた住居のモデル

高齢者住宅は施設のように利用者像が固定されていないので、虚弱な段階から入れるところもあれば、中程度の介護が必要な段階になってからしか入れないところもあります。退去についても、要介護3程度までということもあれば、最期までということもあります。ですから、建築のかたちも一つではありません。これが対象者象と種別が定まっている施設と最も違うところです。とは言え、住居の型はやはり4つのパターンに収められます。先ほどと同じでして、住戸+廊下、住戸+集約食堂、住戸+分散食堂、居室+分散食堂の4つです。

ここにどれだけのサービスを付帯させるかですが、小規模多機能や通所、訪問を付帯させることで、介護の必要度が中程度以上になっても住み続けることがやりやすくなりますし、看取りまでするという意味では看護や医療の各種サービスをどう付帯させるかになります。もちろん、これは、あくまで理論上の話です。実際の事例を見ると、最期までみると言って、何のサービスも付いていないところもあります。事業者側にも混乱があると感じます。(資料23)



資料23

事例1 「住戸+廊下」(自立~軽度)

3つの事例を見ながら住宅とサービス附帯の関係性を考えてみましょう。ひとつ目は、「住戸+廊下」のパターンです。住戸で外廊下、食事は付いていません。見守りのスタッフは付いています。2つ目は、「住戸+ユニット」のパターンで、元気な時から入って最期まで過ごすタイプのもの。3つ目が「居室+ユニット」のパターンで、各種の医療サービスや介護サービスが建物内に付いていて、最期までみますというものです。

資料24と資料25が、自立した時から入って、施設レベルになったら転居するタイプのもので、川崎市住宅供給公社が運営しています。たまたまですが、住宅の下の階には療養病床を有する病院があります。そして、4階にふれあい広場、デイサービス、訪問看護が付いていて、上の階の人たちも利用可能です。5階から11階までが、高優良です。特定施設ではありませんから、居住者は在宅サービスを利用します。「よろずや」という職員が配置されています。その人たちがいる場所として、サークルひろばとアトリエひろばが設置されています。彼らは居住者の「見守り」をします。相談、安否確認などです。(資料24)

部屋は、かなり贅沢につくられています。1LDKで、37~50平米あります。住宅供給公社が提供していることもあり、かなり充実したハードなのだと思えます。高専賃でここまで充実しているのは稀です。

外廊下に並んで住宅があ


り、各フロアに1か所ずつ「サークルひろば」があります。そのフロアの人たちの集いの場所です。一部のフロアには「よろずや」さんがいます。彼らは医療福祉の資格を持っておりまして、週に何回か日中のみこの住宅に滞在しています。居住者の情報を収集し、介護保険につなげたり、サービスを紹介したり、利用者同士のコミュニケーションを図ったりします。(資料25)

住戸+廊下 自立~軽度


川崎市住宅供給公社

1階	外来
2~3階	医療施設(療養)
4階	ふれあい広場、デイサービス、訪問看護
5~11階	高齢者向優良賃貸住宅/55戸

- ・よろずや
- ・サークルひろば・アトリエひろば
- ・在宅サービスを活用



資料24


資料25

- ・1LDK (37~50㎡)
- ・可変性

外廊下で個々の住宅にヘルパーがサービスを届けるわけですが、このことについては、効率がいいという考え方と、これでは非効率だという考え方の両方が成立します。ホームヘルプなど在宅をやっている人たちは、一戸一戸の住宅にサービスを届けるのに比べ、集合住宅だから効率的と考えます。しかし、施設の運営を行ってきた人たちからみると、「一つひとつの住戸の玄関を開けて中に入らなければいけない。しかも、内廊下ではなく外廊下だから大変」と考えます。このように、どちらの立場でサービスを提供してきたかでとらえ方が全く違うのです。高齢者住宅を考える人たちの多くは施設が馴染んでいるからだと思いますが、外廊下ではなく内廊下で考えるようです。しかし、私は外廊下でもあるレベルまではいけると考えています。こちらの方が住宅らしくていいと感じもします。(資料26)

この建物は5階から上が高優賃で、3階までが療養病床、4階に居住者たちが交流するためのホールや庭、訪問看護ステーション、デイサービスがあります。当初は療養病床と高齢者住宅は無関係でしたが、療養病床側からみれば上の階に顧客になりうる人たちがいるわけで、最近は関わり方が変わっているそうです。

事例2 「住戸+ユニット」(自立~重度者向け)
2つ目が、虚弱の時から入って最期までを目指すタイプです。医療も手掛ける社会福祉法人が運営しています。

2~4階に102戸の高優賃があります。開設当初は102戸中16戸が特定で、この16戸については施設のように運営をすることでスタートしました。現在、特定部分は33名に増え、平均要介護度は2.3、要介護4や5の人もいる状況です。(資料27)

