

## 我が国の高齢者住宅とケア政策

川越 雅弘・三浦 研

### ■ 要約

今後20年間の後期高齢者の急増(特に都市部)、認知症高齢者や高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加、生産年齢人口の減少が見込まれるなか、「住み慣れた地域で高齢者の生活を支える」ことを重視する様々な政策が、医療・介護・住宅の分野で現在展開されている。

特に、医療・介護施設の建設が困難な都市部においては、高齢者の多様な住まいの量的整備が緊迫の課題となっているが、これら高齢者の生活の継続性を確保するためには、各種サービス(医療・介護・生活支援)が、必要に応じ柔軟かつ適切に提供される仕組み作りが求められる。

これら地域包括ケア提供体制を構築するためには、医療・介護サービス提供側の意識改革とともに、インフォーマルサービス提供者との連携強化、制度設計を担当する省庁および部局間の目標共有と連携強化が強く求められる。

### ■ キーワード

地域包括ケア、ケア政策、多様な住まい、認知症高齢者、ケアマネジメント

### I はじめに

2025年にはベビーブーム世代が後期高齢期に達し、我が国の高齢化はピークを迎える。特に、都市部における後期高齢者の急増が顕著となることから、都市部高齢者の処遇のあり方が、今後のケア政策上の重要課題となっている。

また、認知症高齢者や高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加(家族介護力の減少)、年間死亡者数の増加、生産年齢人口の減少なども見込まれており、これら新たな課題への対応も必要となっている。

こうした中、2006年4月に改正された介護保険制度では、予防重視型システムへの転換と合わせて、新たなサービス体系の確立(地域密着型サービス<sup>1)</sup>の創設、居住系サービスの拡充、地域包括ケア体制<sup>2)</sup>の整備など)が推進された。これらが目指

すものは、地域包括ケアシステムの構築を通じて、高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続できるように支援することにある。他方、医療制度改革においては、療養病床の再編成<sup>3)</sup>や在宅医療の推進が展開されており、「地域」という枠組みの中で、高齢者の医療・介護・生活支援ニーズに適切に対応するためのサービス提供体制のあり方の再検討が現在求められている。

ただし、急増が予想される、様々なニーズを抱える後期高齢者の地域生活の継続性を確保するためには、医療・介護政策だけでは対応できず、住宅政策との連携は必須となる。これに関連して、国土交通省は、2006年9月に閣議決定された「住生活基本計画(全国計画)」が掲げた「住宅の確保に特に配慮を要する者(高齢者等)の居住の安定の確保」という目標達成に向け、①住宅のバリアフリー化や見守り支援等のハード・ソフト両面の取り組み

の推進 ②高齢者向け賃貸住宅の供給推進 ③公的賃貸住宅等と福祉施設の一体的整備の推進 ④民間賃貸住宅に関する情報の提供などを展開している。

以上のように、今後の社会構造や人口構造の変化、高齢者像やニーズの変化などを鑑みながら、「住み慣れた地域で高齢者の生活を支える」ことを重視する政策が、医療・介護・住宅の分野で展開されているが、管轄する省(厚生労働省と国土交通省)や部局が異なるため、これら施策の展開を包括的に捉えた論文は少ない。

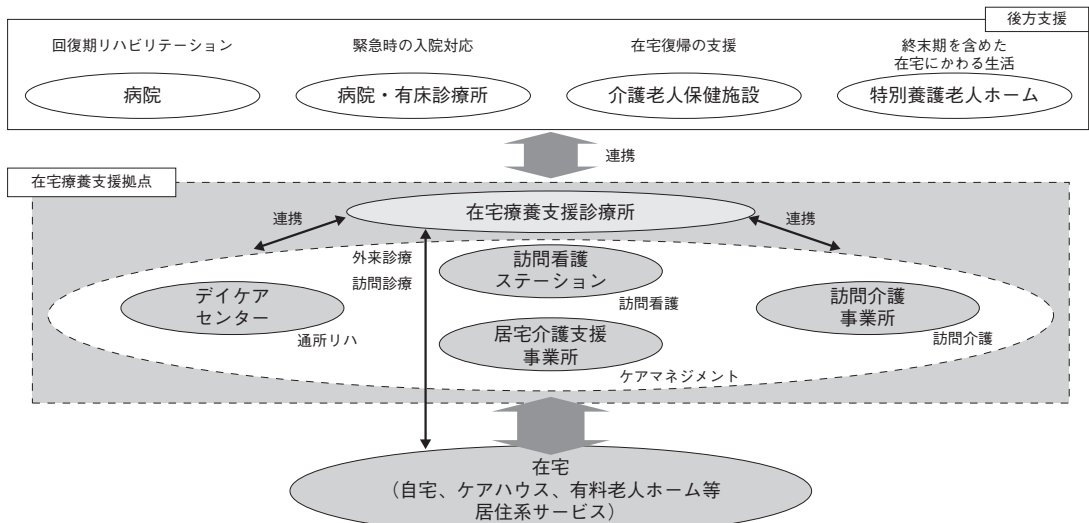
そこで、本稿では、まず、高齢者の地域生活を支えるための医療・介護・住宅政策の概要について解説する。次に、これら施策により整備されてきた高齢者の多様な住まいの概要と整備量、および入所者特性について解説する。次に、認定者の半数以上を占める認知症高齢者に対するサービスの現状と課題について言及する。最後に、ケア提供体制確保に向けた今後の課題について私見を述べる<sup>4)</sup>。

