

高齢者住宅のあり方 に関する提言

2010年11月25日



高齢者住宅経営者連絡協議会
The Council of Senior Housing Industry Executives

目次

高齢者住宅経営者連絡協議会 政策提言委員会について	1
1. 高齢者住宅経営者連絡協議会の設立の目的	
2. 政策提言委員会の趣旨・目的	
3. 政策提言委員会委員	
4. 政策提言委員会のスケジュール	
I 提言の趣旨	3
1. よりよい高齢者住宅の供給促進のために	
2. 提言の内容	
II 高齢者住宅のあり方に関する提言	
1. 高齢者住宅経営者連絡協議会が考える「高齢者住宅」のかたち	
提言1 高齢者住宅を「終身にわたり、自立のための支援や介護が行われる集合住宅」と定義し、“住まい”の発想に立った生活環境の実現を目指す	5
提言2 高齢者住宅の種類があまりにも多すぎて利用者にはわかりづらいため、類型の簡素化を進めるべきである	7
2. 高齢者住宅整備のためのビジョンと供給目標数値の明示	
提言3 高齢者住宅の供給促進にあたっては、国は量的拡大および質向上のための具体的ビジョンや戦略を示すべきである	10
提言4 要介護者向けの介護施設や認知症高齢者グループホーム、介護付有料老人ホームは不足している。これら的高齢者住宅については、供給目標数値を明示するべきである	11
提言5 国は、欧米諸国と比較した場合のわが国の自立・軽度者向けサービス付き高齢者住宅の不足を強調しているが、むしろ不足しているのは要介護者向けである	14
提言6 民間事業者の自由な参入を抑制する「総量規制」の撤廃が急務である	18

3. 高齢者住宅を規定する法令・制度の改善

提言 7 利用者の視点に立った高齢者住宅を増やすためには、集まって住んでいることのメリットを生かした柔軟かつ効率的なサービスの提供を認めるべきである……………21

提言 8 高齢者住宅の供給を促進するために、高齢者住宅の種類ごとに異なる建築関連の法規制を再考するとともに、“住まい”との視点から用途を「高齢者住宅」として新たな統一を図るべきである……………25

4. 良質な高齢者住宅の供給促進と優良事業者の保護・育成

提言 9 高齢者住宅の供給促進策としては、建設費に対する助成措置ではなく、事業者向けファイナンスの拡充や、オーナーに対する税制優遇、入居者向けの家賃補助などの充実を目指すべきである……………27

提言 10 不動産の証券化・流動化など不動産金融の仕組みを活用してファイナンスの多様化を図り、高齢者住宅の供給促進を目指すべきである……………29

5. 高齢者住宅における良質なサービス提供の実現

提言 11 高齢者住宅のマネジメント向上のために、介護職員の医行為の規制緩和を進めるとともに、医行為加算を創設するべきである……………31

提言 12 介護資格の専門性を高め、介護従事者の社会的地位の確立を目指すべきである……………34

6. 高齢者住宅の利用者の利益に資するために

提言 13 高齢者が利用しやすい暮らしの総合相談窓口の設置を急ぐとともに、住み替え支援制度の充実を図ることが必要である……………37

提言 14 高齢者住宅の入居一時金方式については多数の入居者が利用しているという実績があり、一定の評価をするとともに、課題解決のための検討を行うことが必要である……………40

提言 15	高齢者が「住みたい」と思えるような居住空間のあるべき機能と、自立支援や介護のための対策を定量的に示すことが重要である……………	43
提言 16	入居検討者の選択に役立つような、高齢者住宅に関するわかりやすい評価スケールをつくるべきである……………	46
卷末資料 (図表 6)	……………	48
高齢者住宅経営者連絡協議会 会員名簿……………		50

※本文中の図表については、出所表記のないものはすべて「高齢者住宅経営者連絡協議会作成」である。

高齢者住宅経営者連絡協議会 政策提言委員会について

1. 高齢者住宅経営者連絡協議会の設立の目的

高齢者住宅経営者連絡協議会（以下、本協議会）は、高齢者住宅業界の発展と地位向上を目指すことを目的として、2010年4月に設立された任意団体である。

高齢者住宅の経営に携わる者が広く集い、経営上課題となる事項を改善するための協議を行うとともに、社会に対して高齢者の住まいに関わる様々な情報を発信し、また高齢者住宅業界の振興の妨げとなる事項の改善や高齢者住宅のあり方に関する政策提言等を行うこととしている。

2010年11月25日現在、44団体（株式会社39社、社会福祉法人3法人、医療法人2法人）が加盟している。

2. 政策提言委員会の趣旨・目的

わが国の高齢者住宅は種類が多く複雑である上、管轄する省庁も厚生労働省と国土交通省に分かれるなど、一般の利用者にとっては非常に理解しづらく、住み替えを検討する際にも必要な情報が集約されていない、どこに相談にいったらよいのかわからないなど、不自由を強いられることが多い。高齢化が進み、高齢期の居住の場としてこうした高齢者住宅を選択する高齢者が増加すると推測される中では、高齢者住宅の関連法制度を再編するなどして利用者にとってわかりやすい仕組みとすることはもとより、運営の質の確保を狙いとした制度改正なども望まれるところである。