高齢者住宅フロア

- ・外廊下
- ・よろずや (平日日中・医療福祉職)
- ・住宅フロアにひろば

交流フロア (4階)

- ・地域開放型スペース




資料26

住戸+ユニット 自立~重度

1階	レストラン (地域開放型) 法人本部・デイサービス	
2階~4階	高齢者専用賃貸住宅/102戸	うち一般型特定16戸でスタート
特定部分	33名	平均要介護度 2.3 要介護4: 4人 5: 3人

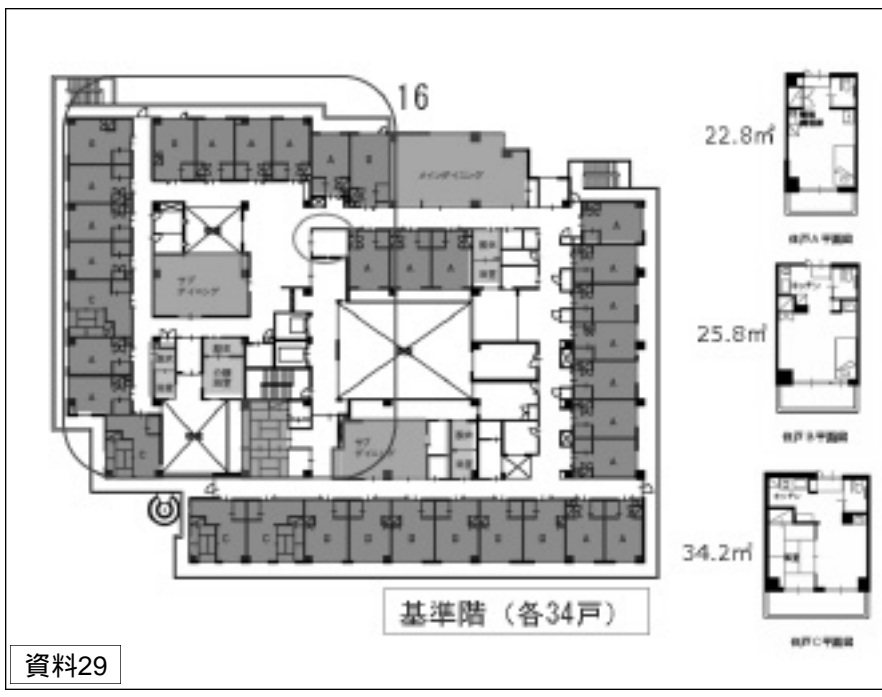
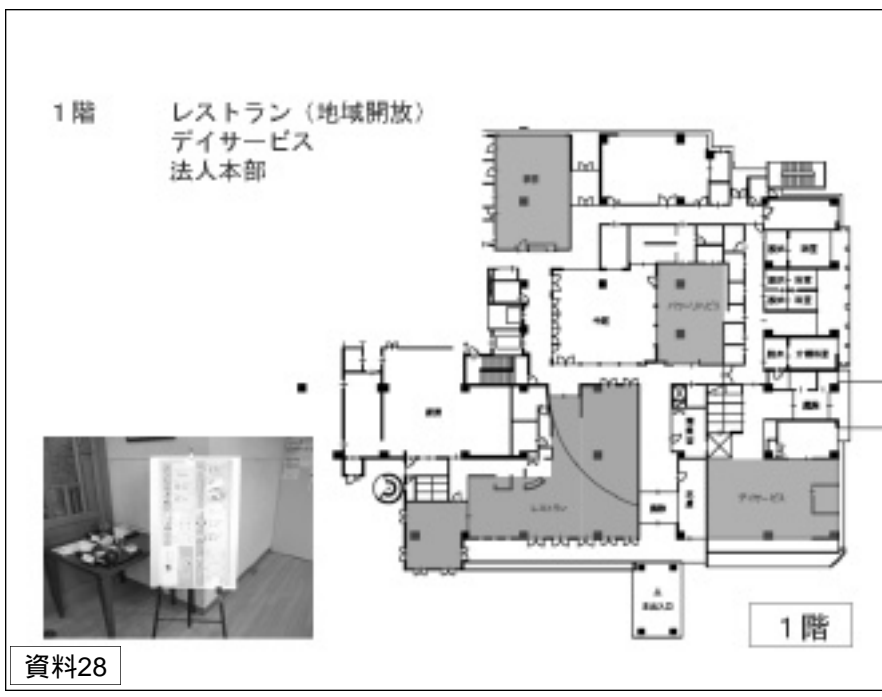