## II 地域包括ケア構築に向けた医療・介護制度改革および住宅施策の概要

### 1. 医療制度改革および2008年診療報酬改定のポイント～在宅医療を中心に～

#### (1) 在宅療養支援拠点の整備

医療を含めた様々なニーズを抱える高齢者が、住み慣れた地域で療養を継続するためには、必要に応じて関係多職種と連携を図る「在宅主治医」の存在が非常に重要となる。そこで、2006年の制度改革で、患者の在宅療養に対する主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、訪問看護ステーション、薬局等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所として、在宅療養支援診療所が新設され、2007年7月1日現在、10,477施設が届出を行っている<sup>5)</sup>。下図に、在宅療養支援診療所を中心とした在宅療養支援拠点のイメージを示す。なお、ここでの在宅の範囲は、自宅(狭義の在宅)だけでなく、居住系施設(ケアハウス、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅(以下、高専賃と略))等も含めた多様な住



出所：平成19年版厚生労働白書、p.121を一部改変。

図 在宅療養支援拠点イメージ

表1 居住系施設入居者等の対象となる施設・事業所の範囲

①養護老人ホーム（特定施設以外）
②軽費老人ホーム（特定施設以外）
③有料老人ホーム（特定施設以外）
④高専賃（特定施設以外）
⑤特定施設（介護保険の指定を受けた高専賃、養護・軽費・有料老人ホーム）
⑥グループホーム（以下、GHと略）
⑦小規模多機能型居宅介護
⑧短期入所生活介護
⑨介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

まい(広義の在宅)が想定されている。

(2)多様な住まいの高齢者に対する外付け医療の  
拡充

療養病床再編の流れの中、医療ニーズを伴う多様な住まいの高齢者に対し、必要な医療を適切に確保する必要性が生じてきた。そこで、2008年診療報酬改定において、これら居住系施設入居者等に対する訪問診療料<sup>6)</sup>や訪問看護・指導料(医療機関)、訪問看護基本療養費(Ⅲ)(訪問看護ステーション)、訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料などが新設された。表1に、居住系施設入居者等の対象となる施設・事業所の範囲を示す。

また、ターミナルケアの推進の観点から、死亡した居住系施設入居者等に対し、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者および家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合には、居住系施設入居者等訪問看護・指導料に2,000点が加算可能となった。

2. 介護制度改革のポイント

～地域包括ケアを中心に～

(1)地域包括支援センターの創設

住み慣れた地域で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況

やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み、すなわち地域包括ケアシステムの構築が必要となる。

2006年の介護制度改革では、これら概念の明確化を図るとともに、地域包括ケアを支える中核機関として、①総合相談・支援 ②虐待防止・早期発見および権利擁護 ③包括的・継続的ケアマネジメント支援 ④介護予防ケアマネジメントなどの機能を担う地域包括支援センターが創設された。

ところで、高齢者の生活を包括的・継続的に支えるためには、医療・介護サービス提供者だけでなく、地域住民や民生委員、インフォーマルサービス提供者、権利擁護・相談関係者などの人的ネットワークの構築と状況に応じた適切な役割分担と活用が必要となるが、これらネットワーク構築も同センターの重要な役割である。このように多くの役割を期待されたセンターではあるが、現時点で十分機能しているとは言えないとの指摘もある。

(2)小規模多機能型サービス拠点の創設

～サービスの総合化～

高齢者、特に認知症高齢者が、住み慣れた地域での生活を継続するためには、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、心身の状況とその変化、利用者および家族の希望に応じて、「通い」「訪問」「泊まり」サービスを柔軟に提供する体制が求められる。そこで、登録された利用者(定員25

人以下)を対象に、通いを中心として、必要に応じて随時訪問や宿泊サービスを提供する「小規模多機能型居宅介護(以下、小規模多機能と略)」が2006年改革で新設された。

### (3) 居住系サービスの拡充と多様化

療養病床の再編成、一人暮らし高齢者の増加などを考慮した場合、自宅以外の多様な住まいの場を確保しておく必要がある。

そこで、2006年介護制度改革において、居住系サービスである特定施設の対象(従来：有料老人ホームとケアハウス)を、一定の居住水準等を満たす高専賃(適合高専賃<sup>7)</sup>)や養護老人ホームにも拡大するとともに、サービス提供体制の多様化を図る観点から、外部サービス利用型の特定施設が創設された。

### (4) 介護保険施設等における医療との連携強化

2006年の介護報酬改定では、GH入居者の健康管理や医療連携体制の強化を図るための、看護師の確保(訪問看護ステーションとの契約でも可)や看護師による24時間連絡体制の確保が、また、特別養護老人ホーム入所者の重度化に対応した、看護体制や夜間の24時間連絡体制の確保、ターミナルケアの実施が評価された。

## 3. 高齢者住宅施策の展開

前述したように、国土交通省は、2006年9月に閣議決定された「住生活基本計画(全国計画)」が掲げた「住宅の確保に特に配慮を要する者(高齢者等)の居住の安定の確保」という目標達成に向け、様々な取り組みを行っている。以下、主なものを解説する。