2010年5月に発表された「国土交通省成長戦略」では、サービス付き高齢者賃貸住宅の法律上の位置づけを明確化することが謳われており、2011年1月に始まる次期通常国会において、「サービス付き高齢者住宅（仮称）」の新登録制度を主眼とする改正高齢者住まい法の提出が予定されている。また、介護保険制度の次期改定に向けて現在議論が進んでいる社会保障審議会・介護保険部会においては、有料老人ホームの位置づけについて問題提起がなされており、一部の条件を満たした有料老人ホームについては、サービス付き高齢者住宅の新登録制度にも情報を登録できるようにするなどの検討がなされている模様である。このように、行政サイドにおいても、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅といった高齢者住宅にかかる法制度を大きく改正しようとしており、その内容次第では今後の高齢者住宅のあり方を大きく変えることになると思われる。

本協議会では、上記のような社会状況や行政動向を踏まえながら、利用者たる高齢者の利益をさらに向上させるとともに、真摯に事業に取り組む事業者が評価され、一層積極的に事業展開できる健全な市場を実現するべく、2010年9月に本協議会内に政策提言委員会を設置し、高齢者住宅にかかる制度・政策の改善や市場環境の整備について一定の提言を行い、国や地方自治体、関係各所にアピールしていくこととした。

3. 政策提言委員会委員

- 妻鹿 由美子：株式会社オフィス mega 代表取締役
 - 福元 均：株式会社キノシタライフ、株式会社ライフコミュニケーション 取締役
 - 碓田 茂：株式会社サミュエル 代表取締役
 - 浦田 慶信：株式会社生活科学運営 代表取締役社長
 - 田村 明孝：株式会社タムラプランニング&オペレーティング 代表取締役
 - 田中 康夫：株式会社東急イーライフデザイン 代表取締役社長
 - ◎吉村 直子：株式会社長谷工総合研究所 主任研究員
 - 大谷 博：医療法人社団はなまる会 常務理事
 - 高橋 正：株式会社ユーミーケア 代表取締役社長
(委員会事務局) 高齢者住宅経営者連絡協議会事務局
- (団体名 50 音順/◎：委員長、○：副委員長)

4. 政策提言委員会のスケジュール

2010年 9月 3日(金)	高齢者住宅経営者連絡協議会役員会にて、政策提言委員会の設置を決定
9月10日(金)	第6回高齢者住宅経営者連絡協議会定例会にて、委員会の設置および選出委員を報告
9月14日(火)	第1回委員会
9月29日(水)	第2回委員会
10月13日(水)	第3回委員会
10月27日(水)	第4回委員会
11月5日(金)	役員会に素案報告
11月10日(水)	第5回委員会
11月25日(木)	提言書とりまとめ

Ⅰ 提言の趣旨

1. よりよい高齢者住宅の供給促進のために

少子高齢化の進展、家族関係やライフスタイルの変化などにより、一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が急増し、高齢者住宅の需要はますます高まりつつある。現在、法人の形態を問わず様々な分野から多くの事業者が市場に参入し、多種多様な高齢者住宅が供給されている。

急速な高齢化を見据えて、2000年に介護保険法、2001年に高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）、2006年には改正介護保険法、改正老人福祉法、2009年には改正高齢者住まい法が施行されるなど、介護や日常生活支援などのサービスが付いた高齢者住宅の供給が促進されるための制度的環境も整えられてきている。しかし、これらの制度上の課題や矛盾が多いのも事実である。

介護保険制度は発足から10年が経過し、介護を必要とする高齢者を社会全体で支える仕組みとして運用されてきた。しかし、2006年の介護保険法改正により、一部の高齢者住宅に対しては都道府県や市町村による総量規制が始まり、高齢者の需要がある地域であっても、介護付有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護事業所）や認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護事業所）などは開設困難な状態が続いている。

一方、2005年12月から登録制度が始まった高齢者専用賃貸住宅（高専賃）については、2009年5月に改正高齢者住まい法が成立し、同年8月（一部2010年5月）に施行された。これまで国土交通省の所管だった同法を厚生労働省との共管にすることや、高専賃を含む高齢者円滑入居賃貸住宅に住戸の最低面積や設備要件など一定の登録基準を設け、都道府県の指導監督権限を強化するなどの改正がなされた。制定から短期間で法改正がなされ、また多くの事業者が参入してくるなど、高専賃をとりまく状況もめまぐるしく変化している。

さらには、高齢化が急速に進行するわが国では、高齢者の「医療」と「介護」は切り離せない存在であるにもかかわらず、両者の専門性、社会的地位の格差は歴然としており、高齢者住宅においても両者の連携強化は思ったように進んでいない。現在、高齢者住宅では介護職員による医行為が禁止されており、医療・介護を連続的かつ一体的に提供しようとしても限界がある。

