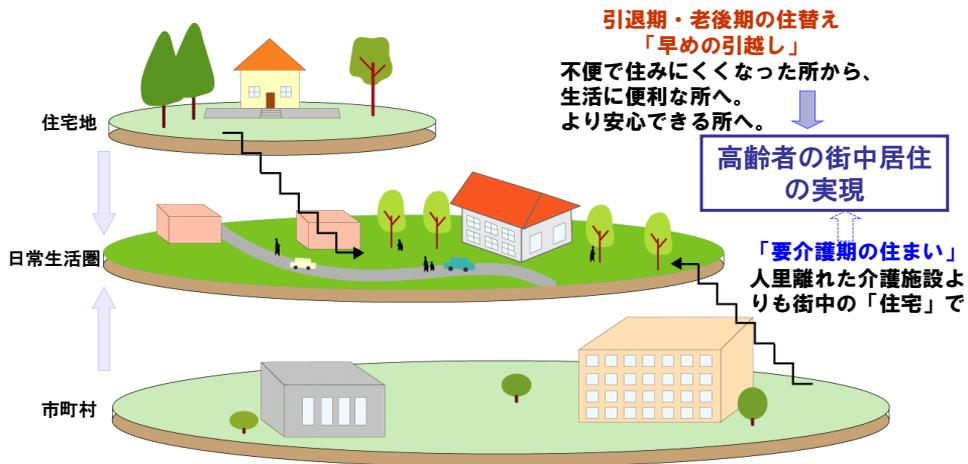




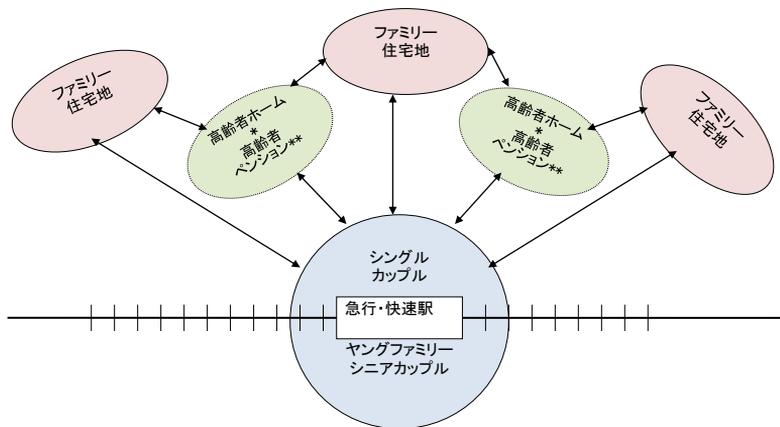
地域資源の再編による高齢者の街中居住の実現

Aging in Place & Community in Care



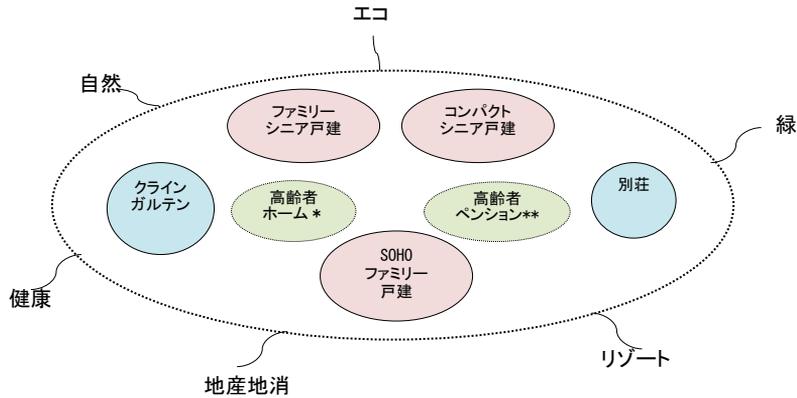
15

出口戦略：地域内住替え循環



16

出口戦略:退職者コミュニティまたは週末コミュニティ



17



要介護者:虚弱高齢者への対応 高齢者ホーム(グループ居住)の提案

・現状は、特養ホームの福祉ビジネスか、貧困ビジネス

建物への困り込みによる福祉ビジネス

特別養護老人ホーム:4床室特養 建設コスト:1000万円/床

cf.都(土地込)2000万円/床→高コスト低ベネフィット

建物への困り込みによる貧困ビジネス(制度が生み出したもの)

生活保護+医療扶助+介護保険=数十万円/人

<解決策> グループ居住型の高齢者ホームの提案

高齢者ホームの提案 (重度介護者向けの終いの住まい・温かい家庭)

