

地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題 ——サービスの質を中心に——

井上 由起子

I はじめに

2025年を目途に、地域包括ケアシステムの基盤整備が進められている。地域包括ケアシステムの要素は、住まい、生活支援、予防・保健、介護、医療の5つである。人は誰もが安定的な住まいというものを求めている。住まいの保障は、地域包括ケアを検討するための前提条件にほかならない。基盤としての住まいが確保された後、医療や介護に先立って必要となるのが生活支援であり、同時に、心身の衰えを意識しつつも、予防・保健に励み、健康を維持しようと努める。介護と医療の比重が高まるのは、その後である。

この考え方は基本的には正しい。だが、高齢期になって転居をする場合、重視する要素は心身状況によって異なる。特別養護老人ホームでは介護が重視され、介護療養型医療施設では介護と医療の双方が重視される。高齢者住宅への転居の場合はどうであろうか。

北欧のように早めの引っ越しが成立するメカニズムがあり、なおかつ公によってサービスが独占的に提供されている場合、住む場所によってサービスが著しく異なる可能性は低く、住宅の水準が重視される。住戸プランは1LDK以上であり、設備（トイレ、洗面、浴室、キッチン）も完備しているのが一般的である。

これに対し、2011年に制度化されたサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ付き住宅）は、ワンルームが大半であり、面積は25㎡未満が73.2%を占め、設備を完備しているものは25.7%に過ぎな

い。居住者のプロフィールをみると、平均要介護度は1.8、入居経路は医療機関・介護保険施設・有料老人ホーム等からの転居が31.9%、自宅（含む親族宅）からの転居が59.0%となっている。状況把握や生活相談等の基本サービスは24時間配置が73.7%で、食事は94.2%で提供されている。併設介護事業所は、居宅介護支援事業所36.7%、訪問介護事業所46.8%、通所介護事業所48.0%、小規模多機能型居宅介護（含む複合型、以下小規模多機能）10.2%となっている[高齢者住宅推進機構 2014, pp.39-51]。

以上から、日本の高齢者住宅は特別養護老人ホームが空くの待てない方々が、それより少し早めに引っ越すための代替施設として機能している、と考えるのが妥当といえる。

住宅という言葉は地域という言葉と同じくらいに魅惑的で、私たちを夢の世界に導いてくれるが、その名称に惑わされることなく、実態を理解したうえで整備のあり方を考えたほうがよさそうである。本稿では以下に述べる手順でサ付き住宅の今後のあり方を検討する際の留意点を整理する。第一に、居住形態別の費用負担構造を明らかにしたうえで、サ付き住宅の家賃の実態を明らかにする。第二に、サ付き住宅を住機能とサービス機能から構成されると捉え、その質の評価をめぐってどのような困難があるかを明らかにする。第三に、サービスの質の確保に向けた課題について具体的に解説する。最後に、地域包括ケア時代においてサ付き住宅が根源的に備えるべき機能と役割を検討する。

Ⅱ 費用負担の基本構造

1 自宅－高齢者住宅－施設の費用負担

サービスの質について検討する前に、我が国において北欧のような早めの引っ越しが成立せず、施設の代替機能としてサ付き住宅が供給される理由を確認しておこう。図1に、自宅－サ付き住宅－特別養護老人ホームの費用負担をとりまとめた。ポイントは住宅費用とサービス費用を切り分けたことである。

【サービス費用】同じ要介護度であれば介護保険の自己負担額はどこに住んでいようと同じであるが、状況把握や生活相談や生活支援サービスは違う。自宅では家族や本人の無償労働で賄われ、特別養護老人ホームでは介護保険でカバーされ、高齢者住宅では全額自己負担の基本サービス費で手当される。この結果、サービス費用は高齢者住宅で最も高額となる。

【住宅費用】高齢者の80%は持家だが、これをフローに変えられるのは三大都市圏の良質な住宅地に限られる。多くの場合、施設や高齢者住宅への転居によって住宅費用は著しく増加する。特別養護老人ホームは事実上、全国一律の公定価格となっており、低所得者には補給給付がある。これに対し、サ付き住宅の家賃は土地価格を反映し、東京都では10万円を超え、地方では特別養護老人ホームの標準月額を下回る。大阪府のようにサ付

き住宅に住む低所得者に家賃補助を実施している地方公共団体は例外であり、通常は生活保護の住宅扶助に限定されている。この結果、住宅費用も高齢者住宅で最も高額となる。

このメカニズムのもとでは、早めの引っ越しは経済的に余裕がある層に限定され、一般解にはなりえない。厚生年金層であっても多くは自宅でギリギリまで過ごそうとし、引っ越しのタイミングは後ろへとずれる。住宅事業者は、後ろへとずれたタイミングを考慮し、住宅と呼ぶことに抵抗感を覚えるような住宅と手厚いサービスを整える。このようにしてサ付き住宅は施設の代替機能を果たすに至る。

2 家賃

都市部の高齢化対策に関する検討会の報告を受け、サ付き住宅にも住所地特例を適用する方向で制度改正が予定されている。この背景には、地価が高い東京都特別区等ではサ付き住宅への転居が費用負担面から難しく、周縁部のサ付き住宅への移住が発生しているのではないかという懸念がある。東京都から埼玉県・神奈川県・千葉県への後期高齢者の転入超過はデータ上も明らかとなっている[中川,2014, pp.176-185]。以下、サ付き住宅の家賃をエリア別に確認しておこう。