資料27

1階にはレストラン、法人本部、デイサービスがあります。居住者は朝と昼はこのレストランで食べますが、夜はそれぞれのフロアの食堂で食べます。また、特定の対象となる要介護の人は三食とも上のフロアで食べることができます。このレストランはメニューが豊富で、外部の人の利用も可能です。併設している高齢者住宅にだけサービスするのではなく、地域をターゲットに「高齢者住宅にもサービスする」という発想の転換が必要なのです。(資料28)

基準階は34戸で、最初はこの16戸だけが特定としてスタートしました。34戸に対して、食堂が3つ、お風呂が3つありますから、ハードとしては

ユニットケアに近い。資料30に示すように、最初、特定の利用者はグレーの人たちだけでした。そのうち、介護が必要になってくる人たちが増えてきますね。通常、特定施設は建物に対して付けますが、ここでは人に対して付けています。なぜ可能かという、最初に建物全体で特定をとっていい契約をして、16戸でスタートして、要介護の人たちが増えたら追加で特定を付けるようにしているからです。(資料29)



この仕組み、学ぶことが多い。例えば、夫婦である住戸に住んでいて、ご主人が特定レベルになったとします。ご主人は奥さんの介護を受けながら、夫婦二人でずっと住み続けることができますね。通常、こういった場合、ご主人は施設に、奥様は自宅に、と離れ離れになることが多いわけです。広まってほしい仕組みなのですが、正しければ正しいほど、経営的にはあまりメリットがないのか、なかなか広まっていないのが現状です。

今の話を費用負担の観点からもう一度みてみましょう。ここは高優賃で、所得に恵まれている人は少ないですから、介護費用を上乗せで自己負担して、施設系の包括サービスは回避する人はそうそういません。「客観的にみて施設サービスが必要になったら、特定のサービス利用形態になります」ということです。特定施設の包括に移る時の目安としては、排泄など予定された定時サービスでは対応できないケアが生じた時がまずあります。介護保険で在宅の仕組みを使うということはケアプランがあるということですから、それが成立しなくなった時が特定に移る目安です。認知症などで常時見守りが必要というのもそれに含まれます。(資料30)

事例3 「高専賃+サービス拠点」(中度~看取り)

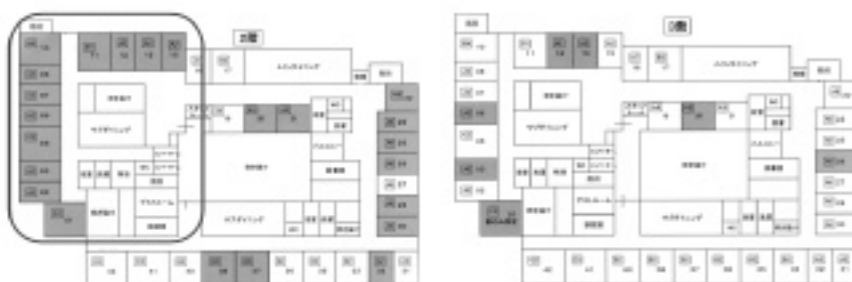
3つ目が、中程度の介護が必要な段階から入って看取りまでしますというタイプのものです。都内の高専賃ですが、在宅医療をやっている事業者が運営しています。区内の約300人に対して訪問看護を、約150人に対して在宅医療を提供していて、そのうちの30数人がこの高齢者住宅に住んでいることとなります。もちろん、この建物の住人でも、ここのサービスを使ってない人もいて、全員が利用者というわけではありません。

2~4階はそれぞれ10戸の住戸からなるフロアで、真ん中に食堂とお風呂があります。ユニットの典型です。1階にデイケア、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションがあります。スタッフは地域の在宅に向くので、駐車場も広く確保されています。

この仕組みがきちんとつくれば、老人保健施設とさほど変わらないので、住む人たちの安心感も確保されます。

在宅医療を担う方々には、こういうものをぜひ、手掛けてほしいと思いますが、実際にやっている人は非常に少ないようです。在宅医療に熱心に取り組んでいる医師は、このような高齢者住宅は本当の在宅とは少し違うと考えています。彼らは、その人が住み続けてきた自宅で在宅医療をやりた

在宅の出来高から特定施設の包括へ



- ・認知症 → グループホームへ
- ・排泄など予定された定時サービスでは対応できないケアが生じた時
- ・看取り期に必要な看護の提供
- ・建物として特定が必要な重度化が生じるのか?

