

# 第10章

## 社会福祉施設の再編と ケアリングコミュニティづくり

——ケア付き住宅からケア付きコミュニティへ——

小山 剛

### 1 社会福祉と介護保険

#### (1) 従来施設の役割と転換の理由

従来の老人福祉施設は社会のセーフティーネットとして設計されていたことから、自宅で豊富な家族集団による介護生活を継続することが困難になった者に対して、救済の意味でこれを支えるものであるために、個人の尊厳を守ることよりも、より多くの在宅生活困窮者を効率的に支える仕組みとして「大規模集約型」でこれを支えることを目的としていた。

また特別養護老人ホームへの入所については、1963年施行当時の老人福祉法第十一条の三に「六十五歳以上の者であつて、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを特別養護老人ホームに収容させ……」と規定されていたように、施設は本人の希望や本人の理由ではなく、これを介護していた家族側の理由による収容であった。

しかし機械化される以前の、第1次産業である農業などの生産業を中核としていた大家族の介護を受けることができないマイノリティな利用者の時代から、産業構造が変わり、拡散・少子化した現代では、家族によるフルタイムの介護を受けることができない利用者のほうがマジョリティであり、なおかつ介護者ではなく当事者自身を支援するためには、介護者救済を目的として効率性を求めた従前の大規模集約型施設で支えることは困難になってきたのである。

つまり施設ケアの今後を考える時に、既存の施設ケアの発展型として考える

のではなく、普通の暮らしができなくなった時に、また地域社会で、あるいは自宅で暮らすことができなくなったことを、緊急一時的に支える仕組み、つまり避難所としての機能が従来の施設の役割であったと考えたほうが理解しやすい。

利用者自身の尊厳を守るために、また暮らし慣れた地域社会での生活を支援するために、今後の社会福祉施設は地域社会における暮らしを支える基盤にならなければならないし、何よりも地域の中に存在しなければならない。

## (2) 救済から保険による生活保障への転換

わが国の介護保険法は、10年にわたる基盤整備をしてからスタートしている。1990年にスタートした高齢者保健福祉十カ年戦略（ゴールドプラン・新ゴールドプラン）において、在宅三本柱と言われたショートステイ・デイサービス・ホームヘルプを中核とした各種サービスの整備目標を常に掲げ、基盤整備にあたった。しかし整備の中心にあったショートステイの利用理由は、利用者たる高齢者の理由ではなく、これを常時介護している家族が不在になることを理由にしているし、デイサービスも高齢者自身の理由というよりは、これを介護している家族の休息のために利用される場合が多く、そしてホームヘルプはその原点である家庭奉仕員制度に見られたように、1週間に2回、1回当たり2時間以内の支援では、本人のためではなく、常時介護している家族のための支援といっても過言ではなかった。

しかし2000年4月に施行された介護保険法は、措置から保険サービスへ仕組みを変えただけではなく、本人名義の本人負担による本人のための保険という、主体が当事者にあるという利用者意識の転換にも大きな意味をもっていた。

それまでの措置制度においては、施設利用は言葉こそ「利用」であったものの、その実態は「措置」という選択肢をもたない行政処分であった。

またその財源も税金であったことから、集められた税金の分配であるために、利用者ニーズとは必ずしも一致しないことや、社会構造の変化に追従しないために、緊急一時避難場所としての施設の増設や、医療機関への社会的入院という非効率な負担は減少していなかった。

介護保険法の施行は、わが国の5番目の社会保険として、利用する側の自立に対する自覚と責任、さらには経済的な負担を求めたもので、このことは利用者ニーズに直接対応できる点で理解しやすい仕組みであるし、何よりも利用する者が主体であることを明確に打ち出したことに意味がある。

## (3) 2015年の高齢者介護が目指したもの

わが国の福祉サービスにおいて、保険料という新たな負担によってスタートした介護保険は前述したように利用者主体という意味で画期的なシステムであったが、スタート時の在宅サービス供給量の低さと、サービス利用における施設と在宅の費用負担の格差から、当初は目指していた在宅指向は進展せず施設利用も増加し続けていた。

また介護保険において利用者1人ひとりに対して要介護認定という評価が実施されたことにより、初めて認知症の実態がわかり、この対策が急務であることが把握されたことから、先の歪みを是正することと合わせ高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護」（2003年6月）が作成されたものと思う。

この報告書において中心をなしているものは、将来の高齢者人口のピーク世代となる団塊の世代が65歳以上となる2015年までの方向性についてであり、尊厳を支えるケアの確立をメインテーマに、①介護予防、②生活の連続性の維持（365日24時間ケア、小規模多機能サービス拠点、新しい住まい、ユニットケアなど）、③新たなケアモデルの確立（認知症高齢者ケア）が挙げられ、詳細な提言がちりばめられている。中でも今日のテーマとなっている地域包括ケアについても詳細な指摘がなされていることは特筆されるものである。