### (1) 住宅のバリアフリー化の推進

家庭における不慮の事故が原因で死亡した高齢者は9,421人(2006年度)であるが、そのうち“スリップ、つまずき等による同一平面上での転倒”が約1割(890人)を占めている<sup>8)</sup>。これらを防ぐためには、住宅のバリアフリー化が重要となる。

そこで、住生活基本計画(全国計画)では、高齢者の居住する住宅について、一定のバリアフリー化が行われた住宅(2カ所以上の手すり設置、屋内の段差解消のいずれかを満たした住宅)の比率を2003年の29%から2015年に75%へ、また、高度のバリアフリー化が行われた住宅(2カ所以上の手すり設置、屋内の段差解消、車いすが通行可能な廊下幅の3条件を満たした住宅)の比率を2003年の6.7%から2015年に25%へ引き上げることを目標として掲げ、現在整備を進めている。

### (2) 公的賃貸住宅と福祉施設の一体的整備の推進

バリアフリー化に加え、ライフサポートアドバイザー(以下、LSAと略)の常駐等による生活指導、安否確認、一時的な家事援助、緊急時における連絡等のサービス提供を併せて行う公的賃貸住宅の整備(シルバーハウジング・プロジェクト)が推進されており、2007年3月末現在、821団地、21,994戸が整備されている。

### (3) 高齢者向け民間賃貸住宅の供給推進

2001年に制定された「高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者居住安定法)」に基づき、①高齢者円滑入居賃貸住宅(以下、高円賃と略) ②高専賃 ③高齢者向け優良賃貸住宅(以下、高優賃と略)などの高齢者向け民間賃貸住宅の確保を進めている(各住宅の概要および整備量については後述)。

## Ⅲ 高齢者の多様な住まいの現状

高齢者の住まいは、国土交通省管轄の公的・民間賃貸住宅から、厚生労働省管轄の老人ホーム(軽費・有料・養護老人ホーム)、GH、介護保険3施設など多岐にわたる。

本章では、これら多様な住まいの概要と整備量(主なもの)、および入所者特性(対象：介護保険施設)について解説する。

1. 民間賃貸住宅<sup>9)</sup>

(1)高円賃

高齢者が賃貸住宅への入居を希望しても、様々な理由(虚弱になった場合の対応困難、失火等の安全性の問題、保証人の不在、家賃滞納の心配、高齢者向けの構造や設備が不十分など)によって、入居が敬遠される傾向にある。そこで、高齢者の入居を拒否しない賃貸住宅を賃貸人が都道府県知事に登録し、その情報を広く高齢者に提供することにより、高齢者の民間賃貸住宅への入居の円滑化を図っている。このような登録賃貸住宅のことを高円賃という。2008年3月末現在、8,938棟、125,592戸が登録されている。

(2)高専賃

高円賃のうち、高齢者単身・夫婦世帯など専ら高齢者を主たる賃借人とする賃貸住宅のこと。事業者が都道府県知事に対して登録を行い、高円賃よりも詳細な情報を高齢者に提供できるようにしたもの。一定の要件を満たした高専賃(適合高専賃、注7参照)は、介護保険の特定施設入居者生活介護事業所の指定対象となり得る。2005年12月から登録が開始され、2008年3月末現在、783棟、18,794戸が登録されている。全戸数のうち、30.3%は関東整備局、16.9%は近畿整備局管内と、大都市において登録が多くなっている。登録事業者の組織形態は、株式会社54.8%、有限会社

17.3%と、民間企業が約7割を占めている(戸数ベース)。

(3)高優賃

60歳以上の単身・夫婦世帯等が安全に安心して居住できるよう、バリアフリー化され、かつ緊急時対応サービスの利用が可能な賃貸住宅のこと。事業主体になるためには、まず供給計画を作成し、都道府県知事の認定を受ける必要がある。設備に関する主な認定基準としては、①戸数が5戸以上 ②1戸当たり床面積は25m<sup>2</sup>以上(居間、食堂、台所、浴室等を共同利用する場合は18m<sup>2</sup>以上) ③原則として耐火構造または準耐火構造 ④高齢者の身体機能の低下に対応した構造および設備であることなどである。認定を受けた事業者に対しては、建設等に要する費用、ならびに低所得世帯への家賃減額に要する費用について助成が行われる。2008年3月末現在、633団地、30,159戸が登録されている。

表2に、上記民間賃貸住宅の登録数の年次推移および累計を示す。

2. 軽費・有料・養護老人ホーム<sup>10)</sup>

(1)軽費老人ホーム

60歳以上(夫婦入所の場合はいずれかが60歳以上)であって、家庭環境や住宅事情などの理由で居宅生活が困難な者を低額料金で利用させる施設

表2 高齢者向け民間賃貸住宅の登録状況

	2001.3	2002.3	2003.3	2004.3	2005.3	2006.3	2007.3	2008.3	合計
高齢者円滑入居賃貸住宅									
登録棟数	-	2,150	1,858	1,224	606	766	1,049	1,285	8,938
登録戸数	-	24,961	21,817	13,806	9,247	11,240	20,655	23,866	125,592
高齢者専用賃貸住宅									
登録棟数	-	-	-	-	-	98	308	377	783
登録戸数	-	-	-	-	-	2,331	7,655	8,808	18,794
高齢者向け優良賃貸住宅									
登録団地数	3	234	51	51	77	87	72	58	633
登録戸数	65	5,392	4,751	4,204	4,380	4,364	3,310	3,693	30,159