・認知症等により自己判断力が衰えた場合、同居家族がいても、家族内だけで対応するのは困難

・介護だけではなく、看護、医療等を含め、最後の見守りまでが含まれた居住空間が必要

・住宅、介護、看護、医療、ヒューマンサポートまでの横断的な連携が必要

<需要層>

- ・重度の介護期
- ・見守り・食事・介護
- ・看護、医療、看取りまで

<現行類似制度>

- ・認知症グループホーム
- ・介護付有料老人ホーム、特定ケアハウス
- ・特別養護老人ホーム(ユニットケア型)

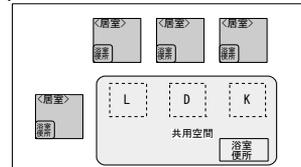
<付帯するサービス>

見守り・食事・24時間介護

<空間イメージ>



専用居室: 13.2㎡~(GH 7.43㎡)
共用空間: 共同リビング・食堂・台所・浴室



高齢者ホームの実例

認知症対応グループホーム：喜楽苑いなの家（尼崎市）



入口



個人居室



平面プラン

共同浴室



玄関ホール



共同リビング



中庭

看取りの家

「かあさんの家」 NPOホームホスピス宮崎



ケア付きの
自宅ではない
もうひとつの家

かあさんの家「曾師」
かあさんの家「霧島」
かあさんの家「檜」

かあさんの家
ケアサロン「恒久」

「かあさんの家」には、穏やかな毎日がある。

どんな人が利用しているの？

介護者がいなくても体力がない、また昼間は家族が仕事などで在宅介護が困難な方、一人では病状の変化などが不安な方

介護する家族の休息のために、また不祝儀などの急な用事で留守をする場合など、一時的に短期間の入居(ショートステイ)などの利用

重度の認知症のために施設になかなか適応できない方や、医療の適切な支援が常時必要とされ、家族だけでは不安で在宅介護が困難と考えていらっしゃる方

一人暮らしで食事の準備ができない、また、一人だけの食事が寂しいという方の、食事だけのご利用もできます

夜が心細い、不安という方が、夕食や風呂を一緒に、泊まって帰るナイトケアとしての利用

ここでは、ナースコールはあません。気配で分かる空間です。そして、食事をつくる台所のコトコトという音や匂いが漂う、日常の生活があります。

最期は家で看取りたい、最の上で死にたいと願っているが、家族が遠方だったり、仕事の都合だったりなどで、在宅で過ごすことの望みはかなわないと思っている方



要支援者：虚弱高齢のみ・持家世帯への対応 “高齢者ペンション”の提案

- ・戦後核家族、専業主婦の老後問題
- ・家族力の困窮：“介護”の前に、**見守り、食事、家事に困る**
 - ・「介護保険」ではカバーされない部分(事業化インセンティブなし)
 - ・現状は親族でカバーするか、施設に頼るかの選択肢しかない
- ・個別家族の解決では縮小均衡
 - ・50坪の土地・30坪の家→心身弱体化:介護付き20㎡施設→最後は空家
- ・安心、快適な高齢者居住の場を提供する資本の出し手がない

<解決策> 共助型高齢者ペンションの提案

高齢者ペンションの提案 (持家単身世帯向けの食事付共同住宅・宿泊施設)

- 家族力の困窮への対応
“戦後核家族”“専業主婦”の老後問題への対処
- “介護”の前に、見守り、食事、家事支援から、最後の看護、医療から看取りまで
- “ペンション”の意味
 - 住宅地の一角に少し大きめの家＝ペンション
 - ペアレントさんよる家族的なサポート
 - 年金(ペンション)をフルに活用する
- マンション居住なら、“共同室(コモンルーム)”を設けるだけで、シニア・ホステルに変身

<需要層>

- 虚弱自立期(特に女性75歳前後)
- 見守り・食事・介護不安

<現行類似制度>

- グループリビング(旧厚生省)
- 生活支援ハウス
- 適合高齢者専用賃貸住宅(共同居住型)