加えて2004年7月には社会保障審議会介護保険部会が介護保険法の改訂に対して、「2015年の高齢者介護」の具体的提案というべき「地域密着型のサービス」「地域介護・福祉空間整備」「サテライト型居住施設」という新たな方向が矢継ぎ早に出され、次いで2005年10月には前倒し改正で居住費・食費の自己負担が開始され、2006年4月には介護予防や小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスが創設されたのである。

そしてこれらの目的はいずれも従来施設での生活ではなく、新たな施設ケア

の展開や地域における生活の継続を目指している点が注目されるのである。

## 2 社会福祉施設の再編

### (1) 従来施設のゆくえ

従来の施設において課題とされているのは、第1に、多くの施設が地域社会から離れた場所に位置していることであり、このために施設利用は自分自身のそれまで築いてきた地域社会での生活を失うということにある。

施設側の言い分としては、大規模施設の建設地を自前で用意しなければならないことから、必然的に土地代の安価な郊外になってしまうというものの、これを利用する側は、行きつけの店から離れ、家族どころか友人・知人もベットからも離れなければならない、自分自身の体1つで移住しなければならない。つまり食事・排泄・入浴などの介護を受けることができても、自分自身が築き上げてきた生活をもち込むことはできないのである。

第2には、救済をベースとしていた施設では、より多くの人を、より効率的に支援する仕組みであることと、短期間の中で治療を最優先する医療機関（病院）をモデルとしたために、効率的な多床室などの形がとられ、個人の生活を支えることが困難な環境にあったということである。つまり短期間で自宅に復帰するのであれば8人部屋でも6人部屋でも4人部屋でも耐えることができるかもしれないが、在宅サービスの不足から復帰できない状態が続くと、集団生活のままで生涯を終えることになってしまうという最悪の結果を招いていた。

また施設の大小を問わず施設の形態をとる以上、効率化と個人の生活支援という、いわば非効率性との狭間で調整に苦悩しなければならないケアする側の課題も解消されていない。

そこで現状打開策の1つとして、長期化した生活環境の解決策、また個人の生活に焦点をあてたケアの視点を再確認する手法としてユニットケアが打ち出され、今後の施設政策の中心として、既存施設の個室化、新規施設の個室化・ユニット化が進められているところである。

ここで留意しなければならないことは、生活環境としてのハードを整備する

ことはもちろんであるが、その人の生活（人生）を極力移動させることなく整備するために、新設であれば地域社会のニーズに合わせたサイズで分散させる視点が必要であるし、また従来型の改修であれば、一時的な目的として施設内を改修し、次の目標を地域社会に分散する視点をもたないと、生活をなくした収容生活に変わりがないことになる。

つまりそれまで暮らし続けてきた本人の生活を継続して支えるということと地域性は密接にリンクしているということである。

### (2) 施設に対する意識の転換

後に述べるこぶし園が1982年に特別養護老人ホームを開設した当時、入所された方々の声は「どうしてここにつれてきた、早くつれて帰れ」と泣きながら家族に訴える人、「おばあちゃんごめんね、こんなところにつれてきて」と泣きながら帰っていく家族が目の前の現実であった。

また在宅訪問の中で、家族介護の限界から子ども夫婦の離婚や、介護者自身が倒れていく状況、そして利用者自身もぎりぎりの生活をしている状況など現実の介護支援体制の脆弱さが確認できた。

もちろん中には施設を利用することによって様々な危機が回避され良かったと評価されるケースもあるが、多くの場合は入所要件の通り介護者のニーズが解消されるだけで、本人のニーズは解消されないといっても過言ではない。

そして依然として「施設が足りない」「施設に入れたい」という声が多くあるが、「自分自身が施設に入りたい」という声を聞くことはない。

ということは、本当は施設入所を望んでいないが、「これにかわる支え方がないから」「家族だけの介護には限界があるから」だから仕方がないと思っているのが現状ではないかということである。

施設が長い間担当してきた「措置入所」は、家族の救済を目的としたものであったことから、高齢者自身の希望より家族生活の継続が優先されていた。

しかし2000年から施行された介護保険は「本人主体」を原則とした、本人が費用負担する本人のための保険に変わっているのであるから、施設利用の可否に対しても当然高齢者本人の意思が反映されなければならないし、利用に際し

でも生活保護で選択できる住環境にも満たない脆弱な住環境・生活環境は改善しなければならない。

### 3 サポートセンター構想

#### (1) サポートセンター構想とは

こぶし園は1982年4月に、新潟県で20番目の特別養護老人ホームとして開設したが、周辺エリアにサービスがない時代であったことと、国立療養所の移転統合と重なったために、利用者の中心を長岡市としていたものの、19市町村という広域から入所を受け入れていた。