(1) 調査対象と調査手順

調査対象は、2013年8月31日時点でサービス付

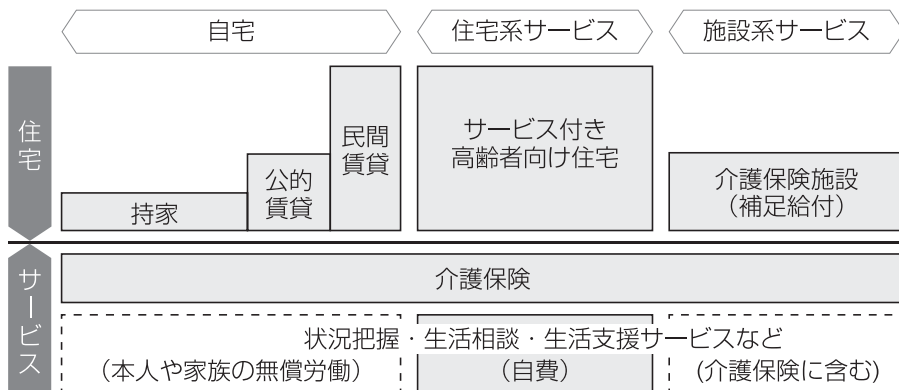


図1 自宅-サ付き住宅-特養の費用負担構造

き高齢者向け住宅情報提供システムに登録されていた物件3,765件、122,086戸である。エリア分類として都道府県別に加えて、東京都、埼玉県・千葉県・神奈川県、それ以外の政令市と中核市、その他の4分類を採用した。

次いで、3,765件を費用負担から高額物件、一般物件、低額物件の3つに分類した。手順は以下の通り。

- ①物件単位で家賃の平均額を算出する。
- ②物件単位でサ付き住宅の最低生活費を算出する。最低生活費は、【平均家賃+共益費+基本サービス費+食費+介護保険料+医療保険料+介護保険の1割負担額+医療保険の1割負担額】とする。介護保険料は第5期保険料の全国平均額4,972円を採用し、医療保険料は後期高齢者医療制度の平成25年度見込み値5,562円を採用した¹⁾。介護保険の1割負担額はサ付き住宅の平均要介護度が1.8であることから要介護2における支給限度額の1割の19,480円/月を採用した。医療費の自己負担額については75歳以上の患者負担額平均7.5万円/年を割り戻して6,250円/月を採用した¹⁾。介護保険料+医療保険料+介護保険の1割負担額+医療保険の1割負担額=4,972円+5,562円+19,480円+6,250円=36,264円であるので、最低生活費は【平均家賃+共益費+基本サービス費+食費+36,264円】となる。食事が付帯されていない物件については、登録情報に記載された食費の都道府県平均値を採用した。
- ③高額物件、一般物件、低額物件の定義は以下の通り。

【高額物件】都道府県別の厚生年金受給額の分布において上位2割に相当する額を算出し、この額が最低生活費を上回る物件²⁾。

【一般物件】低額物件と高額物件の間にある物件。

【低額物件】生活保護の生活扶助額(70歳単身)+住宅扶助額(単身)を算出し、この額が物件の平均家賃額+共益費+基本サービス費+食費+3,295円を下回る物件。3,295円とは各物件の平均家賃と各物件の最低家賃との差額を指す。

(2) 結果

①エリア別の平均家賃と平均最低生活費

家賃は全国平均で57,232円であった。「東京都」100,071円、「埼玉県・千葉県・神奈川県」76,269円、「それ以外の政令市と中核市」57,080円、「その他」48,859円となった。最低生活費は全国平均で134,349円であった。「東京都」194,320円、「埼玉県・千葉県・神奈川県」168,758円、「それ以外の政令市と中核市」135,498円、「その他」119,898円となった。

②整備戸数

サ付住宅の整備戸数/高齢者数は全国平均で0.39%であり、「東京都」0.24%、「埼玉県・千葉県・神奈川県」0.32%、「それ以外の政令市と中核市」0.55%、「その他」0.35%となっている。これに対し、施設系サービスの整備戸数/高齢者数は全国平均で4.10%であり、「東京都」3.53%、「埼玉県・千葉県・神奈川県」3.87%、「それ以外の政令市と中核市」4.09%、「その他」4.29%となっている(施設系サービスとは介護保険施設、認知症高齢者GH、特定施設の合計を指す)。月額費用が高い「東京都」では地価の高さから整備が進まず、月額費用が手頃で厚生年金層や共済年金層が比較的多い「それ以外の政令市と中核市」で整備が堅調であることが分かる。

②費用負担別の物件割合

サ付き住宅3,765物件の費用負担別内訳は、「高額物件」9.6%、「一般物件」72.9%、「低額物件」17.5%であった。高額：一般：低額の順に、「東京都」38.6%：54.5%：6.8%、「埼玉県・千葉県・神奈川県」15.5%：78.3%：6.3%、「それ以外の政令市と中核市」10.8%：71.1%：18.1%、「その他」4.8%：74.4%：20.8%となった。東京では高額物件が38.6%と極めて多く、地方で低額物件が20%を超えることが分かる。東京都周縁部の低額物件の割合は茨城県30.7%、山梨県29.3%、群馬県6.2%、栃木県1.5%と幅がある。