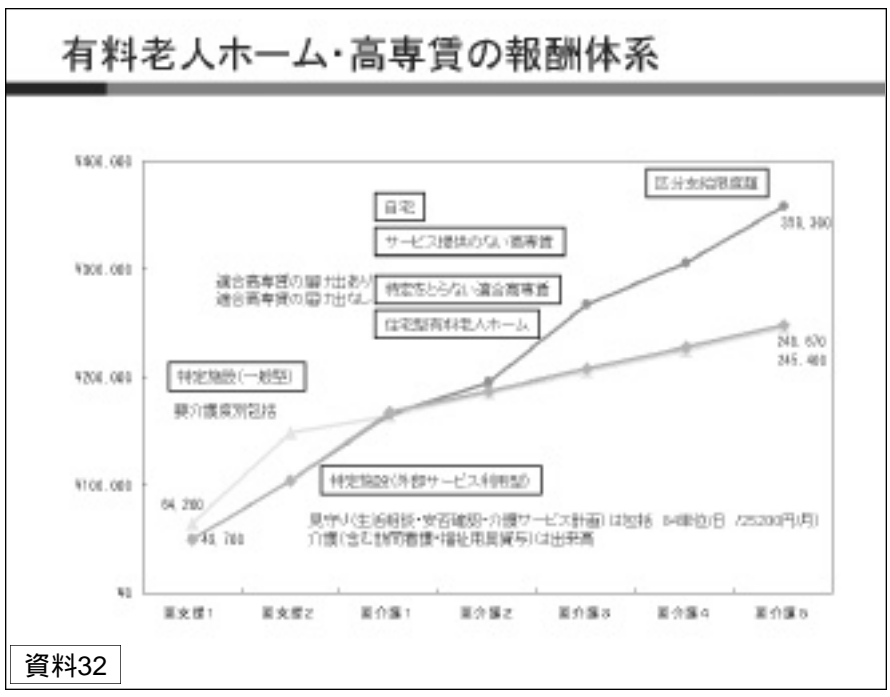
資料30

いと考えていますから。関心を持って頂けたらな
と思います。(資料 31)

有料老人ホーム・高専賃の報酬体系

いままでのことを介護報酬の観点から確認して
みましょう。資料31は有料老人ホーム及び高専賃
の報酬体系を示しています。傾きが緩やかな折れ
線グラフが特定施設で、傾きが急な折れ線グラフ
が在宅の仕組みを使った場合になります。在宅で
支給限度額まで使うというケ
ースはさほど多くありません
で、平均的には支給限度額の
6～7掛けとなっています。
もちろん、こういった高齢者
住宅を運営する事業者側は、
意図的にやろうと思えば支給
限度額まで使えます。しかし、
その場合、きちんとケアプラン
が組んでいるか、実質的に
なかにスタッフを配置してい

るのと同じことにならないかという問題がありま
す。そもそも介護保険の財政として、この仕組み
を施設的なもので使うのはどうなのかという懸念
もあります。今は、特定施設となることを自治体
が拒否している傾向にありますので、事業者は在
宅の扱いの高齢者住宅として運営しているわけ
ですが、少し考えたほうがよいかもしれません。
(資料 32)



事業の基本的な仕組み

高齢者住宅と施設の一歩の違いは、施設は包括サービスとして経営が成立すればいいとの考え方で運営されているのに対し、高齢者住宅は住宅事業・保険外事業・保険事業のそれぞれが事業として成立しなければならないという主旨で運営がなされている点にあるようです。そのようには考えない社会福祉法人などもあるようですが、基本はそれぞれが事業として成立することだと私も思います。

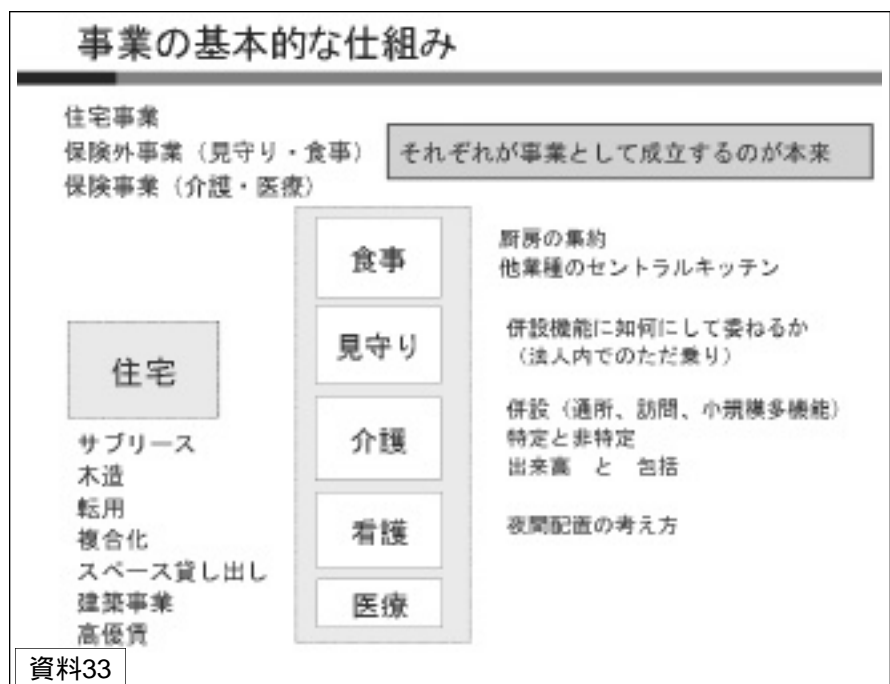
それぞれの事業においてどうやって費用を抑えるかが課題となります。ですから、住宅の質を保ちつつ安く建てることに関心が寄せられています。土地と建物のサブリース、木造、既存建物転用、複合化、在宅系にスペースを貸し出しして賃借料を得る、など住宅の費用を安くする手法が普及しつつあります。