注：各年度の数値は、新規登録された棟数、戸数、団地数を、また、合計は2008年3月末までの登録数の累計を表している。

出所：国土交通省住宅局調べ。

のこと。入所者特性などに応じ、A型、B型、ケアハウスの3種類がある<sup>11)</sup>。2006年10月1日現在の施設数および定員数は、A型234施設(定員13,698人)、B型32施設(定員1,467人)、ケアハウス1,750施設(定員69,160人)である。同ホームは、指定基準を満たすことで、介護保険の特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けることができる。

#### (2)有料老人ホーム

入居高齢者に対し、①食事の提供 ②入浴、排せつまたは食事の介護 ③洗濯、掃除等の家事 ④健康管理 のいずれかを提供している施設のこと。入居対象者、サービス提供形態に応じて、健康型、住宅型、介護付きの3類型がある。従来の常時10人以上という人数要件が廃止され、上記①～④のいずれかを行う施設はすべて、都道府県知事への届出が必要となっている。2006年10月1日現在、施設数1,968施設、定員数123,155人となっている。

#### (3)養護老人ホーム

65歳以上で環境上の理由および経済的理由により居宅での生活が困難な者を入所させる施設のこと。2006年10月1日現在、施設数962施設、定員数66,667人となっている。同ホームは、指定基準を満たすことで、介護保険の特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型)の指定を受けることができる。

### 3. GH(グループホーム)

認知症の高齢者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにした共同生活住居のこと。入居定員は1ユニット当たり5～9人で、2007年10月1日現在、施設数9,026施設、定員数132,817人<sup>12)</sup>となっている。

### 4. 介護保険施設<sup>13)</sup>

#### (1)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

老人福祉法による特別養護老人ホームで、かつ、介護保険法の指定を受けた施設のこと。要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う施設。2006年制度改正で、定員が29人以下の地域密着型施設も新設された。2006年10月1日現在、施設数5,716施設、定員数399,352人、ベッド利用率98.3%、平均要介護度3.75となっている(地域密着型除く)。入所者の64%が要介護4以上、69%が認知症高齢者の日常生活自立度<sup>14)</sup>(以下、認知症自立度と略)ランクⅢ以上である。

#### (2)介護老人保健施設

介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設のこと。要介護者に対し、看護、医学的管理下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行う施設。2006年10月1日現在、施設数3,391施設、定員数309,346人、ベッド利用率90.7%、平均要介護度3.18となっている。要介護4以上の割合は43%、認知症自立度ランクⅢ以上の割合は51%と、特別養護老人ホームに比べ、軽度者が多い。

#### (3)介護療養型医療施設

医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設のこと。要介護者に対し、療養上の世話、看護、医学的管理下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行う施設。2006年10月1日現在、施設数2,929施設、病床数119,825人分、ベッド利用率92.7%、平均要介護度4.25となっている。要介護4以上の割合は81%、認知症自立度ランクⅢ以上の割合は77%と、介護保険施設の中で最も重度者が多い。

本章で解説した多様な住まいの概要、入居・入所対象者、整備数を表3にまとめる。

表3 高齢者向けの「多様な住まい」の概要（主なもの）

名称	概要	入居・入所対象者	整備数 <sup>1)</sup>
<b>①民間賃貸住宅<sup>2)</sup></b>			
高円賃	賃借人が高齢者であることを理由に入居を拒まない住宅として登録された賃貸住宅。	特になし	8,938 棟 125,592 戸
高専賃	高円賃のうち、高齢者（同居の配偶者含む）を主たる賃借人とする賃貸住宅（登録制）。	60 歳以上の 単身・夫婦世帯	783 棟 18,794 戸
高優賃	バリアフリーや戸数・面積・構造・設備などの一定の要件を満たし、都道府県知事の認定を受けた賃貸住宅。募集は公募制。所得に応じた家賃補助あり。		633 団地 30,159 戸
<b>②公的賃貸住宅</b>			
シルバーハウジング	公営住宅等の入居高齢者に対し、生活指導・相談、安否の確認、一時的な生活援助、緊急時対応等のサービスを行う LSA を配置した公的賃貸住宅。	同上	821 団地 21,994 戸
<b>③軽費老人ホーム</b>			
A 型	所定の所得水準以下のもので身寄りがなく、または家庭の事情等により家族との同居が困難な高齢者を入所させる施設。	60 歳以上の 単身・夫婦世帯で左記の条件に該当する者	234 施設 定員 13,698 人 在所 12,827 人
B 型	家庭環境、住宅事情等の理由により居宅での生活が困難であり、かつ自炊できる程度の健康状態にある高齢者を入所させる施設。		32 施設 定員 1,467 人 在所 1,053 人
ケアハウス	自炊できない程度の身体機能の低下、または高齢等のため独立して生活するには不安が認められ、かつ、家族による援助を受けることが困難な高齢者を入所させる施設。		1,750 施設 定員 69,160 人 在所 65,715 人
<b>④有料老人ホーム</b>			
健康型	自立した高齢者に対し、食事等のサービスが付いた高齢者向け居住施設。介護が必要になった場合、契約を解除し退去しなければならない。	自立者	1,968 施設 定員 123,155 人 在所 91,524 人
住宅型	生活支援等のサービスが付いた高齢者向け居住施設。介護が必要になった場合、要介護認定を受けた上で、地域の外部サービス（訪問介護など）を利用しながらホーム内での生活を継続することが可能。	自立～ 要介護者	
介護付き	介護等のサービスが付いた高齢者向け居住施設。介護保険の特定施設入居者生活介護の指定を受けている。サービス提供は、ホーム内職員が提供する場合と、委託先の外部サービス事業所が提供する場合がある。		
<b>⑤養護老人ホーム</b>			
	65 歳以上で環境上の理由および経済的理由により居宅での生活が困難な者を入所させる施設。	自立～ 要介護者	962 施設 定員 66,667 人
<b>⑥グループホーム</b>			
	少人数の認知症高齢者のための共同生活住居。入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活の世話と機能訓練が提供される。	要支援 2 要介護者	9,026 施設 定員 132,817 人
<b>⑦介護保険施設</b>			
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） <sup>3)</sup>	要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う施設。	要介護者	5,716 施設 定員 399,352 人 在所 392,547 人
介護老人保健施設	要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行う施設。		3,391 施設 定員 309,346 人 在所 280,589 人
介護療養型医療施設	要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行う施設。		2,929 施設 定員 119,825 人 在所 111,099 人