低額物件は生活保護受給者が利用可能な物件となるが、国民年金層で預貯金や持家がなく、家族からの経済的援助も期待できない層は、低額物件

であっても利用がままならないことは容易に想像がつく。地域善隣事業やケアハウス（含む都市型ケアハウス）の動向を確認しながら、サ付き住宅への家賃補助の導入について検討すべき時期にきているだろう。

Ⅲ プロフェッショナルヒューマンサービスの特性を踏まえた供給システムの必要性

1 市場を通じたサ付き住宅の供給

その名称からも明らかなようにサ付き住宅は、住宅というモノと生活支援や介護といったサービスを融合させた商品として市場に供給されている。この一文に違和感を覚える方は多いであろう。だが、事実はそのことを理解したほうがよい。第6期介護保険事業計画では住まいと生活支援サービスの確保に向けた計画策定が保険者に求められることとなったが、制度創設当初は介護保険施設や認知症高齢者グループホーム等のように計画に基づいて整備することは求められなかった。

住宅そのものをどこまで市場に委ねるか、別の言葉に置き換えれば、住宅に社会的共通資本[宇沢 2010, pp.17-36]としての側面を強く持たせるのか、あるいは個人資産としての側面を強く持たせるのか、これは価値の問題であるので取り扱わない。生活支援や介護や医療を必要とする人々が多く暮らす住宅を、一般の賃貸住宅と同様に市場で供給することの是非について取り扱う。

2 プロフェッショナルヒューマンサービスの特性

モノと違ってサービスには、無形性、同時性、異質性、結果と過程、共同生産という5つの特性がある[近藤 2012, pp.32-47]。さらに、医療、健康、教育、福祉、介護等のプロフェッショナルヒューマンサービスには、サービス評価の二面性、利用者の変容性、期待の不明確性、連続性などの特徴があるという[島津 2005, pp.20-23]。

異質性とはモノと違ってサービスは均質化が難しいことを意味する。どのようなサービスであっても、標準化+個別対応だが、個別対応の比重が

極めて高いのがプロフェッショナルヒューマンサービスの特徴である。

結果と過程とはサービスには結果品質と過程品質の二つがあることを意味する。レストランサービスや配送サービスなどであれば、利用者による評価が絶対的に重要となる。これに対しプロフェッショナルヒューマンサービスには、専門職にしか判断できない側面がある。十分な知識を利用者が持ち合わせていないからである。結果品質と過程品質の二つに加えて、専門職による質の評価と利用者の知覚による質の評価というサービス評価の二面性があるといえよう。医療の質の評価で有名なDonabedianは患者の満足度が究極のアウトカム評価であると述べているが、専門職によるアウトカム評価と利用者によるアウトカム評価がイコールで結ばれるためには、専門職の倫理、専門職と利用者の信頼関係が不可欠である。

共同生産とは顧客がサービスの生産過程に参加することを意味する。プロフェッショナルヒューマンサービスにおいては、利用者に専門知識が乏しいため、漠然とした期待で共同生産に参加し、スタッフとのやりとりを通じて期待が明確化されていく。連続性という特性に対しては、24時間型サービスでは次のスタッフへと引き継ぐことで応え、複数サービスを利用する場合には事業者間で連携することで応える。チームマネジメントと多職種連携である。

3 住宅市場と介護保険市場

冒頭でサ付き住宅は施設の代替機能を果たしていることを指摘した。この住宅におけるコアサービスは住宅ではない。住宅はサブサービスにすぎない。コアサービスは基本サービス（状況把握・生活相談等）と、制度的には住宅から切り離されて提供されている介護や医療といったサービスである。

サービス評価の二面性で述べたとおり、利用者はコアサービスの質を評価する知識を十分に持ち合わせていない。加えて、この住宅の利用を決定する者が本人でない場合にはアドボカシー機能が十分に働かないこと、保険部分については費用の

一部しか負担しないためコスト意識が欠落しモラルハザードが起きやすいこと、これらも利用者による適切な質の評価を妨げる要因となっている。住宅事業者がプロフェッショナルヒューマンサービスを担う事業者を適切に評価できればよいとの考えもあるかもしれない。だが住宅事業者はプロフェッショナルヒューマンサービスに明るいわけではない。資本関係を結んでいる場合も少なくない。

介護保険は準市場（疑似市場）であるという。そこには民間事業者の切磋琢磨と公による関与の双方が存在し、それらによって質のコントロールが達成される。殆どの地方公共団体は特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム、特定施設等の整備にあたって審査を行い、運営開始後も指導監査を通じて質の確保に努める。サ付き住宅が施設の代替機能を果たしている以上、そして、そこに併設された居宅介護支援事業所や介護事業所の利用が強要されているとの懸念が絶えないのであれば、事実確認を行ったうえで地方公共団体の関与を検討することが理に適っている。

4 地方公共団体の問題意識

一般住宅と同様の位置づけにすぎないサ付き住宅に対して地方公共団体が指導を行うことの難しさがしばしば指摘される。2014年8月に実施した地方公共団体に対するアンケート結果を報告する³⁾。