各種サービスについても費用を抑える方法が模索されています。食事、見守り、介護、看護、医療とありますが、このうち、事業者にとって一番悩ましいのは、介護と見守りなのです。介護については、どういうサービスを組み合わせるかに尽きます。通所、訪問、小規模多機能をどう組み合わせるかで頭を悩ませています。また、見守りは何かあった時に不安、あるいは健康相談にのってほしいというニーズに対するサービスですが、そ

のために単独に人を配置すると、非常にコストがかかります。でも、建物内に24時間対応の訪問看護ステーションを設置すれば、いつも人がいますので何かあれば来てもらうことができます。介護も同じで、たとえば下に特養があれば、24時間介護スタッフが詰めているので、何かあった時に駆けつけてもらえます。職員配置の法令遵守をおこなったうえで、いかにその建物の中で他の既存のサービスにタダ乗りしていくかということが、事業として重要と思われれます。(資料33)

介護保険事業等に関する行政評価・監視

平成20年9月5日、総務省は厚労省と国土交通省に対して高専質に関する勧告を出しました。ひとつは、有料老人ホームと同種のサービスを提供するような高専質に対して、行政の指導監督権限を強化させるとともに、前払い家賃以外の前払い金の保全措置を義務づけるように検討しなさいということです。もうひとつは、こういったサービスを附帯させている旨を登録しているにも関わらず、運営実態が登録内容と異なる高専質があるので、そのような事業者には登録内容を変更させるなどの指導を行いなさいという要請です。



前払金の保全措置

先ほどの前払金の保全措置について少し考えてみましょう。有料老人ホームは入居一時金を取りますね。これに対し、高齢者住宅は賃貸住宅業の常識から照らし合わせてみれば、高額な一時金をとるのはおかしいという感覚になります。しかしながら、100万円を超える一時金をとっている高齢者住宅が56件、全体の8.6%もあるのです。最高で3186万円です。先ほどの勧告、高齢者住宅にも有料老人ホームの一時金の考え方を適応しているのですが、このように考えてくると、そもそも住宅にかかわる費用はどうあるべきかについて議論が必要ということになります。

サービス付帯のパターン

サービス付帯における契約のあり方についても課題があると認識する自治体が出始めています。特定施設の場合、住宅事業者とサービス事業者が同一で、賃貸人と入居希望者との間で、賃貸借契約と特定施設入居者生活介護の契約をそれぞれ別々に結びます。運営事業者がはっきりしているので責任の所在は明確です。

しかしながら、高齢者住宅のなかには、「食事」「緊急時対応」「安否確認」「生活支援」「健康管理」などを担うサービス事業者が複数あるとか、委託ではなくて提携で行われているようなケースもあります。居住者が弱い立場に