注：1) 民間賃貸住宅は 2008 年 3 月末、公的賃貸住宅は 2007 年 3 月末、グループホームは 2007 年 10 月時点、これ以外は 2006 年 10 月時点のデータである。

2) 民間賃貸住宅は複数の登録（例：高円賃と高専賃）があり得るため、整備数には重複を含んでいる。

3) 特別養護老人ホームの整備数には地域密着型（43 施設、入所者 878 人）は含んでいない。

出所：国土交通省資料、厚生労働省資料等をもとに筆者作成。

## IV 認知症高齢者向けサービスの現状と課題

### 1. 我が国における認知症ケアと施設整備

我が国における認知症ケアは、1970年代まで、特別養護老人ホーム、精神病院など大規模施設への受け入れが主であったが、寝たきり高齢者向けに計画されたこうした施設は、適切な受け入れ環境とはいえず、認知症高齢者に“徘徊”などの混乱をもたらした。80年代以降、1987年の特別養護老人ホームにおける痴呆性老人介護加算の創設、1988年老人性痴呆疾患治療病棟および老人性痴呆疾患デイケア施設が創設されるなど専門的なケアが模索された。なかでも、1992年創設の痴呆性老人毎日通所型デイサービス(E型)は、小規模な人数設定がなされ、在宅介護の大きな支えとなった<sup>15)</sup>。しかし、通所のみで在宅を支える限界から、90年代半ばからGHについて調査研究が着手され、2000年に制度化された。また、在宅の認知症高齢者を支えるため、入居(GH)と通所(デイサービス)の間を埋める施策として、宅老所の実践をモデルとして2006年小規模多機能が制度化された。今後の認知症ケア対策の動向は、GHから多様な住まいを含む在宅ケアに拡大しつつある。

こうした経緯を踏まえ、今後の認知症高齢者のケアを支える柱となるGHならびに小規模多機能について、その現状と課題について概観したい。

### 2. GHの現状と課題

1999年末に全国で103施設(87市町村)であったGHは、2008年までに9,300カ所を超えた。2007年の厚生労働省の調査<sup>12)</sup>をみると、9,026事業所、総ユニット数14,984、総定員13万2,817人(2007年10月1日現在)であり、1ユニットの平均定員は8.86人となった。1事業所当たりのユニット数は1.66であり、夜間の職員配置が効率的な2ユニットのGHが多い。また、2,505事業所でGH以外の施設種別を併設していることから、GHの複

合化が進む実態が確認できる。

加えて、事業所別の運営主体をみると、有限会社2,637、株式会社2,130、次いで社会福祉法人1,990、医療法人1,644、NPO法人482となっており、有限会社・株式会社からの参入が52.8%を占める。介護保険の制度化以降、GHは、NPOや株式会社も設置可能となったが、市町村に事業者を選定する権限がないため、明らかに営利目的で参入する業者を、市町村が指導・拒否できない事態が生じた。兵庫県宝塚市のように、法的根拠はないものの、整備法人を公募し、外部委員により事業者の理念・ハードを審査・選定する事例はまれである。

このように急速に数が増加した結果、いくつかの課題が生じた。制度化され数年経過し、顕著になった利用者の重度化に対しては、2006年医療連

表4 グループホームの併設状況

施設種別	事業所数		
グループホーム (併設なし)	6,521		
グループホーム 併設あり	特養	272	2,505
	老健	189	
	医療	159	
	通所	910	
	認通	149	
	小規模	180	
	特養+老健	13	
	特養+通所	128	
	特養+通所+認通	30	
	特養+老健+通所	6	
	老健+通所	15	
	老健+医療	56	
	通所+医療	42	
	通所+認通	35	
通所+小規模	10		
その他	311		