対象は都道府県・政令指定都市・中核市の介護保険指導部局であり、110行政庁に配布し、全行政庁から回答を得た。地方公共団体はサ付き住宅事業者の75%に対して定期的な報告を求めており、その間隔は半年から1年以内が71%であり、立入検査は40%に対して実施していた。報告・立入検査を行う際の課題については以下の結果を得た。

【介護支援専門員の選択の自由】「課題が起きていると思っている」は41%、「わからない」が45%であった。賃貸借契約に特定の居宅介護支援事業所の利用が条件づけられているもののほか、実態として特定の事業所に集中しており、それが選択の自由を保障した結果なのかそうでないのか

が判然としないとの指摘があった。指導内容は口頭または書面による行政指導となる。

【介護サービス事業所の選択の自由】「課題が起きていると思っている」は54%、「わからない」が33%であった。特定の事業所を利用すると家賃の割引や基本サービス費（状況把握や生活相談）の割引があるとの指摘もある。指導内容は口頭もしくは書面による行政指導となる。

【過不足ない介護保険サービスの提供】「課題が起きていると思っている」は53%、「わからない」が37%であった。入居者に対して一律に支給限度額ぎりぎりのケアプランが作成されている、包括型サービスの場合は過少サービスとなっているおそれがあるなどの指摘があった。指導内容は口頭もしくは書面による行政指導となる。

【住宅基本サービスと介護保険サービスとの整理】「課題が起きていると思っている」は61%、「わからない」が32%であった。住宅スタッフがヘルパーを兼務しており、勤務時間が明確に区分されていない、人員の切り分けが出来ていないなどの指摘があった。勤務シフト表を突き合わせると明確となることも多いため、口頭もしくは書面による行政指導のほか、高齢者住まい法による改善指示、介護保険法による指定の取り消しや改善・勧告命令もある。

以上、利用者の不利益が生じている疑義があっても改善、勧告、指定の取り消し等をする根拠に乏しい現状にあることがわかる。

IV 質の確保に向けた課題と事業者の取り組み

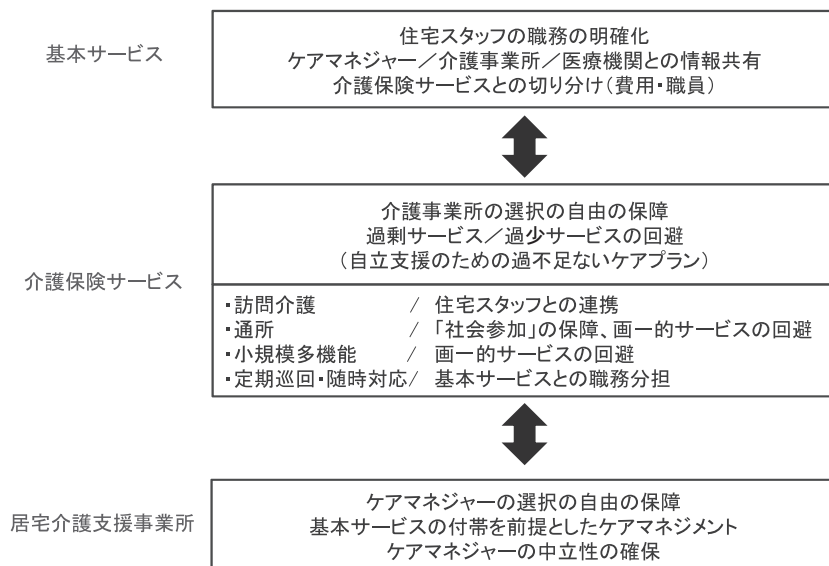
サービスの質の確保に向けた課題として、住宅の基本サービス、介護支援専門員の選択、介護サービス事業所の選択と過不足ない介護サービスの提供、住宅の基本サービスと介護保険サービスの切り分け、の4点について解説する。課題の全体像を表1に示す。

1 住宅の基本サービス

(1) 住宅スタッフの配置状況と職務内容

サ付き住宅には状況把握・生活相談等の基本

表1 サービスの質の確保に向けた課題



サービスを担うスタッフ（以下、住宅スタッフ）を配置する。24時間配置が73.7%，日中のみ配置が26.3%である[高齢者住宅推進機構 2014,pp.72]。

住宅スタッフには専従要件がないため、約半数は併設介護事業所との兼務となっている。兼務先の半数は訪問介護事業所である。中心的な立場にある住宅スタッフの保有資格（複数回答）は、ホームヘルパー（旧2級以上）60.4%，介護福祉士46.5%，ケアマネジャー 22.5%，看護師11.9%，社会福祉士7.5%となっている。住宅スタッフは、利用者の状況把握と安否確認のほか、定期的な面談、介護や医療や生活支援サービスの紹介や調整、権利擁護、住宅内のコミュニティ形成支援等を行っている。夜間を中心に短時間の排泄介助を担う住宅も少なくない。ソーシャルワーク、ケアワーク、コミュニティワークといった広範な知識と技術が求められており、住宅スタッフの職務の明確化と研修カリキュラムの開発が必要であろう。