良質な高齢者住宅の供給を促進していくためには、改善すべき事項が山積している状況である。本協議会では、利用者にとってよりよい高齢者住宅の普及を図るとともに、優良事業者の安定的かつ継続的な経営を可能とする市場の形成を目指し、高齢者住宅のあり方について今回の提言を行うものである。

2. 提言の内容

本提言では、よりよい高齢者住宅の供給促進のために、以下6つの項目について、合計16の提言を行う。

- 1 高齢者住宅経営者連絡協議会が考える「高齢者住宅」のかたち
- 2 高齢者住宅整備のためのビジョンと供給目標数値の明示
- 3 高齢者住宅を規定する法令・制度の改善
- 4 良質な高齢者住宅の供給促進と優良事業者の保護・育成
- 5 高齢者住宅における良質なサービス提供の実現
- 6 高齢者住宅の利用者の利益に資するために

II 高齢者住宅のあり方に関する提言

1. 高齢者住宅経営者連絡協議会が考える「高齢者住宅」のかたち

提言1:

高齢者住宅を「終身にわたり、自立のための支援や介護が行われる集合住宅」と定義し、“住まい”の発想に立った生活環境の実現を目指す。

【現状】

「高齢者住宅」とは、高齢者のために特別に計画された住宅のことで、一般的には、

- ①1ヵ所に複数の高齢者が集まって居住している。
- ②建物は、高齢者の身体機能や生活特性に配慮した構造・設備・仕様となっている。
- ③居住する高齢者のニーズにあわせた日常生活支援（食事の提供、家事など）や介護、健康管理など何らかのサービスが住宅の職員によって提供される、もしくは提供の体制が整っている。

と定義されることが多い。

本協議会では、もう少し踏み込んで高齢者住宅のかたちを考えてみたい。

【具体的提言】

●「住まい」の発想に立った高齢者住宅を整備することが重要である

本協議会が考える高齢者住宅とは、「終身にわたり、自立のための支援や介護が行われる集合住宅」である。高齢期にどのような心身状況であっても、心から安心して住める集住の場として、「住宅」であることを特に重視したい。

「高齢者住宅」には住まいらしさが求められる。高齢期には、次第に自立力が弱まり、活動の範囲が限定されることも考慮しなければならないが、あくまで高齢者自身が「住みたい」と思える場を提供できなければならない。高齢者住宅への住み替えを考える高齢者の多くが思い浮かべる「今までと同じ暮らしが継続できるか」「今ある心身の能力を維持、または改善できるか」「最後まで暮らせる（住み続けられる）か」という問いに対し、本協議会が考える高齢者住宅は、自信をもって「YES」と答えられるような居住の場としたい。

高齢者の生活を支えるために、様々な機能を機械的・画一的・一方的に提供する場を仮に「施設」と表現するならば、「住宅」とはそこに住まう者の意思が第一に尊重される場である。どのような生活を送りたいのか、どのような支援や介護を受け

たいのか(受けたくないのか)、どのような終末期を迎えたいのか——すべては住まい手である高齢者の意思により決定されなくてはならない。本協議会が「高齢者施設」ではなく「高齢者住宅」を目指すのも、まさにこの点を重視するからである。

●ハード・ソフト両面に配慮した「住まい」を目指す

高齢期に安心して住まえる居住環境を整備するためには、加齢や疾病による心身の機能低下を補う配慮や工夫がハード・ソフト両面で必要となる。

ハード面では、バリアフリー化や加齢に配慮した構造・設備などを導入するのが一般的である。従来は、ともすると機能面にばかり関心が集まっていたが、近年では「楽しんで住まう」ためのデザイン面での新たな提案や実践も増えてきている。諸外国の高齢者住宅と比較しても、わが国の高齢者住宅では、今後さらにデザイン面(建物内外の空間構成、インテリア、照明計画、色彩計画など住空間の演出、造園計画など)での工夫が求められるところである。

ソフト面での対応も重要である。高齢者住宅では、人(医師、看護師、介護士、薬剤師、栄養士、理学・作業療法士、機能訓練士などの専門家、家族やボランティア、地域の人々など)を介した生活支援の仕組みを、高齢者本人の状態やニーズに合わせて柔軟に組み込んでいくことが不可欠である。この仕組みをいかに適切に構築するかによって、高齢者住宅は、入居者が寿命を全うする時まで、個々の尊厳を維持しながら活気をもって暮らせる場となり、また自分らしい死に方ができる場所ともなるのである。

●高齢者住宅が果たす社会的役割を正當に評価することが必要である

良質な高齢者住宅では、自立高齢者の介護予防を図るとともに、要介護高齢者に対しては自己決定を尊重し、残存能力を維持するようなケアが行われ、また認知症に対するケアでは、的確なケアプログラムに基づく各種療法などが積極的かつ効果的に実施されている。