注：「医療」は病院・診療所、「通所」は通所介護、「小規模」は小規模多機能型居宅介護、「認通」は認知症対応型通所介護を指す。

「その他」は、ケアハウス、有料老人ホーム、養護老人ホームなどのほか、上記表中以外の組み合わせである。

出所：厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室調べ(平成19年10月1日現在)より作成。



携加算が新設され、2008年の診療報酬の改定で、訪問リハビリテーション等も実施可能となった。ケアについては、建物内に生活が完結し、買い物や散歩など、屋外での活動がなされないなど、制度の主旨にそぐわない運営もみられる。

ハードについては、2007年長崎県大村市のGHにおける火災事故に伴い、宿直から夜勤への夜間の勤務体制の強化や、スプリンクラーの設置の義務化など対策が強化され、一部の消防による検査で、寝具やカーテンを防火加工とする指導や、火気を使用する調理の自粛要請など、安全面と家庭的生活の両立が課題である。また、2006年の「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（バリアフリー新法）」の施行に伴い、一部の都道府県条例において、GHや小規模多機能を対象に、住宅にふさわしくないスケールの階段、廊下寸法、エレベーターの設置を求められるなど、同法における小規模な認知症ケア施設の位置付けも課題である。

### 3. 小規模多機能の現状と課題

2006年4月から小規模多機能が制度化された。この制度は、宅老所を一つの原型とした我が国独自の新しい在宅サービスであり、高齢者施設施策における「施設から地域・住宅へ」というトレンドに対応する新しいサービスとして、各方面から大きな期待が寄せられているが、ケアおよびハードについての課題がある。

まず、第一点は、「通い」「泊まり」「訪問」を柔軟に提供するため、専属のケアマネジャーを必置とした点である。その結果、ケアマネジャーの変更が障害となり、小規模多機能を利用しないケースや、入院時から退院への連続的な移行などに課題を生じている。また、小規模多機能が利用者に十分に知られていないこと、要介護3以上の報酬単価が高く設定されたものの、現状の利用者はこれより軽度の要介護者が多いため、事業所の多くが赤字運

営となっていることも課題である。

第二は、空間形態・機能についての検証である。小規模多機能は制度化されたばかりのサービスであり、建築的な計画論が十分に確立していないため、事業者、設計者が限られた情報のなかで、試行錯誤しながら計画に取り組みざるを得ない状況にある。現状では、「囲い込み」を避けるため、居住機能については制度に含まれていないが、2007年の調査結果からは、併設機能を持たず、「単独」の設置が51.6%（246カ所）と半数以上を占める一方、「GH」併設が25.4%（121カ所：他機能との重複併設を含む）、「デイサービス（デイケア）」併設が19.9%（95カ所：他機能との重複併設を含む）、「有料老人ホーム」併設が2.9%（14カ所：他機能との重複併設を含む）であった。「GH」「有料老人ホーム」「高齢者賃貸住宅」など、住宅もしくは居住系施設の併設が31.7%（151カ所）を占め、併設居住機能の実態が把握された<sup>16)</sup>。

2000年に制度化されたGHと同様、小規模多機能においても、開設後数年を経て利用者の重度化が想定され、「居住」機能の確保が今後必要になると考えられる。囲い込みとならない「居住」機能の併設のあり方について、今後、指針等の検討が必要である。

なお、2007年の調査結果から、建物の種別をみると、「新築」が53.1%（259カ所）、「民家活用」が21.7%（106カ所）、「その他建物の活用」が25.2%（123カ所）と、新築以外が約半数を占める実態が把握されたが、既存民家を小規模多機能に転用する場合、建築基準法の用途変更の届出が必要になるが、法を厳格に適用すると既存民家の転用は極めて難しい。認知症のケアに民家の空間が効果を挙げている実態が広く認識されているなかで、安全性・耐震性の確保と建築基準法の柔軟な運用という点も課題といえる。

表5 小規模多機能の併設状況

併設機能の種類	施設数	割合
1. 併設機能なし	246	49.8%
2. グループホーム	83	16.8%
3. 地域密着型介護老人福祉施設	9	1.8%
4. 地域密着型特定施設	3	0.6%
5. 介護療養型医療施設	2	0.4%
6. デイサービス	53	10.7%
7. 有料老人ホーム	9	1.8%
8. その他	21	4.3%
9. 複合（以下内訳。記号は上記記号）	51	10.3%
2+4（GH + 特定）	2	/
2+6（GH + デイ）	24	
2+6+7（GH + デイ + 有料）	2	
2+6+8（GH + デイ + その他）	4	
2+8（GH + その他）	6	
3+6（地域特養 + デイ）	2	
3+8（地域特養 + その他）	1	
5+6（療養型 + デイ）	1	
6+7（デイ + 有料）	3	
6+8（デイ + その他）	6	
10. 不明/無回答	17	
総計	494	100.0%
（再掲）		
グループホームを併設するもの	121	24.5%
デイサービスを併設するもの	95	19.2%
有料老人ホームを併設するもの	14	2.8%
住宅・住宅系施設を併設するもの	151	30.6%

出所：三浦研・山口健太郎・石井敏：2006-07年度JiHa「小規模多機能施設の計画ガイドライン作成に関する調査研究事業」『医療福祉建築』160号, p.33, 2008.