介護を必要とする利用者の状況を把握するためには、ケアマネジャーとの情報共有も不可欠となる。利用者の承諾を得たうえでケアプランの写しを入手する、ケアマネジャーと定期的にミーティングを行う、サービス担当者会議に出席する、な

どが実施されている。[高齢者住宅財団 2013,pp.57-80]。この連携を効率的に行うためには、特定の居宅介護支援事業所がケアマネジメントを担うのが自然な流れであるが、一方で、利用者の選択の自由は担保されなければならない。

(2) 基本サービスの費用

状況把握や生活相談などの基本サービス費は全国平均で19,479円/月[高齢者住宅財団 2013,pp.155]となっている。専任で住宅スタッフを配置するのであれば、この費用は職員の人件費（法定福利費含む）を居住者数で除することで算出される。だが実際には、保有資格も様々であるうえに、訪問介護等との兼務も多く、さらに、介護保険事業と組み合わせて収益のバランスをとることが常態化しているため、費用根拠は利用者からみると分かりにくいとの指摘が絶えない。一方、兼務によって基本サービス費を抑えていることや、支給限度額を超える部分を定額でカバーする仕組みを導入していることは、包括報酬型のサービスが浸透していない現時点では事業者の創意工夫として評価できる側面もある。

基本サービス費の根拠と、その費用で受けられ

るサービスの中身を明確にし、説明責任を果たすことが望まれる。すべてのサ付き住宅で提供が義務付けられているサービスと、それぞれのサ付き住宅が独自に上乗せで実施しているサービスとを整理することが出発点となるだろう。

2 介護支援専門員の選択

住宅事業者が居住者に資本関係にある居宅介護支援事業所の利用を強要し、選択の自由が阻害されているのではないかと懸念がある。以下のような工夫が必要となるだろう。

まず、入居の説明と居宅介護支援の説明を同時に行ってはならない。両者は別契約であり、資本関係にある居宅介護支援事業所の利用は条件ではない。住宅の担当者は、入居契約の説明を行った後に、居宅介護支援事業所を必要とする利用者に対して、資本関係にある居宅介護支援事業所を含む地域の事業所について一覧表を提示するとともに、これまで利用してきた居宅介護支援事業所の継続利用も可能であることを伝える。利用者が資本関係にある居宅介護支援事業所の利用を希望した場合は、そちらに引き継ぐ。住宅の担当者がそのまま居宅介護支援の説明をするのは好ましくない。両者は分けることが望ましい。

資本関係にある居宅介護支援事業所を利用する利点としては、①ケアマネジャーが住宅の基本サービスの内容を把握しているため、それを前提としたケアプランを組み立てやすい、②住宅スタッフからの意見を踏まえたケアプランを組み立てやすい、③住宅職員と密な情報交換が可能で利用者訪問も行いやすく、モニタリング頻度が高まり、きめ細かなプラン変更が可能となる、④住宅スタッフとケアプランを共有しやすい、の4点が指摘できる。逆に言えば、他社のケアマネジャーを利用する場合は、これらへの配慮が必要となる。

3 介護サービス事業所の選択と過不足ない介護サービスの提供

(1) 全体像

居宅介護支援事業所が居住者に併設の介護事業者の利用を強要し、選択の自由が阻害されている

との指摘がある。ケアマネジャーの独立性や中立性にかかわることだが、これはサ付き住宅に限ったことではない。ケアマネジャー全般にかかわる課題である。この点をまずは確認しておきたい。そのうえで、住宅の基本サービスを担う職員が併設の訪問介護事業所の職員を兼務することで情報共有を行いやすくしたり、費用負担の軽減を図るなどの創意工夫がなされている事実を理解し、是非を検討することが望ましい。

過不足ない介護サービスの提供については、出来高制のサービスでは支給限度額ぎりぎりのケアプランを作成し過剰サービスとなっていないか、小規模多機能/複合型サービス/定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下、定期巡回随時対応）といった包括型のサービスでは過少サービスとなっていないか、との指摘がある。

支給限度額については、「独居の中重度者で介護保険以外の社会資源(地域、親族、貨幣経済等)の活用が困難な場合には支給限度額ぎりぎりのプランとなることが多い」との理解が一般化しているように思う。サ付き住宅でも同様の意見を耳にすることが多いが、一方で基本サービスや食事サービスは付帯されているので、服薬確認や食事準備を介護保険で対応する必要性は乏しく、ケアプランの詳細は一般在宅に暮らす独居高齢者とは異なる部分があるのも事実であろう。以下、サービス別に留意点を確認しておく。

(2) 訪問介護

サ付き住宅に併設されている介護事業所で最も多いのが通所介護事業所(48.0%)であり、次いで訪問介護事業所(46.8%)となる[高齢者住宅推進機構 2014,pp.24]。両方のサービスを利用する場合には、訪問系サービスを基本としながら、週1回ないし2回の範囲内で通所サービスを組み合わせることが適切といえる。

訪問介護を利用する場合、ケアマネジャーが資本関係にある居宅介護支援事業所であるか否かにかかわらず、併設の訪問介護を利用するのが一般的である(利用者の要介護度が低い場合には、従前からの訪問介護を継続利用し、やがて併設の訪