高齢者住宅において入居者の生活支援や介護に携わる職員は、自立・要介護にかかわらず、すべての高齢者の心身が健全であるように様々な支援を行い、また個々の尊厳を守ることを実践している。入居者のQOL(Quality of Life)を維持するためのこうした取り組みの効果については、客観的な視点で高く評価するべきだろう。

また、集まって住んでいることによるコストパフォーマンスの良さ(サービス提供の効率性が発揮されることにより、一定の質のケアを在宅よりも低価格で利用することができる)、雇用創出を含めた地域経済への波及効果など、高齢者住宅が果たす社会的役割については正當に評価するべきである。

今後一層の高齢化が進む中で、「高齢者住宅」は特別なものではなくなっていくだろう。社会になくなくてはならない高齢者の生活の場として、よりよい高齢者住宅を地域に根付かせるためには、高齢者住宅に対する認識を根底から変えることが何よりも必要である。

提言2:

高齢者住宅の種類があまりにも多すぎて利用者にはわかりづらいため、類型の簡素化を進めるべきである。

【現状】

わが国には、12種類にもわたる多種多様な高齢者住宅がある（図表1）。国の福祉政策・住宅政策の中で制度化されてきたものが大半であるが、民間事業として独自に供給されているものも一部ある。

「老人ホーム」と一括りに表現される場合もあるが、あまりにも種類が多く複雑であるために、一般の高齢者やその家族にとっては、それぞれの高齢者住宅での暮らしぶりやサービスの違いを想像しにくく、どれを選択すれば自分の希望がかない、満足度が満たされるのか見当がつかないという人が多い。

種類が多すぎる上に、それぞれが別々の法令・制度によって規定され、管轄省庁も厚生労働省・国土交通省と異なるために、同じようなハード・ソフトを提供するものであっても、利用者にはその実態が見えにくくなっている。利用者本位の視点に立てば、こうした現状は決して好ましいものではない。

【問題点】

高齢者住宅の種類があまりにも多く、複雑すぎるために、一部ではイメージだけが先行して、正しく理解されていないという弊害を生んでいる。とりわけ、「高齢者施設」「老人ホーム」という名称からは、かつての措置時代の多床室型、大人数集団ケアの施設を想像する高齢者も少なくない。

一方、高齢者住宅事業を手がける事業

図表1
種類が多すぎるわが国の高齢者住宅

名 称	
1	有料老人ホーム
1-1	介護付
1-2	住宅型
1-3	健康型
1-4	無届け
2	認知症高齢者グループホーム
3	シニア向け分譲マンション
4	高齢者向け優良賃貸住宅
5	高齢者専用賃貸住宅
6	シルバーハウジング
7	軽費老人ホーム
7-1	A型
7-2	B型
7-3	ケアハウス
8	生活支援ハウス
9	養護老人ホーム
10	特別養護老人ホーム
11	介護老人保健施設
12	介護型療養病床

者側にも混乱を招いている。高齢者住宅の種類ごとに、根拠法令、管轄省庁が異なる上に、建築基準法や消防法などの規定も変わってくる。また、都道府県・市区町村独自の条例や指導要綱などによる差も多々あり、自治体との事前相談や協議のために膨大な時間や人手を要することもある。

さらには、一部の自治体では、担当者が個々の高齢者住宅の法令・制度を正しく理解していないためか、不適切な指導を行う例もあるようである¹。自治体（の担当者）ごとの認識にばらつきがあるために、一部で法律や制度にそぐわない指導が生じることは大きな問題である。しかし、これも元をたどれば、現在の高齢者住宅が複雑多岐にわたることに起因している面があることは否めない。

高齢者住宅の種類が多すぎる現状をこのまま放置していれば、利用者・事業者・行政いずれの関係者のメリットにもならず、混乱やコスト的不利益を生み続けることになるだろう。

【具体的提言】

●高齢者住宅の種類の簡素化を進めるべきである

あまりにも複雑になりすぎた現在の高齢者住宅の種類の簡素化を早急に図るべきである。

利用者の視点に立てば、高齢者やその家族が理解しやすく、入居検討の際にも混乱を生まないようなかたちを目指す必要がある。具体的には、厚生労働省管轄の老人ホーム・老人福祉施設の統廃合、国土交通省管轄の高齢者向け賃貸住宅の統合を段階的に行うとともに、長期的には、管轄省庁の一元化や、高齢者住宅を含めた高齢者向けサービスを総合的に扱う組織（官庁）の創設、関連法制度の再編なども視野に入れていくべきだろう。

●重度要介護者・認知症高齢者向けと自立者向けの高齢者住宅とに大別して考える

高齢者住宅は、自立・軽度から重度の人まで幅広く対応できる住まいとするべきであり、重度の要介護者や認知症高齢者が住みやすい高齢者住宅と、自立者向けの高齢者住宅とに大別して考えることが望ましい。前者の利用には、自立支援や要介護度による一定の入居基準を設け、高度な介護サービスを提供できるような仕組みを検討する。また、後者は将来の重度化に対応できる高齢者住宅として位置づける。