また当時の施設の機能では、家庭介護者の負担の解消と要介護状態に対する支援は可能になったが、利用された要介護高齢者自身にとっては暮らした地域社会から隔離されることになり、見知らぬ他人との集団生活を余儀なくされていた。

そこでこれらを打開する取り組みとして、現在の地域包括ケアシステムの原型のようなサポートセンター構想をスタートさせた。

サポートセンターとは地域にある様々なサービスを統合して地域包括ケアを組み立て、地域社会での暮らしの延長を支援するものと、既存の施設に集約され生活してきた利用者を、既存の施設を利用者がそれまで住んでいた地域社会に分散させて、利用者の生活を地域に戻していく手法のことであり、「できるかぎり現在の生活を継続したい」という利用者自身のニーズと、心身・費用とも過重な負担をしいられる在宅介護者の双方を支えるシステムとして構築したものである。

このシステムを構築するためのベースとして、当初は在宅生活に緊急事態が生じて介護生活を丸抱えできるショートステイの拡充を目指した。その理由は、在宅サービスが脆弱であるためすべてを抱えられないことから、家族介護が生活の半分を負担し、残り半分をショートステイで支える仕組みとして、徐々に在宅サービスを整備・強化していく中で、家族介護に依存した部分をフルタイムサービス整備へと移行するためである。

これはアメリカのPACE (The Program of All-inclusive Care for the Elderly) という取り組みに影響を受けたもので、地域生活を自分たちで守るためには、単品サービスではなく包括的ケアシステムが不可欠であり、その実践をヒントとしてサポートセンター構想が生まれた。

つまりサポートセンター構想とは、バリアフリーの住環境と介護・看護・食事を提供し、24時間365日連続した安心を提供するという、従来施設が提供しているものと同様のサービスを、できる限り暮らした自宅やその近くで提供することを目指したもので、現在の地域包括ケアの原型になっている。

現在の特別養護老人ホームの方向である「ユニットケア・個室化」は大人数の施設を小割にして集団処遇から個人の生活を支えることを目指す手法であるが、たしかにハードは個別化していくことができるものの、効率化を命題としている施設ケアにおいてはマンパワーの個別化が困難であるし、現在のシステムでは何よりも家族関係や近所付き合いから離れなければならない場合が多い。

サポートセンターはこの意味においても「ユニットケア・個室化」の地域版と言えるものであるから、介護を受ける個人の生活を守りながら家族関係や近所付き合いを継続していける利点がある。

#### (2) PACE とは

PACE とは高齢者包括ケアプログラムのことで、マネージドケア介護プログラムの代表例として知られている制度で、1971年にサンフランシスコの中国人社会を中心としたオンロックにおいてスタートしたものである。

このプログラムの目標はデイケア+医療を中心に様々な在宅サービスを提供することで、目的は「施設や病院に入所・入院をせずにできるだけ在宅生活を延長する」ことにあり、現在はメディケアのプログラムとしても位置づけられている。

こぶし園でも1982年に特別養護老人ホームを開設以来、包括的サービスの提供による在宅生活の延長を目標としてきた。アメリカのような医療を含めた包括払いシステムにはなっていなかったが、包括的な在宅サービスを提供することにより「施設や病院に入所・入院をせずにできるだけ在宅生活を延長する」

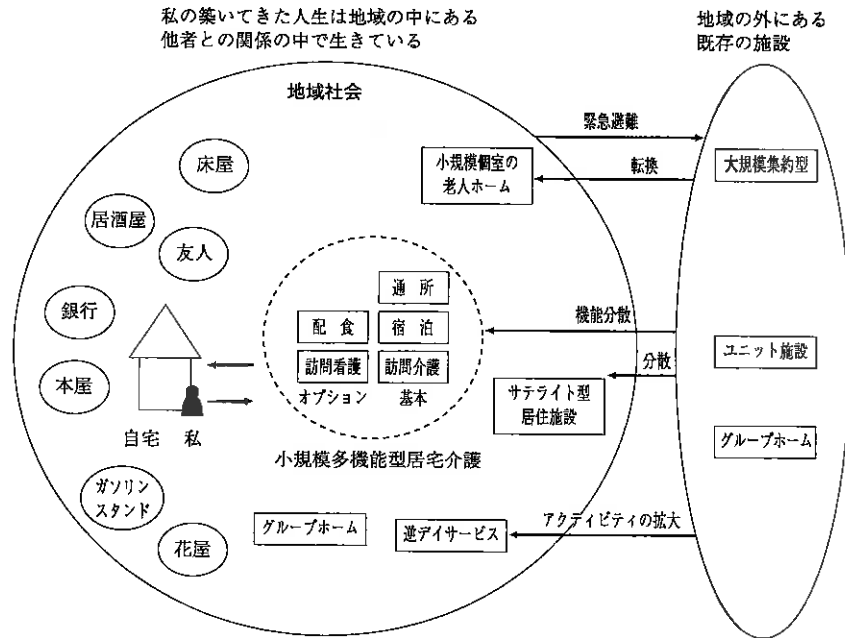


図10-1 地域で暮らし続ける仕組み

という目標は同じであったため、日本版のPACE構築を目指し包括的ケアシステムの構築を進めてきた。

そしてこのことは提携コミュニティのある北欧スウェーデンで1980年代から展開された「施設の新設廃止」「従来施設のユニット化」の先にある在宅生活の延長とも同じ方向であった(図10-1-2)。