問介護の利用に代わることが多い)。この理由としては、①併設の訪問介護は夜間・土日も利用可能であること、②住宅スタッフと訪問介護職員の兼務を前提とした事業モデルであるため、併設の訪問介護職員が利用者の生活全般を深く理解しており、利用するメリットが大きいこと、の2点が指摘できる。

(3) 通所介護

特段の理由なく、利用者の多くに併設のデイサービスを週3回以上設定し、それを軸に生活を支える仕組みは、デイサービスの利用目的が「社会参加」と「同居家族の負担軽減」であることを考えると、疑問が残る。負担軽減の対象となる家族が存在しないうえに、同一建物のデイサービスに移動して住宅と同じ顔触れで過ごすことを社会参加とみなすことには無理がある、ということである。

訪問介護に比べて時間当たりの単価が低いデイサービスを利用することで、支給限度額内で介護保険サービスを利用できる時間を最大限確保できるという利点はあるかもしれないが、それを適切なケアマネジメントと捉えてよいのかは精査が必要であろう。デイサービスに配置する看護師が支障のない範囲内で住宅を訪問し、利用者の健康管理を行うことをメリットとして指摘する事業所もある。法令違反ではないが釈然としない。それは、支障のない範囲内で実施する対象は介護保険の他サービスである、と私たちが解釈しているからかもしれない。住宅の基本サービスをはじめとする全額自費のサービスに、この解釈を適用してよいかは整理が必要となる。

(4) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能の併設率は10.2%である[高齢者住宅推進機構 2014, pp.24]。住戸数の少ないサ付き住宅で併設割合が高い。住宅の利用者全員が小規模多機能に登録しているケースもある。通い、訪問、泊まりを柔軟に組み合わせた包括報酬であるので、画一的なサービスが提供されていないこと、過少サービスとなっていないことを確認する

仕組みが必要となる。

地域密着型サービスに該当するため、当該保険者以外からの転居の場合は利用できないことが課題であったが、これについてはサ付き住宅にも住所地特例を適用し、併せて、地域密着型サービスの利用を認める方向で制度改正が予定されている。同じことは定期巡回随時対応にも当てはまる。

(5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回随時対応の併設率は2.1%である[高齢者住宅推進機構2014, pp.24]。サ付き住宅等に併設されている定期巡回随時対応の特徴として、①約5割の事業所が特定の集合住宅のみを対象とし地域にサービスを提供していない、②看護類型は一体型が多い、③移動時間が少ない、④訪問回数(定期、随時とも)が多い、⑤訪問看護の利用が多い、等が明らかとなっている[三菱UFJリサーチ&コンサルティング2014]。

小規模多機能と同様に、画一的なサービスが提供されていないこと、過少サービスとなっていないことを確認する仕組みが必要となる。また、住宅スタッフ業務とオペレーター業務の切り分け、随時訪問と住宅スタッフによる安否確認や緊急対応の整理も課題となっている。

4 住宅の基本サービスと介護保険サービスの切り分け

住宅の基本サービスと介護保険サービスの切り分けで特に留意が必要なのは、①訪問介護の職員と住宅スタッフの兼務、②定期巡回随時対応との整合性、の2点であろう。

①は、時間拘束で勤務にあたっている訪問介護員が保険サービスを担っていない時間に住宅スタッフ業務を担当することを指す。介護保険業務と住宅スタッフ業務のどちらに従事しているかが明確に分かるシフト表を作成すること、10名近い訪問介護員で住宅スタッフの業務を分担することもあるため、職務全体をマネジメントする責任者を設け、状況把握や安否確認だけでなく、生活相談やコミュニティ形成支援を意識的に行うことが必要となる。

②は、定期巡回随時対応の随時訪問で担う部分と基本サービスのコール対応で担う部分との整合性を指す。定期巡回随時対応では生活支援に係るサービス提供も認められているため、費用の二重徴収になりかねないとの理由から、定期巡回随時対応の利用者に対して基本サービスを減額する住宅事業所もある。これとは別に、随時対応のコールをオペレーターが受けるのか住宅スタッフが受けるのか、ダイレクトに訪問介護員が受けるのか曖昧になっているとの指摘もある。同様の課題は小規模多機能型居宅介護にも当てはまる。

5 事業モデルからみた特定事業所への集中と地域展開の過程

「併設の介護事業所に利用が集中することそのものが問題である」との指摘もある。だが、この考えは短絡的である。事業者は介護保険制度の下で経済活動を行っており、質の確保と持続的経営の両立の一手段として、取引コストを低減すべく、資本統合や業務提携の構築に努めるからである。つまり、市場（含む準市場）での取引の一部を組織の内側に取り込もうとする【COASE 1992】。非営利の住宅供給組織が少なく、なおかつ、民間事業者によって地域包括ケア提供体制を構築しつつある我が国で、住宅事業者と介護事業者が業務提携を行ったり、特定の介護事業者が住宅の基本サービスと介護保険サービスの両方を担うのは必然ともいえる。住宅事業とケア事業で収益のバランスを取ろうとする動き、居宅介護支援事業所が特定の事業所に集中する動き、利用が併設の介護事業所に集中する動き、これらを排除することは難しい。検討すべきは、特定事業所へ利用が集中するプロセスにおいて、選択の自由が保障されているか、適切なケアマネジメントが行われているか、消費者にとって分かりやすい説明が尽くされているか、である。