何よりも、高齢者住宅へ関心を持つ多くの一般消費者を置き去りにすることのないような議論の展開が求められる。

¹ 例えば、高齢者専用賃貸住宅を有料老人ホームと同様に扱い、「要介護状態になったら住戸を移動したり、提携施設へ移行することを契約書に明示する」「介護保険外の生活支援サービスを提供する場合には、介護報酬を下回る金額で提供してはならない」など、入居者の賃借権の保護や事業者の独自ビジネスの可能性に配慮しない指導が一部の自治体で見受けられるとの報告がある。

●用語の統一も検討すべきである

本提言では、本協議会が目指す高齢者のための住まいを「高齢者住宅」という用語で説明しているが、この高齢者住宅についても現在、「見守り付き高齢者住宅」「生活支援サービス付き高齢者住宅」「ケア付き高齢者住宅」など様々な用語が混在しており、わかりにくい面がある。将来的には、こうした用語の不統一による混乱も解消することを考えていくべきである。

2. 高齢者住宅整備のためのビジョンと供給目標数値の明示

提言3:

高齢者住宅の供給促進にあたっては、国は量的拡大および質向上のための具体的ビジョンや戦略を示すべきである。

【現状】

国土交通省は2010年5月に「国土交通省成長戦略」を公表した。この中で、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」とし、現状高齢者人口の1%程度にとどまっている高齢者向けの住まいの割合を、2020年をめどに欧米並みの3~5%²に引き上げると明記している。そして、医療や介護などのサービス付き高齢者賃貸住宅の法律上の位置づけを明確にし、供給支援や適切な運営の確保を図るとしている。

【問題点】

国土交通省は、上述のように「高齢者が安心して暮らせる住まいを確保する」として、高齢者向けの住まいの割合を、2020年をめどに高齢者人口の3~5%に引き上げるとしているが、そのための具体的なビジョンや供給促進のための行程（2010~2020年間の供給計画）については明確に示していない。

【具体的提言】

●「高齢者が安心して暮らせる住まい」の整備方針を明確に示すべきである

高齢者住宅の供給促進にあたり、①「高齢者が安心して暮らせる住まい」とは具体的にどのような住宅を指すのか（居住形態（一戸建住宅、集合住宅の別など）、権利形態（所有、賃貸、利用権）、住まいの広さ、求められる共用施設など）、②安心・安全のために提供されるサービスとはどのようなものか、③その住まいを利用する高齢者の状態像（身体状況、経済状況、家族関係など）をどのように想定するのか——などについて、国はもう少しわかりやすく説明する必要があるだろう。

今後、高齢者住宅の量的拡大および質の確保を目指し、また、そのために民間活力の活用を一層図るのであれば、まずは供給を促進しようとしている高齢者の住まいの像を明確に示すべきである。そして、どのようなハード・ソフトの機能を有した住宅をいつまでにどの程度整備していこうとしているのか、具体的なビジョンと戦略、さらには数値目標と計画達成のための行程表を社会に広く示すべきである。

² 2020年時点の推計高齢者人口3,590万人から換算すると、110万~180万人に相当する。

提言4:

要介護者向けの介護施設や認知症高齢者グループホーム、介護付有料老人ホームは不足している。これらの高齢者住宅については、供給目標数値を明示するべきである。

【現状】

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調べによれば、2010年10月現在のわが国の高齢者住宅の供給状況は、要介護者向けが128万戸(床)となっており、供給率(65歳以上人口に対する高齢者住宅の戸(床)数割合)は4.4%である(図表2)。

一方、海外諸国における要介護者向け高齢者住宅の供給率は、スウェーデンが6.4~8%、デンマークが11%強、アメリカが9.5%である(16ページ、図表4)。

図表2 高齢者住宅の供給状況

2010年10月現在

施設タイプ	ホーム数	内、地域密着型	要介護者向け・居室数	内、地域密着型	自立者向け・居室数	居室数計
1-1 介護付有料老人ホーム	2,634	113	124,266	2,428	24,614	148,880
1-2 住宅型有料老人ホーム	2,684		58,023		6,270	64,293
1-3 健康型有料老人ホーム	22				1,003	1,003
1-4 無届有料老人ホーム	189		3,807		3,093	6,900
2 認知症高齢者グループホーム	10,380		149,614			149,614
3 シニア向け分譲マンション	48				7,918	7,918
4 高齢者向け優良賃貸住宅	134				3,378	3,378
5 高齢者専用賃貸住宅	1,528	9	23,800	210	16,970	40,770
6 シルバーハウジング	858				22,726	22,726
7-1 軽費老人ホーム・A型	228		221		13,114	13,335
7-2 軽費老人ホーム・B型	29				1,362	1,362
7-3 ケアハウス	1,878	27	17,003	625	57,994	74,997
8 生活支援ハウス	575				7,040	7,040
9 養護老人ホーム	959		26,559		39,746	66,305
10 介護老人福祉施設	6,619	381	451,722	9,650		451,722
11 介護老人保健施設	3,723		335,116			335,116
12 介護療養型医療施設	2,046		93,518			93,518
全国 合計	34,534	530	1,283,649	12,913	205,228	1,488,877