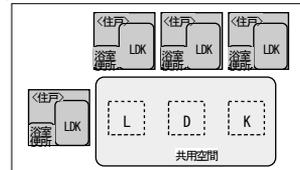
<付帯するサービス>

見守り・食事

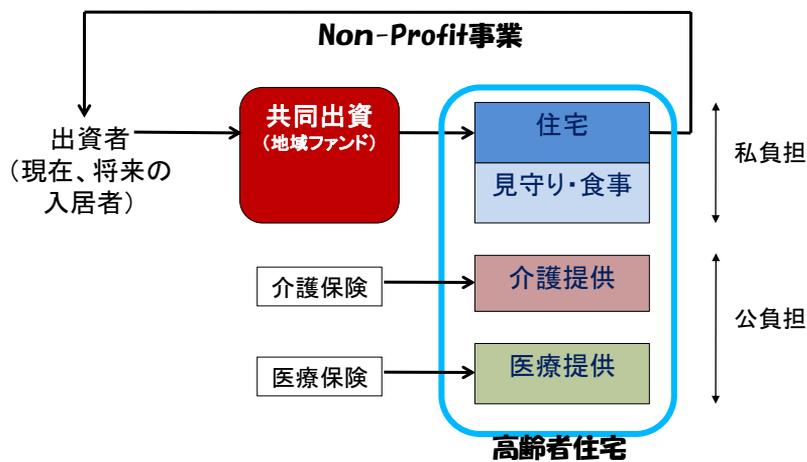
<空間イメージ>



専用住戸: 18㎡～ 共用空間: 共同リビング・食堂・台所



地域循環的な非営利事業の組立て



9章 地域包括ケアの基盤としての住まい

9.1 地域包括ケアと住まいとの関係

地域包括ケアとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。そこでは、「住宅」は地域包括ケア以前の与条件との位置づけである。では、その「住宅」とはどのように確保され整備されるのだろうか。

残念ながら、地域包括ケアシステムではそれについての方針はほとんど示されていない。省庁間の役割分担では、地域包括ケアは厚生労働省、住宅は国土交通省と分かれているためであろうか。あるいは「住宅」は個人に帰属する問題とし、公的には扱いにくいからか。いずれにしろ、それでは困る。なぜなら、「住宅」とは、そこでの生活の質も加味して「住まい」と換言すれば、それは、高齢者にとっての生活環境の「基盤」そのものだからだ。

本章では、この生活の基盤たる住まいを中心に、地域の居住とケア環境をどのように整備し（地域における居住とケア環境の整備）、それを何らかの支援を必要とする人どのように結びつけるのか（居住環境に関するアセスメントとアドバイス）、また、ケアサービスが付帯した高齢者住宅の事業や運営とはどのようなものか（高齢者住宅の事業と運営）の3点について述べる。

9.2 地域における居住とケア環境の整備

1 日常生活圏域の環境整備

地域包括ケアシステムとは、おおむね一中学校区を日常生活圏域として、その地域で居住する高齢者の生活・介護・医療から最後の看取りに至るまで、安心して快適に暮らせる環境を整えようというものである。それを図化すると、図9.1のようになる。

一中学校区とは、居住人口約2万人、徒歩、自転車などで自由に行き来できる範囲を意味する。日常生活圏域を中学校区程度とする理由は、虚弱になった高齢者の行動能力や環境適応力が中学生と同程度だからである。徒歩圏域の小学校区では狭すぎ、自動車

- 1章
- 2章
- 3章
- 4章
- 5章
- 6章
- 7章
- 8章
- 9章**
- 10章
- 11章
- 12章
- 13章
- 14章

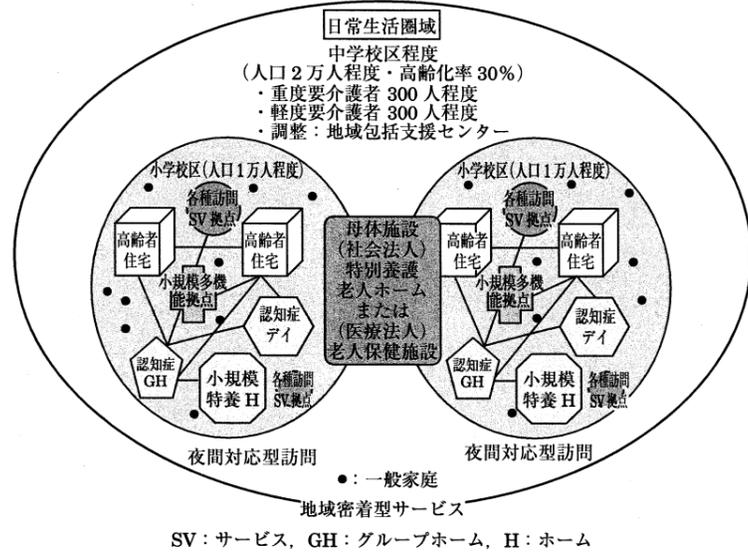


図9-1 地域包括ケアシステムにおける日常生活圏域でのネットワークの構築イメージ

や自転車などを使って少々移動する程度に、高齢者の生活は広がっている。

その圏域の高齢化率を仮に25%とすると、そこに居住する65歳以上人口は5000人である。また、これまでの要介護認定率の状況から、要支援から要介護1~2程度の軽中度の介護が必要な者が65歳以上人口の約5%で250人、要介護3~5程度の中重度の介護が必要な者が同じく約5%で250人程度である。要は、これらの約500人の高齢者を一中学校区2万人の人で支える仕組みが、「地域包括ケアシステム」なのである。