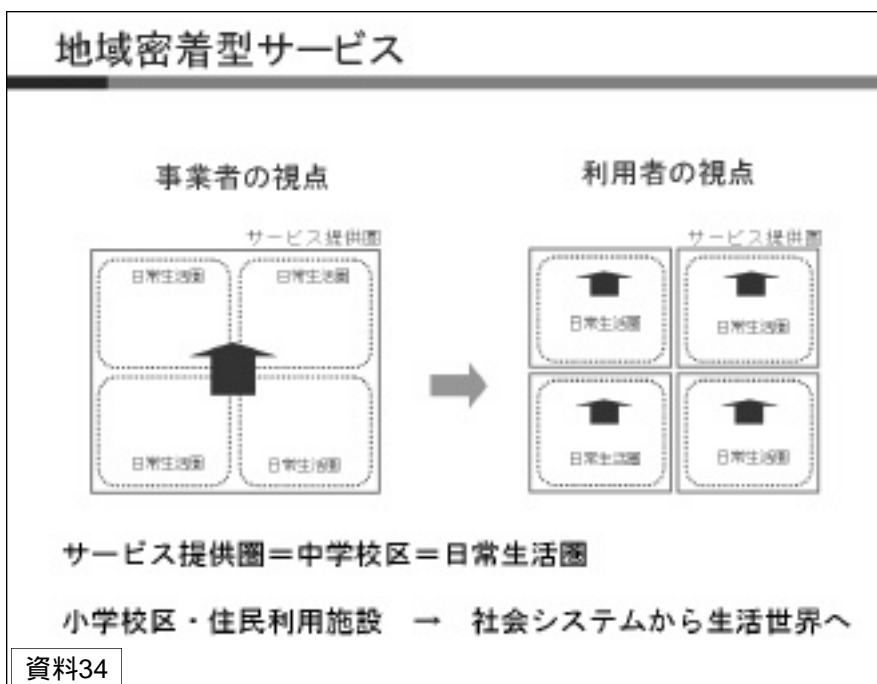
あるなかで、どのようなサービス契約とするのかは大変に重要な課題です。

例えば、東京都では、東京における高齢者の住まい方検討委員会を実施しているところで、「高齢者向け住宅におけるサービス提供等のあり方指針(仮称)」に基づき、住宅提供者と生活サポート事業者それぞれの役割と責任の所在を明確にしようとしています。高専賃の中でサービス付帯のないものは今まで通りやって頂いてよいわけですが、サービス付帯のあるものは東京都としてあり方を示しますということです。

5. 地域ケア

地域密着型サービス

最後に地域ケアについてです。施設系サービス・住宅系サービス・自宅が地域ケアとして統合されてゆくという話です。資料34をご覧ください。今までは、大きなサービス提供圏域があって、その中に核となる大規模施設があり、小学校区が5つも6つもあるかたちでした。デイサービスの車に1時間かけて送られてくるという感じだったのです。利用者からみれば、自分の住んでいる小学校区の中で生活ができた方がいいわけで、今はサービス提供圏域を小さくする方向になっています。北欧がその典型ですね。(資料34)



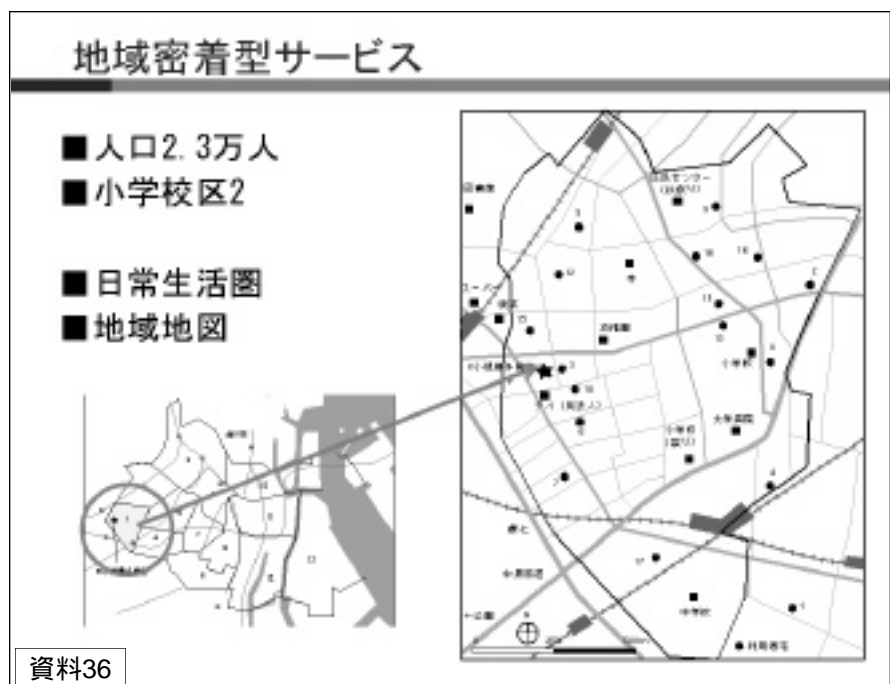
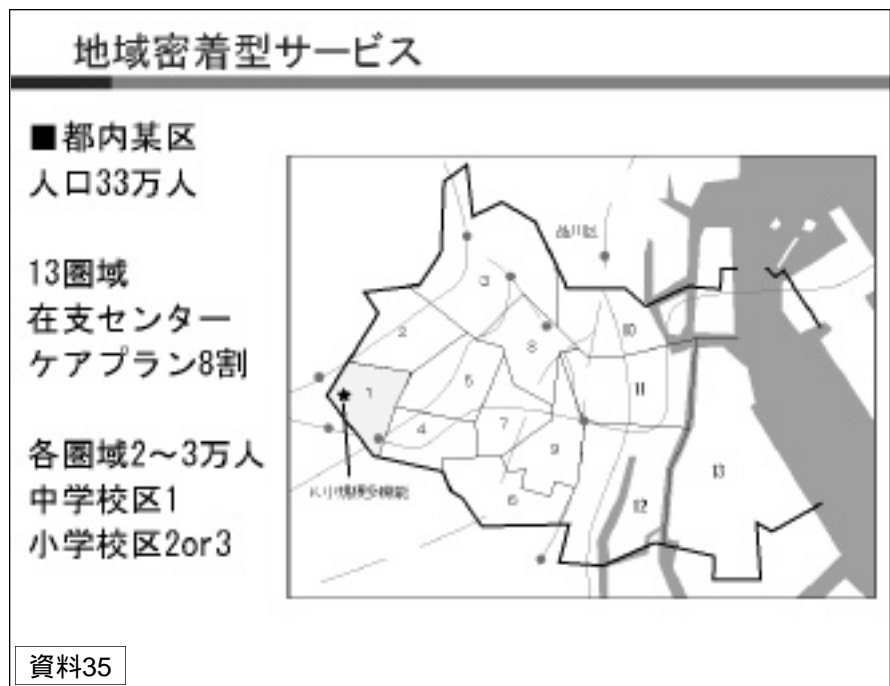
資料34