資料：(株)タムラプランニング&オペレーティング

【問題点】

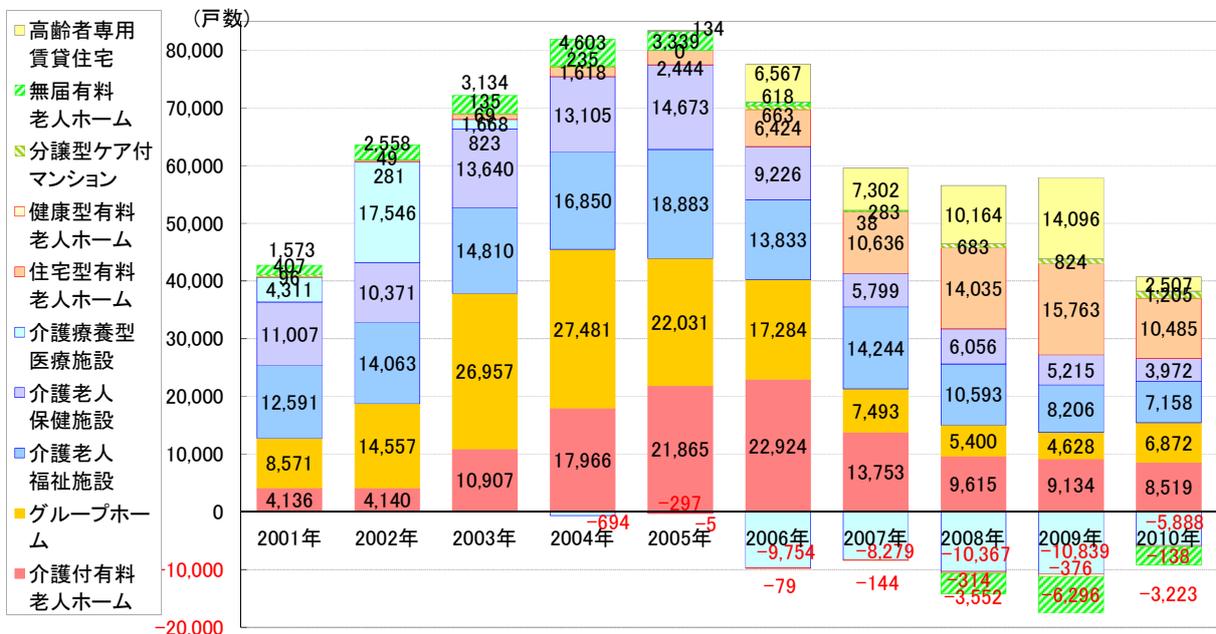
主な高齢者住宅の新規開設戸(床)数の推移をみると、包括ケアが行われる高齢者住宅³(介護保険3施設、認知症高齢者グループホーム、介護付有料老人ホーム)の新規開設数は2005年がピークで、約8万戸(床)が供給されたが、2006年以降供給

³ 包括ケアが行われる高齢者住宅については21ページ参照。

量は年々減少しており、2009年は2.7万戸(床)の開設にとどまった。介護型療養病床(介護療養型医療施設)の廃止が1万床あったため、2009年の実質的な新規開設数は1.7万戸(床)しかなかった計算になり、これは2005年の約5分の1のボリュームに過ぎない(図表3)。

包括ケアが行われる高齢者住宅の新規供給が急激に落ち込んだ原因としては、2006年4月から総量規制が始まったことや、特別養護老人ホームに対する国・地方自治体の建設費補助が地方交付金制度に変更されたことなどが考えられる。しかし、詳細な原因分析がなされておらず、また供給減少を補うための対策を講じることもなく放置されているのが現状である。

図表3 高齢者住宅の新規開設戸(床)数 (単年ベース)



資料：(株)タムラプランニング&オペレーティング

【具体的提言】

●高齢者住宅の供給目標数値を明示するべきである

厚生労働省の発表(2009年12月)によると、特別養護老人ホームへの入所を希望して待機している高齢者が42万1,000人いる(重複申込者を含む)。また、2005年の朝日新聞の調べでは、認知症疾患による高齢者の社会的入院は8万3,000人にのぼるといふ。

これらの数値を合計して、仮に現時点で約50万人分の供給が不足しているとみなすと、高齢者住宅は、65歳以上高齢者人口に対して6%が必要であると試算できる。これは現状の供給率4.4%の+1.6ポイントのボリュームに相当する。2025年までに後期高齢者は900万人増加し、それに伴い要介護者も確実に増える。2025年まで