## V 包括的なケア提供体制確保に向けた 今後の課題

本章では、地域において、高齢者が安心して生活を継続するのに必要な包括的ケア提供体制の構築上の課題について私見を述べる。

### 1. 環境整備の促進と医療・看護・介護との連携 強化～認知症ケアの観点から～

今後、団塊世代の高齢化に対応するには、住み慣れた地域との関係を断ち切らない地域密着型の施設整備や多様な住まいの整備が求められる。国は2001年高齢者の居住の安定確保に関する法律により、高齢者優良賃貸住宅制度を創設したが、自治体が家賃補助に伴う財政的負担の増大を嫌い、

整備が進まないことから、2005年新たに高専賃を創設し、なかでも一定の面積等の条件を満たした住宅を適合高専賃とした。

こうした高齢者住宅における認知症ケア提供上の課題としては、“適切な認知症ケアとは何か”を理解し、ハードとソフトをマッチングさせること、特に、LSA等の見守り要員の確保、見守り可能な住戸構造、小規模多機能、訪問看護、訪問診療等の外部サービスとの緊密な連携を確保することなどが挙げられる。

また、在宅で生活可能な時期を可能な限り長くするため、認知症に対応可能な地域づくりなどの環境整備が重要な検討テーマであり、ニュータウンなど高齢化の進行した地区では、国土交通省・厚生労働省による「安心住空間創出プロジェクト」

など、環境整備と医療、看護、介護の連携が求められる。

## 2. 地域包括ケアの推進強化～特に、マネジメントの視点から～

後期高齢者のニーズは、医療、介護、生活支援など多岐にわたる。また、状態変化も起こしやすい。したがって、ニーズや状態変化に応じた地域包括ケアをより推進する必要がある。ただし、医療と介護のマネジメントを、様々な職種からなる現在のケアマネジャーのみで担うには問題がある。主治医とケアマネジャーが協働する形にすべきであろう。また、ケアマネジメント担当者が、要介護者はケアマネジャー、地域支援事業対象者と要支援者は原則地域包括支援センター職員と分かれているが、地域包括支援センターは介護予防ケアプランに業務の多くを割かれ、本来期待された地域づくり、ネットワークづくりに十分注力できていない。また、両者の役割分担も不明確なままである。ケアマネジャーは個人を対象、地域包括支援センター職員は地域を対象としたマネジメント担当者と明確化し、個人を対象とする介護予防ケアプラン作成業務はケアマネジャーに戻すことも再考すべきである。

## 3. 後期高齢者の生活を支える多様なサービスの確保

高齢者の生活を支援するためには、多様な生活ニーズへの対応、状況に応じた柔軟なサービス提供が必要となるが、これは保険内サービス(医療、介護)だけでは対応できない。高齢者に対する生活支援ニーズの実態調査を行った上で、どの部分を保険で対応するのか、また、保険外サービスとの融合をいかに図るかが今後の課題である。その際、自助・互助・共助の守備範囲の再整理が必要となる。

## 4. 施設・居住系サービス整備に対する基本方針の明確化～療養の継続性～

これまで、介護保険施設、軽費老人ホームなどの整備を進める際、これら“箱物”の機能を決めた上で、その機能にあった特性の高齢者を入院・入所させるという発想からスタートしてきた。しかし、このような提供者側の論理に従えば、機能低下などにより高齢者の特性が変化した場合にはその施設を出ざるを得なくなる。これは、“高齢者の地域生活をできる限り支える”という、利用者主体の思想とは大きく異なるものである。

地域療養の継続性を、ケア提供体制の基本理念に据えるのであれば、入院・入所者の特性変化も包含できる形の制度設計に変更すべきである。

## 5. 多様な住まいに対する管理・監督の強化と報酬のあり方の再検討

国土交通省住宅局調査によると、2008年3月末時点の高専賃783棟のうち、最低居室面積が25㎡以上の棟数は379棟(48.4%)となっている。また、食事サービスは63.6%、緊急時安否確認は83.7%、洗濯・掃除は50.3%、健康管理は57.0%が実施している。したがって、適合高専賃に該当する高専賃はある程度存在すると推測されるが、実際に介護保険の特定施設の指定を受けて、介護保険請求している事業所はわずか13事業所に過ぎない(2008年2月サービス分)。

これは、①都道府県へ特定施設として届出を行うことで、管理・監督が強化される ②特定施設の場合、要介護度に応じた包括点数となっているが、届出を行わず、在宅扱いで介護保険サービスを利用する形態をとれば出来高で請求が可能となる などが影響している可能性が高い。

これら民間賃貸住宅の運営者と外部サービス提供主体が同一の場合、利用者の囲い込みや必要以上のサービス利用が生じる危険性がある。少なくとも、何らかの介護サービスを利用する高齢者を

入居させている賃貸住宅などは、特定施設の要件を緩和した上で届出を行わせ、介護サービス事業所としての情報開示や、外部監査が実施できる体制を確保する必要がある。

## VI おわりに

2005～2025年の20年間で、後期高齢者は1,164万人から2,167万人と、約1千万人増加する(年間平均50万人増)。特に、都市部の増加は顕著であり、これら対象者の地域での生活の継続性を確保するため、高齢者向け住宅の迅速な整備が現在求められている。ただし、後期高齢者の場合、医療・介護・生活支援に対するニーズが多様であることから、これら住宅量の確保や居住環境の整備に加え、高齢者の特性を踏まえたサービス提供体制の確保(サービス量の整備(保険内、保険外)、マネジメントの整備、関係者間の連携強化など)も必要となっている。