具体的に言いますと、人口33万人の品川区は13の圏域に分かれています。1つの圏域が2~3万人で、区は圏域毎に小規模多機能をつくろうと考えています。現在はある一つの圏域で小規模多機能が整備されているにすぎないのですが、その圏域の広さは小学校区2~3つ、中学校区1つ分です。半径1.5~2キロくらいと考えてください。資料35の番号は、この小規模多機能の利用者を示しています。圏域の中に小学校が2つ、駅が2つあり、自分が歩いていける範囲で暮らしているイメージです。「あそこの大学病院はね」みたいな会話が成立する範囲ということです。「それが当たり前じゃないか？」と思われるかもしれませんが、そうではないのです。この圏域には、たまたま小規模多機能が整備されていますが、施設が1か所、高齢者住宅が1か所というふうに整備されていけば、日常生活圏のなかでで引越しを完結することが可能になります。自宅で暮らしたいのは皆同じですが、自宅で暮らせなくなった時に、この生活圏域内で移り住んで最期を迎えられるというのが、地域ケアが目指す一つの目標像だろうと思います。

(資料 35,36)

サテライト+サービス拠点

日常生活圏の中でサービスを完結しようと思ったら、圏域のなかに施設が1か所ボンとあるのではなく、施設系サービスと住宅系サービスと在宅サービス、いろいろなサービスを複合化されているほうがよく、現実にそういうものが出始めています。資料37の事例は、特養とグループホームといった施設系サービスのほかに、デイや訪問看護もありますし、厨房は建物内だけでなく地域にも