の15年間でみれば、高齢者住宅は毎年約10万戸の新規供給が必要となる。国に対しては、将来を見据えた高齢者住宅の供給目標数値の明示を求めたい。

また、包括ケアを行うタイプではないが、自立者向けの高齢者住宅は、高齢者人口に対して0.7%が供給されている。この20年間1%程度が供給され続けていることからみても、自立者向け高齢者住宅のニーズも確実に存在するものと思われる。この分野における民間事業者の供給に対して阻害や障害のないよう、行政の対応を求めたい。

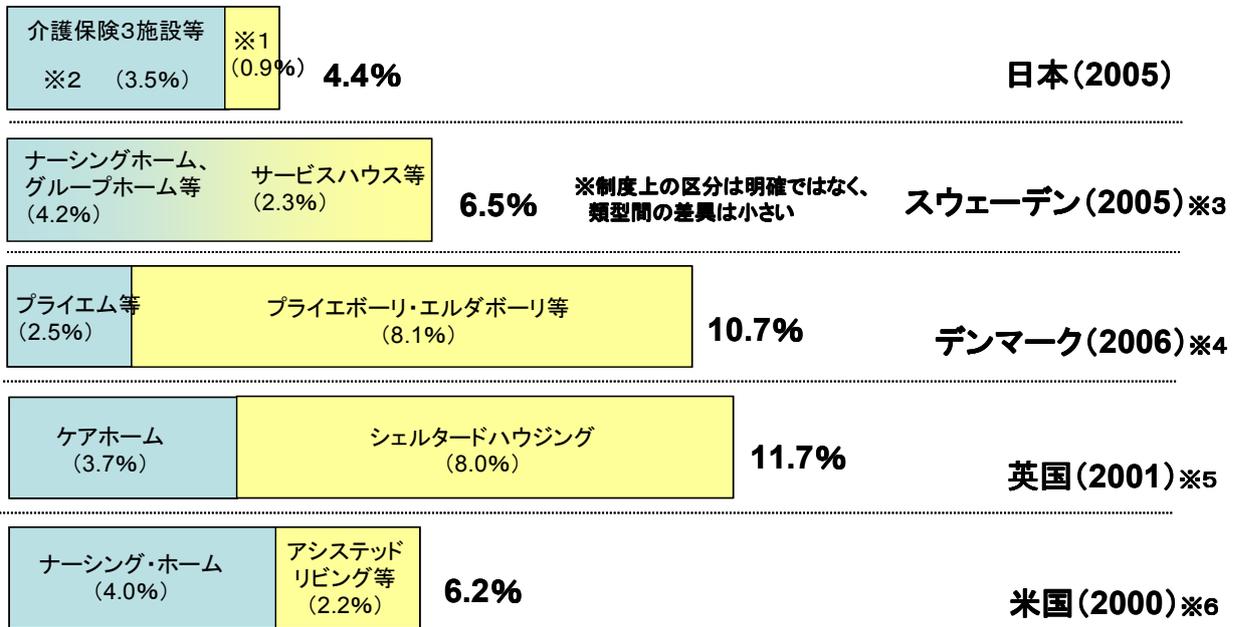
提言5:

国は、欧米諸国と比較した場合のわが国の自立・軽度者向けサービス付き高齢者住宅の不足を強調しているが、むしろ不足しているのは要介護者向けである。

【現状】

国土交通省・厚生労働省の資料によると、2005年時点のわが国の介護保険3施設および認知症高齢者グループホームの供給率（65歳以上高齢者人口に対する高齢者住宅の定員割合）は3.5%となっている（参考図表）。

※参考図表 高齢者人口に対する介護施設・高齢者住宅等の定員割合



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配付資料(2006)

※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配付資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(第8回)資料

【問題点】

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調べによれば、2010年10月現在、介護保険3施設および認知症高齢者グループホームに特定施設を加えた高齢者住宅の供給率は4.2%である(11ページ、図表2参照)。

上記の国の公表資料ではサービス付き高齢者住宅として扱っているのは、シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホームであり、

これらの供給率については 0.9%としているが、特定施設である介護付有料老人ホームやケアハウス・養護老人ホームの一部を除き、また 2005 年 12 月から登録が開始された高齢者専用賃貸住宅を加えると、同率の 0.9%になる。

スウェーデンでは、1992 年のエーデル改革により、それまで多種類に分類され供給されてきた施設を統合し「高齢者特別住居」として一本化し、その運営をコミューン（市町村）に移管した。高齢者特別住居に移り住めるのは、コミューンの審査に通った、介護が必要と認められた高齢者のみである。

国の公表資料では、スウェーデンのサービスハウスがあたかも自立・軽度者向けのサービス付き高齢者住宅に相当するかのよう表記されているが、実際はサービスハウスも高齢者特別住居として扱われており、入居にはコミューンの審査が必要である。