併設事業所が地域へサービス展開を行っていないことを問題視する意見もある。地域包括ケアの理念からいえば確かにそのとおりであるが、保有する人的資源の戦略的活用、住宅と地域で異なるサービス提供体制、既存の介護サービスとの競合

などから、サ付き住宅のサービス提供に集中し、軌道に乗った後に地域展開を図るという事業プロセスに対する理解も必要となる。これについては、集住型サービスにおける移動コストをどのように評価するのかという政策上の課題も残されている。

6 小結

サ付き住宅は地域包括ケア体制に不可欠な居住形態として普及しつつある。この住宅のコアサービスは住宅ではなく、住宅に付帯された基本サービスと、制度的には住宅と切り離された介護や医療である。このことを理解したうえで、質の確保に向けた取り組みを行うことが急務といえる。

具体的な対応策を検討するにあたっては、我が国の地域包括ケア体制が民間事業者によって整えられていることを常に意識する必要がある。表2は住宅・基本サービス・保険サービスの関係のあり方を整理したものである。利益追求をミッションとしない非営利の住宅供給組織が極めて少ないことに依るのかは定かではないが、日本ではモデルCは極めて少ない。モデルDが大多数を占める。このことをどう評価するのか、モデルCとモデルDのバランスはどうあるべきか、といった議論が求められている。住宅を医療や介護と同様に社会的共通資本とみなす視点を強化するのであれば、モデルCであれモデルDであれ、非営利の住宅供給組織の支援や育成が大きな課題となるであろう。そしてこの議論は、我が国がこれまで積み重ねてきた住宅政策を地域包括ケア時代に向けてどう編み直すのか、という取り組みにほかならない。

V 今後の展望

国が思い描いているような地域包括ケア体制が構築されれば、よほど認知症が深くない限り、定期巡回随時対応や小規模多機能といった包括型サービスを利用しながら特別養護老人ホームに入居するまでを自宅で過ごすことが可能となる。そのような状況においても、なお、ケアやサポートがあるサ付き住宅に人々が自らの意志で移るとし

表2 サ付き住宅事業の事業モデルの基本構造

	モデルA	モデルB	モデルC	モデルD
委託契約				
	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が難しい</p> <p>24時間配置の場合、基本サービスが非効率でかつ、高額となる</p>	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が難しい</p> <p>24時間配置の場合、基本サービスが非効率でかつ、高額となる</p> <p>不動産事業者から参入する場合、基本サービスに対する専門知識に乏しい</p>	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が容易</p> <p>住宅事業単体で収益を確保する必要がある。住宅政策として国や地方公共団体が関与した際に透明性が保たれやすい</p> <p>基本サービスについて住宅側と委託契約を結ぶことになるので、特定の介護事業所に利用が集中しがち</p>	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が容易</p> <p>住宅とサービスを合算して収益をみることができる</p> <p>特定の介護事業所に利用が集中しがち</p>

資本関係もしくは業務提携の関係。居宅介護支援事業所はこの図のなかでは取り扱っていない。

たら、その理由は何であろうか。

地域包括ケアでは、住まいとサービスの固定的な関係は解消に向かう。例えば、医療は診療所から自宅・高齢者住宅・施設のいずれにも届く。介護は施設系サービスにおいては内部で職員を配置するが、自宅と高齢者住宅においては医療と同様に外から届く。もちろん、移動コストや取引コストを考慮し、再び固定化されることはあるし、事実多いのだが、それは基本の応用と捉えたほうがよい。

地域包括ケアの5つの要素(住まい、生活支援、予防・保健、介護、医療)を空間に落とし込めば、図2のようになるだろう。物理的範囲としての地域にプロフェッショナルヒューマンサービスを展開するだけであれば、住居とサービス拠点のみで構わない。けれど、これでは共助と公助に重きを置いた旧来的な施設の再生産になってしまう。地域包括ケアでは、医療介護事業所に加えて、住民の関与、市場の活用、セルフケアの重視が打ち出されている。人々の営みとしての地域の動的関与を実現するためには活動拠点が必要であり、支払能力のある人々の生活支援や予防・保健は「要る」ではなく「欲しい」[武川 2003]に答える生活利便

施設を通じて供給される側面も大きい。活動拠点では健康づくり、趣味教室、住民自治、地域支援事業などが展開される。企業がビジネスとして取り組む場合もあるだろう。高齢者住宅に住む人々は活動拠点の担い手であると同時に受け手でもある。その周囲に住む人々も活動拠点の担い手であると同時に受け手である。

高齢期の住まいを考えると、私たちは外山の生活空間論から多くを学ぶ[外山 2003]。彼は個室の必要性とプライベートからパブリックに至る段階的空間構成の重要性を指摘した。この理論の普遍性は揺るぎない。だが、生活の場が建物の内部から地域へと広がり、多様な実践主体が地域包括ケアの担い手として登場してくると、プライベートからパブリックに至る軸では語りきれないものが出てくる。複数の住居からの距離や開放性、帰属感や貢献意欲、融通性や磁場などである。構成員たちの領域性とも言えばよいだろうか。かくしてコモンは誕生する。活動拠点に求められるのは、この感覚だろう。