### (3) 包括的ケア提供の意味

こぼし園がフルタイム・フルサービスづくりに専念し、現在もつくり続けている理由は、従来の大規模集約型のサービスではなく、小さなフルタイムサービスが地域に点在し、それぞれのサービスが補完し合い、包括的サービスにより利用者の在宅生活を保障しようとしているからである。

またこの小さなサービスの1つひとつはグループホームのような小規模単独型と同じように見えるが、小規模単独型では支えきれない多様なサービスと個

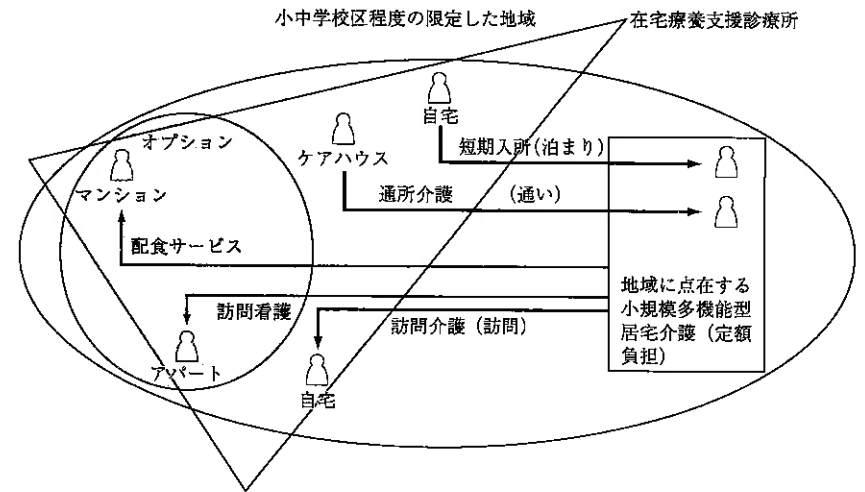


図10-2 地域包括ケアシステム

(暮らしの中に、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能〔施設の箱をはずして、機能を地域に展開すること〕)

人の努力だけでは補うことが困難な継続的サービスを保障しなければならない。

しかし介護サービスの多くはまだまだに施設利用が多くあり、その理由は在宅志向であったはずの介護保険の導入以後も在宅と施設サービスに格差がありすぎることにある。

たとえば同じ要介護度の認定を受けた場合でも、施設サービスでは介護度にリンクしない豊富なサービスが定額で提供されることに対して、在宅では使うサービス自体が不足していることやサービスの上限を超えた場合には自己負担しなければならないということで、費用負担の格差がある。それに加えてサービス内容も施設に夜勤者をはじめとする24時間365日連続ケアがあるのに在宅では無いことをみても、その格差は容易に理解することができる(図10-3)。

地域住民の多くのニーズが「できる限り今までの生活を続けたい」ことをあることを認識して、これらを支えられるサービスシステムを構築しなければならない。多様なニーズをもっている対象者に対しては、提供されるサービスも様々な種類が必要だということで、早くから法人負担の大きい先駆的・開拓的事業に取り組みながら、多様なサービスメニューを用意してきたのはこのため