こうした中、現在、サービス提供者には、医療・介護制度改革を通じて、包括ケアの推進が求められているが、サービス提供者の意識改革や業務改善だけで対応できるものではなく、包括的な視点に基づく制度設計が必要となる。

今後の高齢者向けのサービス提供体制の制度設計においては、関係する各省庁および関係部局間の目標の共有化と連携強化が強く求められる。

### 注

- 1) 高齢者が中重度の要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、身近な市町村で提供するサービスのこと。現在、①小規模多機能型居宅介護 ②夜間対応型訪問介護 ③認知症対応型通所介護 ④GH ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑥地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 の6種類がある。
- 2) 個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療をはじめ様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みのこと。
- 3) 現在、医療保険適用と介護保険適用に二分されている療養病床については、医療ニーズの高い方を対象とした医療療養病床に一本化し、介護療養病床は2011年度末迄に廃止する(介護療養型老人保健施設やケアハウス、有料老人ホーム、在宅療養支援拠点などに転換する)というもの。
- 4) 認知症に関する第四章は三浦が、それ以外は川越が執筆を担当した。
- 5) 平成20年7月16日開催の第132回中央社会保険医療協議会総会資料(総-2)を参照。
- 6) 在宅患者訪問診療料の改正前の定義は、「居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なもの」とされており、以下の対象者、①自宅療養者 ②有料老人ホーム入居者(介護保険の特定施設入居者生活介護を受けていない者) ③GH入居者 ④特定施設入居者(末期の悪性腫瘍であり、かつ、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合のみ) ⑤特別養護老人ホーム(以下、特養と略)入所者(末期の悪性腫瘍であり、かつ、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合のみ) に対してのみ、1日につき830点が算定可能な仕組みであった。
- 7) 高専賃として登録されたもののうち、①住宅の面積が原則25m<sup>2</sup>以上(共同型の場合は18m<sup>2</sup>以上) ②原則、各戸に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備および浴室を備えていること ③前払いで家賃を徴収する場合には保全措置を講じていること ④入浴、排せつもしくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事又は健康管理をする事業を行う賃貸住宅であること の条件を満たすものとして都道府県知事に届けられているものこと。厚生省告示264号参照。
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年人口動態統計上巻」p.323参照。
- 9) 本節のデータはすべて国土交通省住宅局調べによる。
- 10) 本節のデータは厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年社会福祉施設等調査」による。
- 11) A型は低所得の身寄りのない人を、B型は家庭環境等により居宅生活が困難で、自炊できる程度の健康状態の人を、ケアハウスは高齢等のため独立して生活するには不安のある人を対象としている。
- 12) 厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室調べ(2007.10.1現在)による。
- 13) 本節のデータは厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年介護サービス施設・事業所調査」による。
- 14) ランクⅢとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とするレベルのこと。詳細は、認定審査員テキスト2006、pp.94-95参照。
- 15) 現在、「痴呆」の呼称は「認知症」となっているが、こ

では当時使用されていた名称をそのまま記載している。

- 16) 三浦研・山口健太郎・石井敏：2006-07年度JIHa「小規模多機能施設の計画ガイドライン作成に関する調査研究事業」『医療福祉建築』160号，(2008)p.33参照。

#### 参考文献

- 小野信夫(2007)：REPORTⅢ 高齢者専用賃貸住宅の現状と課題－首都圏の高専賃登録データから考える，ニッセイ基礎研 REPORT, pp.19-26.
- 川越雅弘(2008)：わが国における地域包括ケアの現状と課題，海外社会保障研究, 164, pp.4-16.
- 川越雅弘(2008)：利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題，季刊社会保障研究, 43(4), pp.316-326.
- 栗田圭一(2008)：総合病院型認知症疾患センターに求められる機能について，平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)『精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究』分担研究報告書, pp.135-156.
- 厚生労働省編(2007)：平成19年版厚生労働白書－医療構造改革の目指すもの一，ぎょうせい，東京。
- 国土交通省編(2008)：国土交通白書2008－平成19年度年次報告一，ぎょうせい，東京。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2007a)：日本の将来推計人口(平成18年12月推計)。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2007b)：日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2008)：日本の世帯数の将来推計(全国推計，平成20年3月推計)。
- 財団法人高齢者住宅財団(2007)：平成19年度版高齢者住宅担当者研修会テキスト, pp.1-55.
- 社団法人日本医療福祉建築協会(2008)：平成19年度老人保健事業推進費等国庫補助事業小規模多機能サービス拠点事例集。
- 社会保険研究所(2007)：平成18年10月版介護保険制度の解説。
- 高橋 隆，大槻絃美，田城孝雄(2007)：介護支援専門員による地域包括支援センターの評価，平成18年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)『地域包括ケアシステムの構築に関する研究』分担研究報告書, pp.244-266.
- 田代秀之(2008)：社団法人神奈川県社会福祉士の取り組みからみえる地域包括支援センターの現状と課題－実態調査の結果を中心に，地域リハビリテーション, 3(2), pp.113-117.
- 三浦研，山口健太郎，石井敏(2007)：小規模多機能サービス拠点の計画 目指すべき方向性と考え方 改訂版，日本医療福祉建築協会，平成18年度老人保健事業推進費等国庫補助事業報告書。
- (かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)  
(みうら・けん 大阪市立大学大学院准教授)