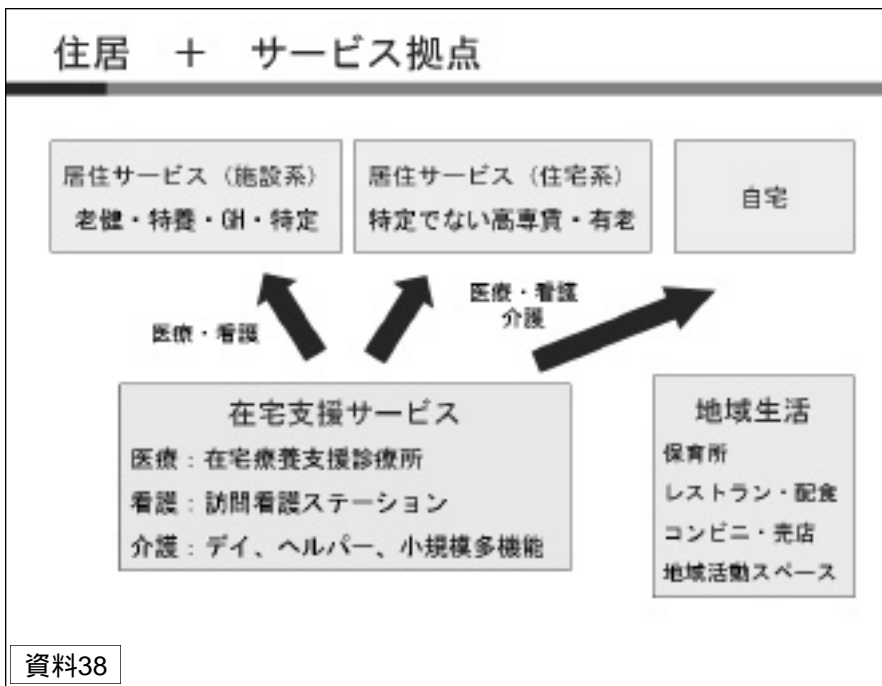
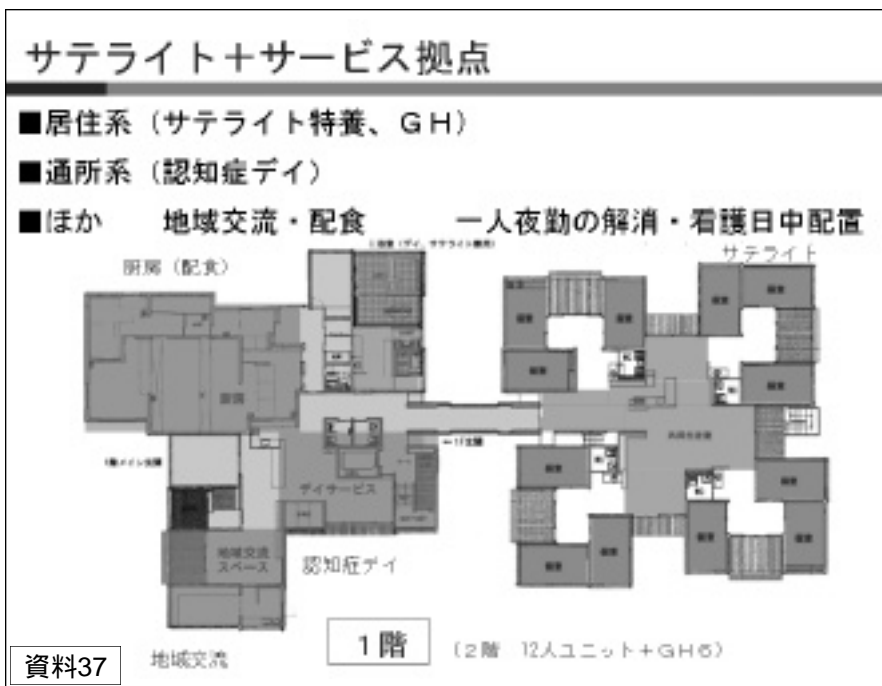


配食する拠点となっています。サービスの拠点として整備され、建物内に住む人々にも地域の在宅に住む人々、双方にサービスを届ける拠点になっているという考え方です。事業を行ううえでも複合化によるメリットがあります。(資料37)

住居 + サービス拠点

いま述べたことを整理してみましょう。資料38をご覧ください。在宅サービスの拠点から、施設系に対しては医療と看護を届け、施設系や自宅に対しては医療と看護と介護を届けるということになります。もちろん、医療や福祉だけで生活が成立するわけではありません。まちにあるレストランやコンビニ、地域活動スペースみたいなものが建物内にあるといいですね。施設の中に住んでいる人は、なかなか外出できませんから。福祉と無縁の人にも来てもらわないとまちらしくなりませんから、

建物内で地産野菜を売るなどの試みが始まっています。学童や魅力ある中庭、おいしい喫茶などもよく目にします。高齢者が住んでいるから会いに行きましょうという発想はとても綺麗ですが、現実には、その人自身がそこに赴きたい理由をつくらないとダメなのです。そうしないと、さまざまな人が訪れるようにはならないということです。(資料38)



「地域」のデザイン

今日は医療福祉事業者の方は少ないようですが、その方たちにぜひ聞いていただきたいことがあります。資料39にお示ししましたとおり、住まいとして高齢者住宅や施設や自宅があり、一方で下側には医療や福祉があります。元気な人たちは商店街で買い物をしたり、まちのレストランで食事をしたり、さまざまな活動の場を持っています。ですから、本来は医療福祉事業者側がまちへ出向いて出店するという視点も必要なのです。建物内にまちを取り込むことももちろん必要ですが、双方をしないと、本当の意味でまちに溶け込んだことにならないと考えます。(資料 39)

まちには様々な住居があります。高齢者施設、元気な人たちが暮らす一般住宅、戸建て住宅、高齢者住宅などです。高齢者住宅や施設には介護・医療・看護を届けることが必要なことは論を待ちませんが、これに加えてレストラン・学童・各種教室などがあれば、医療や福祉といったサービス拠点であると同時に、まちに暮らすあらゆる人々にとっての活動拠点になり得るわけです。少々理想的すぎる話ではありますが、目指すべき最終的な方向性はそのに向かってほしいと思っています。(資料 40)