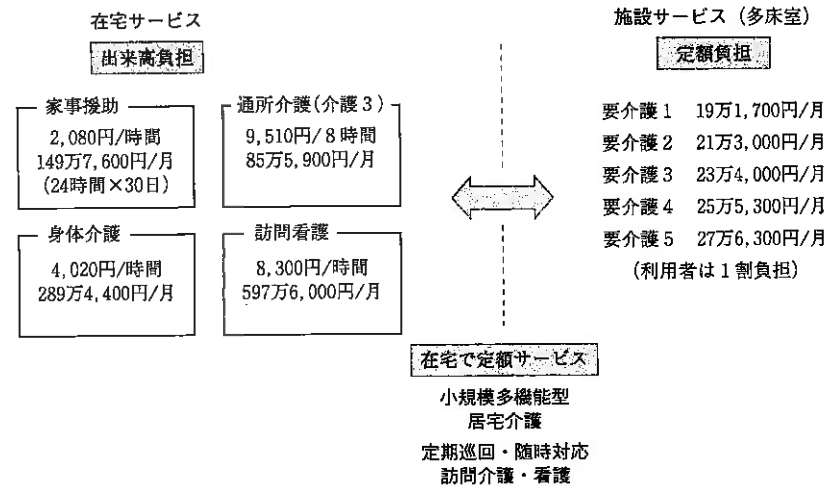


図10-3 負担の方法

であった。

#### (4) 社会福祉法人の使命

寄附や税金の優遇措置を受けながら、地域社会からボランティアなど様々な協力を受ける社会福祉法人の使命 (mission) は、一般社会の常識である顧客の満足 (Customer Satisfaction) だけではなく、地域社会の満足 (Community Satisfaction) をも目指すことにあり、地域社会と共同してサービスを提供していく際には本当の意味で地域社会の望む在宅サービスを提供することができなければ「共同」していくことはできないと考えている。

この中で残念なことであるが、社会福祉法人の中には地域社会に対する先駆的な取り組みをしないで、市町村から法人負担分の負債の支援を受け、その資金で土地を購入し、その上に市町村からまた負担をしてもらって施設をつくるという例や、公的補助のない時代にはわずかな数しか整備されなかったグループホームが、補助金の対象となった途端に雨後の竹の子のように作り手が現れるという、利用者ニーズとは無縁な営利が目的であるような社会福祉法人も現れた。

しかし社会福祉法人はどんな状況であろうと、「地域社会のニーズを解消すること」「その人らしい生活を支えること」を使命としていることから、その方向性を社会に対して具体的に提案する責任があり、サポートセンター構想の提案はそのために不可欠なものである。

#### (5) サポートセンターの形態

サポートセンターとは「施設でも自宅でもない、多様なサービスを利用して地域社会で普通に暮らす手法」「自分自身が利用したいサービス」の実現に向けて具体的に提案したものであり、その形態も地域の状況に合わせて多種多様な形態をとるため、現在整備している13のセンターの形態で確認したい。

##### ①サポートセンター深沢 (写真10-1)

従来型の特別養護老人ホームでスタート、順次在宅サービスを併設してきたが一般の社会生活から離れている立地からのサービスは、移動時間がかかり非効率であることと、利用者自身の生活からも離れているため分散を開始したセンターであり、最終的にはすべてのサービスの移設を予定している。

##### ・既存施設の分散拠点

- 特別養護老人ホーム (定員30名, 小規模型)
- 短期入所生活介護 (定員7名)
- 訪問看護 (365日夜間救急対応)

##### ・在宅複合型サービス拠点

- 短期入所生活介護 (定員70名)
- 訪問介護 (24時間365日対応)
- 配食サービス (3食365日対応)
- 通所介護 (定員40名, 365日対応)
- サテライトデイサービス4カ所
- 認知症専用通所介護 (定員10名, 365日対応)
- 居宅介護支援事業所 (24時間365日対応)

##### ②サポートセンター関原 (写真10-2)

地域に点在している他のサービスと連動したサービス供給を構築したネット

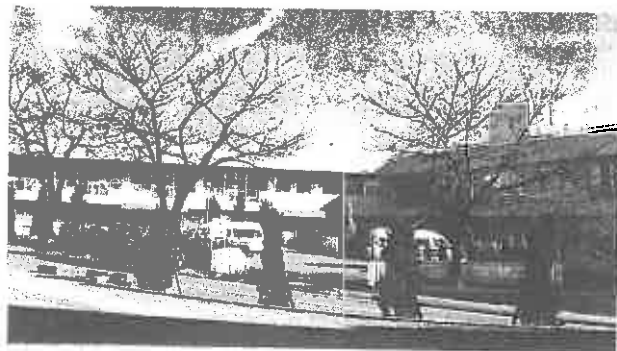


写真10-1 サポートセンター深沢



写真10-2 サポートセンター関原

ワーク型センターである。

• 在宅複合型サービス拠点

小規模多機能型居宅介護（登録定員25名，通い15名，泊まり9名）

配食サービス（3食365日対応）

訪問介護（24時間365日対応）

通所介護（定員26名，365日対応）

③サポートセンター上除（写真10-3）

地域に点在している他のサービスと連動したサービス供給を構築したネット



写真10-3 サポートセンター上除

ワーク型センターである。

• 在宅複合型サービス拠点

認知症対応型協同生活介護（定員18名）

居宅介護支援事業所（24時間365日対応）

地域交流スペース

• ボランティアサロン

• 福祉ミニ図書館

• 研修室（各種研修会場など）

④サポートセンターしなの（写真10-4）

市の事業を代行するPFI事業として高齢者センターを委託，同建物内で高齢者のフィットネスや医療機関，フルタイム・フルサービス事業と住まいとしてのケアハウスを提供する大型の地域包括ケアシステムである。