それを実現するには、次のような環境が整う必要がある。地域における介護の核となるのは50~100人程度の入所型の特別養護老人ホームや老人保健施設である。こうした施設は90年代に整備が進んだ。自宅での居住が困難になったとき、あるいは病院から自宅にすぐに戻るのが困難なとき、高齢者の居住を受け止めるバックアップ施設として、これらは機能する。一方、地域の高齢者の圧倒的多数は、ごく普通の住宅に居住している。元気であれば何も問題がない。しかし、その高齢者が心身虚弱等により何らかの支援を他から必要とするときには、それに対応し得るサービス拠点もしくは機能が地域内の適所に配置されていなければならない。介護、看護、医療等の訪問サービスの拠点、デイサービスセンター、医院・診療所等の通所利用するサービス拠点、訪問機能と通所機能をミックスした小規模多機能サービス拠点等である。また、自宅での居住継続が困難になった者の移り住み先として、地域密着型¹⁾のケアハウスや特別養護老人ホーム、グループホームおよび各種のサービス付き高齢者住宅²⁾が適所に配置され、その受け皿

1) 2006(平成18)年の介護保険法の改正により誕生したサービスメニューで、高齢者が住み慣れた地域で住み続けられるように、小規模な利用定員のサービスおよび施設介護を提供する。地域密着型のケアハウスや特別養護老人ホームの場合、定員はいずれも30人未満である。グループホームは1ユニット9人とし、2ユニットまでである。

2) 「高齢者住宅」の明確な定義はないが、主に国土交通省が所管する高齢者向けに特定して制度化された住宅を意味する。シルバーハウジング、サービス付き高齢者向け住宅が該当する。

となる必要がある。また、在宅高齢者には、24時間365日の切れ目のないサービスを保障する夜間対応型のサービス供給体制も必要である。こうした諸施設、諸機能と支援が必要な高齢者一人ずつが適切にネットワーク化され、その網の目からこぼれ落ちる人がいなければ、まさに地域包括ケアシステムだといえる。

では、こうした環境をいかに構築するか。そのための方法を以下に述べる(図9-2)。

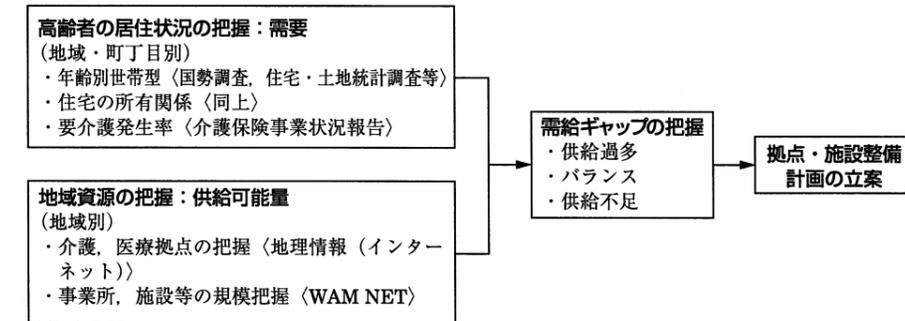


図9-2 地域における居住とケア環境の整備に係る実態把握と計画の立案方法

2 高齢者の居住状況の把握

地域包括的なケア環境を整えるための大前提として、まず、地域における高齢者の居住実態を精緻に把握する必要がある。居住状況によって、高齢者が必要とする支援やサービスがまったく異なるからである。反対にいえば、高齢者の居住実態の把握ができれば、現在および将来において、どのような介護需要が発生するのか、その内容や量を容易に予測できる。

高齢者の居住実態を把握する上で、重要な条件は次の三つである。第一に年齢と世帯型、第二に住宅の所有関係³⁾、第三に要介護発生率である。これらは、国勢調査、住宅・土地統計調査およびこれまでの介護保険事業に係る実績値を用れば、容易に把握することができる。特に、住宅分野においては、1980年代後半から地域高齢者住宅計画⁴⁾、住宅マスタープラン⁵⁾等の行政計画の策定において、地域別、町丁目別に世帯型と住宅型を量的に把握し、その特徴を解析する手法が既に開発されている。それを援用すればよい。

第一の指標の年齢と世帯型から、高齢者の加齢の進行程度と同居家族の有無をみることができる。高齢者とは統計上は65歳以上をいうが、これは現行の年金受給開始年齢と連動している。この年齢以上の者は、一般的には退職し年金などで生活しているが、

3) 総務省統計局が行う「住宅・土地統計調査」では、主世帯については住宅の所有関係は持家、公営借家、公団・公社の借家、民営借家、給与住宅に分類されている。

4) 1986(昭和61)年から開始された当時の建設省による施策。市町村単位で、居住水準に困窮する高齢者世帯の量を統計資料に基づき算定し、さらに地域毎にそれを分析したカルテを作成し、対応策としての供給計画を立案する。その後、住宅マスタープラン策定事業に吸収された。

5) 国土交通省による施策で、住生活基本法に基づき、都道府県および市町村が住宅政策の基本理念や方向性を明らかにし、住宅・住環境整備の指針とするための計画。