コモンな場は、そこに暮らす人たちが自ら働きかけない限り生まれえない。サ付き住宅に併設された活動拠点でこれを醸成するのは簡単ではない。

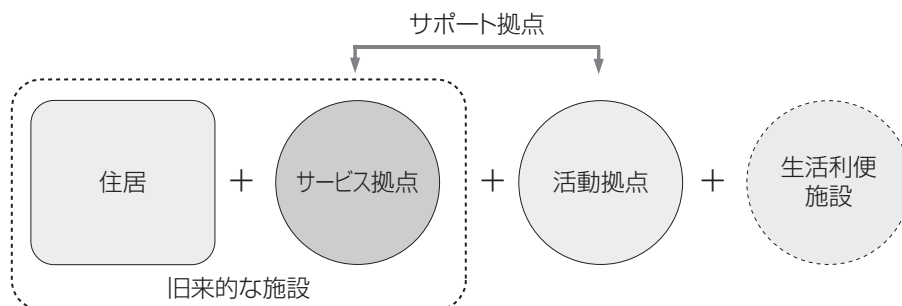


図2 地域包括ケア時代における空間の構成要素

居住者やその家族は、施設代替のサ付き住宅に安全と安心を求めるからだ。だが、人は安全と安心だけでは満たされない。どれだけの人が自覚的であるかは分からないが、人々は安寧をも求めて移り住んでいる。そのことにどれだけ応えられるかがサ付き住宅の根源的な課題であり価値なのだと思う。そして、この価値は、自宅・高齢者住宅・施設、どこに住もうと過不足ない医療や介護が行き渡った時にはじめて、理想から現実になる。

付記

本稿のIIは、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」(H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)の成果の一部である。

注

- 1) 平成25年度の平均保険料額は実績見込額。患者負担額は各制度の事業年報等をもとに厚生労働省保険局調査課が推計した平成23年度の実績値。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000037380.pdf>, 最終アクセス2014.9.25
- 2) 平成23年度厚生年金保険・国民年金保険の概況(厚生労働省)を参照。ただし、都道府県別の厚生年金受給額の分布データは公表されていないため、全国ベースでの平均受給額と上位2割相当額を算出し、その乖離率(1.41)を各都道府県の平均受給額に乘以、得られた額を都道府県の上位2割相当額とみなした。
- 3) 平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助事業「高齢者向け住まいを対象としたサービス提供のあり方に関する調査研究事業」にて実施し

た。本調査研究事業の実施主体は株式会社アルテップ。

参考文献

井上由起子(2014)「高齢者施設/住宅における住宅費用に関する考察」『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(課題番号H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)

宇沢弘文(2010)「社会的共有資本としての医療を考える」『社会的共通資本としての医療』東京大学出版

厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料(2013) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000024919.html>, 最終アクセス2014.9.25

厚生労働省(2013)『都市部の高齢化対策に関する検討会報告書』(2013) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000024314.html>, 最終アクセス2014.9.25

高齢者住宅推進機構(2014)『サービス付き高齢者向け住宅等の供給動向や地域の需要を踏まえた事例の分析・整理とその結果に基づく持続性・安定性のある事業類型の提示と普及方策』国土交通省住宅セーフティネット基盤強化推進事業

高齢者住宅財団(2013)『サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究』厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

高齢者住宅財団監修(2013)『実践事例から読み解くサービス付き高齢者向け住宅』中央法規

近藤隆雄(2012)『サービス・イノベーションの理論と方法』生産性出版

島津望(2005)『医療の質と患者満足-サービス・マーケティング・アプローチ』千倉書房

白川泰之(2014)『空き家と生活支援でつくる地域善隣事業』中央法規

武川正吾(2009)「福祉政策における必要と資源」『新・社会福祉士養成講座 現代社会と福祉』, pp.158

- 179,中央法規
 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規
- 外山義(2003)『自宅でない在宅』医学書院
- 中川雅貴(2014)「高齢者の人口移動でみた都道府県の特徴」『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(課題番号H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2014)『集合住宅における定期巡回・随時対応サービスの提供状況に関する調査研究事業』厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)
- 矢田尚子(2014)「高齢者の居住問題の考え方と法的課題:サービス付き高齢者向け住宅の動向を中心に」『実践成年後見』(49),pp.44-52民事法研究会
- Avedis Donabedian著 東尚弘訳(2007)『医療の質の定義と評価方法』認定NPO法人健康医療評価研究機構
- R. H. COASE著 宮沢健一/後藤晃/藤垣芳文訳(1992)『企業・市場・法』東洋経済新報社
- IPPR(2012) Together at Home: A new strategy for housing. <http://www.ippr.org/publications/together-at-home-a-new-strategy-for-housing>, 最終アクセス2014.9.30
- Jim Kemeny(1980) Home ownership and privatization, *International Journal of Urban and Regional Research*, 4(3), pp.372-388.
- John Ditch, Alan Lewis and Steve Wilcox(2001) Social housing, tenure and housing allowance. University of York, <http://www.cfaa-fcapi.org/pdf/repUK2001.pdf>, 最終アクセス2014.9.30
- (いのうえ・ゆきこ
 日本社会事業大学専門職大学院教授)