• 健康の駅ながおか

高齢者センターしなの

しなのハートクリニック（内科・歯科）

しなの健康倶楽部（高齢者用フィットネスクラブ）

• 在宅複合型サービス拠点

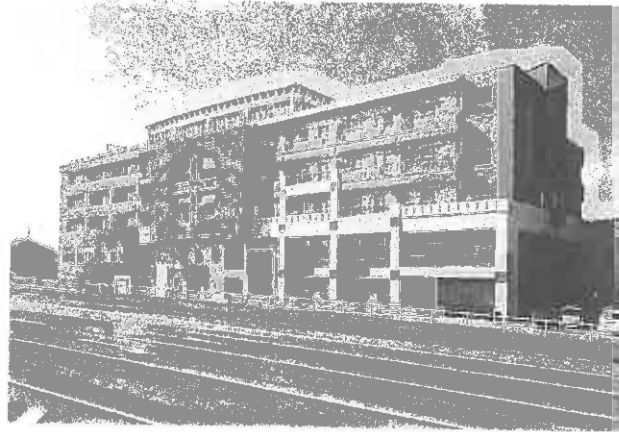


写真10-4 サポートセンターしなの

ケアハウス（定員40名）

訪問介護（24時間365日対応）

訪問看護（365日夜間救急対応）

配食サービス（3食365日対応）

通所介護（定員30名，365日対応）

認知症専用通所介護（定員10名，365日対応）

居宅介護支援事業所（24時間365日対応）

⑤サポートセンター永田（写真10-5）

民間の資源（土地・建物）を活用して、フルタイム・フルサービスと住宅を併設したコラボレート型のサポートセンターで、現在のサービス付き高齢者向け住宅の先鞭モデルである。

・在宅複合型サービス拠点

配食サービス（3食365日対応）

訪問介護（24時間365日対応）

通所介護（定員26名，365日対応）

居宅介護支援事業所（24時間365日対応）

バリアフリー住宅（定員8名）

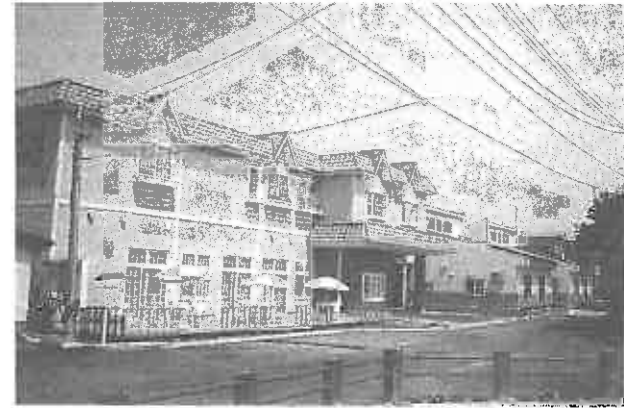


写真10-5 サポートセンター永田



写真10-6 サポートセンター撰田屋

⑥サポートセンター撰田屋（写真10-6）

既存施設の地域分散のさらなる発展型で、特別養護老人ホーム各室の玄関を外向きに設定し、通常のアパートと同様に外からの出入りを可能にした。また、地域の高齢者だけではなく、共に暮らす地域の住民（大人・子ども）も共有するスペースを併設しており数少ない地域社会の共有モデルとなっている。

・既存施設の分散拠点

地域密着型老人福祉施設（定員20名，サテライト型）

・在宅複合型サービス拠点

認知症対応型協同生活介護（定員9名）



バリアフリー住宅（定員10名）

小規模多機能型居宅介護（登録定員25名，通い15名，泊まり6名）

配食サービス（3食365日対応）

キッズルーム

カフェテラス

### （6）サポートセンター展開の留意点

最初にサポートセンターは箱物づくりではないことに留意することが重要である。つまり小規模な収容型の多機能施設を多くつくるが必要なのではなく、地域社会と共同して地域社会にフルタイム・フルサービスという施設の機能を分散することが求められている。

どちらも同じように見えても、小規模な施設をつくるということは利用者の生活を施設に集約する意味では既存の施設と同様であり、フルタイム・フルサービスという施設の機能を分散させるということは、利用者の住まいが自宅であろうとアパートであろうと、さらにはケアハウス等であろうと関係なく、利用者自身の暮らしを変えずにサービスを提供しようとするものだけということなのである。

このためにはまずサービスを提供する側の意識を転換させることが重要である。在宅サービスを拡充し、スタッフにも様々なサービスを体験してもらえば地域社会のニーズをしっかりと学ぶことができるので、このことから利用者および利用者を取り囲む地域社会の意識転換を図る取り組みに展開を広げることが重要だ。

また社会福祉法人の先駆的投資の意味はまだ社会にはあまり理解されていないものの、地域にとって重要だと思われることに対して、実践を通して検証し、これを実行することが困難であればそこに地域のボランティアが結集し、それでも困難でおかつ必要なものであれば、初めてここに税金が投入されるものであるから、その前段に社会福祉法人は非効率・低収益であっても地域で必要とされるものに対して取り組む使命がある。

だからサポートセンターのように補助事業の対象になっていない先駆的な事

24時間365日の生活を守るホームヘルプと在宅用のテレビ電話のナースコールシステム

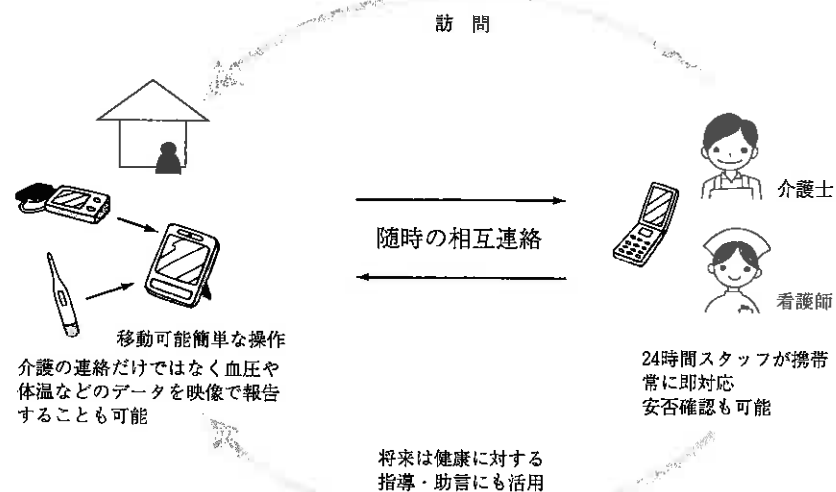


図10-4 住宅の安心を支える仕組み

業に対しては、建設費用を抑える等の工夫と地域社会の理解が重要である。

このための事例として廃業した建築会社の職員寮を借用し改造して使用することでイニシャルコストを抑え、様々なサービスを1カ所にまとめることでそれぞれのイニシャルコストの分散を図ったケースもある。

またサポートセンターは小規模な施設ではなくフルタイム・フルサービスという施設機能の分散であることから、サービスの対象者はサポートセンター内だけということではなく地域社会全体であり、地域社会全体をサポートするための在宅サービスの事業所自体の拡大と連携により、包括的なサービスのメリットは利用者・事業者双方に発生する。

ただしこのためには、既存の特別養護老人ホームなどの施設で提供されていることと同様の24時間365日継続するサービスがあることと、すべての種類のサービスが用意されていなければならないことは言うまでもない。またこれを提供するために、人的な配置だけでは不十分で、IT機器類の導入も重要な課題であり、すでに在宅用のテレビ電話の映像によるナースコールを使用する時

代に入っている。このシステムにより、訪問しなくても安否確認が24時間実施でき、介護の連絡だけでなく、血圧や体温などのデータを映像で報告することもできる。将来的には健康に対する指導・助言への活用も期待されている（図10-4参照）。

1週間に数回しか配食サービスがない、また夜勤者がいない施設が機能しないことと同様に、在宅においてもすべてが連続しなければ生活を支えることはできないことから、このことができない在宅サービスは経営できないということになるのである。

#### 4 ケアリングコミュニティへの道程

2002年1月にオープンした最初のサポートセンター三和は、開設した事業者側にも大きな驚きをもたらした。

これまで施設開所時の見学会というと、その参加者の多くが関係者や利用させようとする側がほとんどで、当事者の見学はほとんどなかったのであるが、サポートセンターの見学会ではその多くが、市外に別居している子どもたちと当事者たる高齢者が一緒であった。

その理由は、高齢者自身は今の生活から離れたくないの子どもとの同居を考えておらず、従前の施設は利用したくない、そして子どもたちは親の今後の生活に不安があるものの離れて暮らす自分たちが支えることはできないと自覚しているというもので、サポートセンターのシステムが双方の不安を解消するものであったということである。

その結果、わずか4室しか用意していなかったバリアフリー住宅（現在は有料老人ホームに該当）に、見学会当日だけで数十名の希望が出されることとなり、あらためて地域社会のニーズとサポートセンターの意義を再確認した。

次いでチャレンジした民間とのコラボレート型サポートセンター永田は、民間の資源である土地と建物の活用を目指した新たな取り組みであった。これは従来社会福祉法人が負担していた土地と建物、いわゆる住まいの部分民間に委託し、社会福祉法人はその専門である生活支援に特化するということである。

このことにより事業者側は住宅部分が切り離されることでインシャルコストへの負担が軽減され、民間はアパート経営にフルタイム・フルサービスが隣接することで大量の対象者層である高齢者の継続的な利用が期待され安定経営を図ることができるので、双方にとってメリットがある。

そして何よりも利用者自身にとって、フルタイム・フルサービスの提供により暮らしなれた地域社会から離れることなく生活を継続することが可能になるシステムである。

しかし従前の住宅改修型サポートセンター内にバリアフリー住宅を設置した場合は、他のサービスとインシャルコストを分散していたので部屋代を安く設定できたが、サービスとバリアフリー住宅を分割して建てるとバリアフリー住宅部分の部屋代が高くなるという課題が浮上した。

介護保険施設に残された「居住費と食費に対する補足給付」が在宅生活には適応されないため、市から介護支援を行う事業所と併設もしくは隣接する民間バリアフリー住宅（制度名は在宅支援型住宅）に対して、家賃補助になる建設補助金が支給されることになり、このことは民間業者に対する大きなインセンティブとなった。これはフルタイム・フルサービス部分を介護事業者が担当し、バリアフリー住宅部分を民間が担当、そしてこれを行政が支援するという、いわば官民合体の地域生活支援システムとも言えるものになった。

またこの後も行政の土地を無償で使用するPFI事業による高齢者センターをベースに、広域の地域包括センター機能を結集したサポートセンターしなのに発展している。

加えて、2005年10月改正であった、「居住費・食費の自己負担」の実施により住まいの選択が利用者自身にあることが明確にされ、その選択肢として既存施設の地域分散がサテライト型居住施設として認可されたことにより、地域内における介護生活の延長が可能になった。

また地域社会の介護支援も従前の出来高払いの仕組みから、在宅サービスを選択しても、施設と同様の定額払いである小規模多機能型居宅介護が制度化された意味は大きく、介護のために移住せざるをえなかった時代からそれまでの地域内での暮らしを持続する時代に入ったと言える（図10-5）。

介護付き住宅ではなく、介護付きの地域社会が可能。道路が廊下、自宅が居室となる。

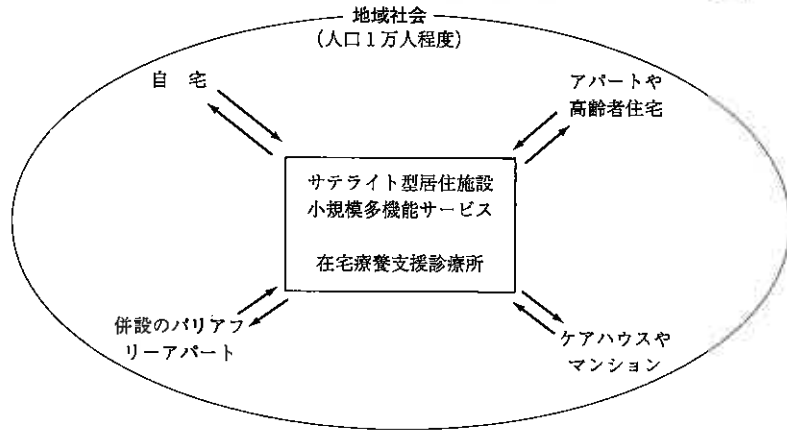


図 10-5 地域社会が1つの施設・病院

さらに小規模多機能型居宅介護事業に訪問看護業務を合体させた「複合型サービス」や、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」という、施設内では提供されていた24時間365日連続する介護看護と同様のサービスが、地域内においても「定額」で受けることが可能になった。

つまり、従前のように連続的なケアを求めてそれまでの生活から離れるのではなく、それぞれの地域の実情と個人の負担能力に合わせたバリアフリー住宅の選択と、生活の継続を支える24時間365日連続する介護サービスは別々に選択できる時代を迎えたということである。

このため従来の社会福祉施設はセーフティーネットとして設定していた低質なハード（生活保護の住宅扶助で確保される住環境に満たないもの）からの転換を求められている。自身で転換を図ることも選択肢であるが、地域社会の資源を活用して、生活基盤を地域社会の中に移設することと、低質な寝室から普通の住まいを提供することが求められている。

このことと並行して「定額」で24時間365日利用できる在宅サービスが用意できた社会であれば、だれもが望むそれまでの暮らしの継続を支えることが可能になり、このために社会福祉施設は地域社会を含む生活エリアへの再編を行わなければならないし、このことと在宅サービスの拡充がケアリングコミュニ

ティ、つまりケア付き施設や住宅の時代ではなく、ケア付き地域社会を構築することになるのである。

いずれにしても、従前の二人称や三人称ではなく、サービス事業者や利用者でもなく、個人としての市民1人ひとりが「一人称」で自分自身の望む生活を想定するならば、必ず現在の社会福祉施設は再編せざるをえないし、ケアでつながるコミュニティでの生活を望むことになるであろう。