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調査では、2008 年時点で、高齢者特別住居は 6.4~8%供給されている（コミューンにより差がある）。また、日本の有料老人ホームに近いものとして、昨今ではシニア住宅が供給されており、供給率は約 0.8%となっている。

デンマークでは、1987 年に高齢者住宅法を制定し、プライエム（日本の特別養護老人ホームに相当）の新規建設を中止した。既存のプライエムについては住宅型のプライエボーリに改修する工事が進められてきたが、一部従来のかたちのままで残っているものもある。新設のプライエボーリに加えて、エルダーボーリ（高齢者住宅）も新たに建設されている。プライエボーリが内部に介護職員を配置する形態であるのに対し、エルダーボーリは外部サービスを利用する形態をとる。

デンマークでもスウェーデン同様、高齢者住宅に入居するにはコムーネ（市町村）の判定が必要である。

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調査では、2007 年時点で、高齢者住宅の供給率は 11.4~11.7%となっている（コムーネにより差がある）。また、サービス付き高齢者住宅を供給する非営利の住宅供給団体があり、詳細は把握できていないものの、相当数が供給されている。

アメリカでは、州知事が許可するナーシングホームと、民間事業者が自由に参入できるアシステッドリビングとがあるが、いずれも要介護者向けである。昨今はナーシングホームの質の低下が目立ち、アシステッドリビングの人気の高まっている。

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調査では、2007 年時点で、要介護者向け高齢者住宅の供給率は、ナーシングホーム 6.6%、アシステッドリビング 2.9%の計 9.5%となっている。

また、自立・軽度者向けのサービス付き高齢者住宅には、インディペンデントリビング、リタイアメントハウジングのほか、CCRC（Continuing Care Retirement

Community) と呼ばれる自立者から要介護者まで幅広く入居できるものがあり、これらの供給率はかなり高いものと推測される。

以上のように、要介護者向けの高齢者住宅の供給率について、(株)タムラプランニング&オペレーティングの調べでは、日本の4.4%に対して、スウェーデンが6.4~8%、デンマークが11%台、アメリカが9.5%であり、いずれも日本の2倍前後の供給率となっている(図表4)。これらの数値は、国の公表資料における要介護者向け高齢者住宅の供給率より高めとなっているが、海外諸国の事情を把握する場合、用いるデータによってこうした差が出ることについてはあらかじめ考慮しておかなければならず、国もその点には十分配慮すべきだろう。

また、自立者向け高齢者住宅の供給率については正確な数値がつかめていないため判断がつかかねるが、いずれにしても日本の0.7%は北欧や米国に比べても低い数値であろうと思われる。この分野も今後さらに大きな市場が形成されていくことが予想され、民間事業者の活発な事業参入を期待したいところである。

図表4 北欧・米国・日本の高齢者住宅の供給率

	調査年	人口	高齢者人口 (高齢化率)	高齢者住宅の供給率		備考
				要介護者向け	自立者向け	
スウェーデン	2008年	925万人	145万人 (15.7%)	6.4%	シニア住宅 0.8%	ヨーテボリ市 高齢者特別住居 8.0% ※2006年11月
デンマーク	2007年	546万人	84万人 (15.4%)	11.4%	非営利団体 による高齢 者住宅の供 給多数	オーデンセ市(人口18万7000人、65 歳以上人口2万8000人) 供給率11.7% エルダーボリー:6.6%(1848人) プライエボリー:5.1%(1430人) ※2009年5月
アメリカ	2007年	3億 114万人	3790万人 (12.6%)	9.5%	インディペン デントリビング 等多数	
日本	2010年	1億2738万人	2944万人 (23.1%)	4.4%	0.7%	

注1)スウェーデンは、要介護者向けは高齢者特別住居の総数、自立者向けは民間のシニア住宅の供給率を表示。

注2)デンマークは、プライエボリーおよびエルダーボリーの利用者数を高齢者人口で除した数値。

注3)アメリカは、ナーシングホーム6.6%(国勢調査局調べ)。この他にアシステッドリビングが2.9%と推測されることから、全体では9.5%。

資料：(株)タムラプランニング&オペレーティング

【具体的提言】

●優先すべきは要介護者向け高齢者住宅の供給促進である

国は基礎的な生活支援サービスが組み込まれた自立・軽度者向けのサービス付き高齢者住宅の供給促進に力を入れようとしているが、高齢化が進む海外諸国の現状をみてもわかるように、本来力を入れて供給促進すべきは要介護者向けの高齢者住

宅である。実際、「提言 4」(11~13 ページ)でも述べたとおり、特別養護老人ホームや介護付有料老人ホーム、認知症高齢者グループホームは 2005 年をピークに新規供給が急激に落ち込んでおり、需給ギャップが広がっている。

自立・軽度者向け高齢者住宅の供給も重要であるが、政策順序として優先すべきは、要介護者向け高齢者住宅の整備である。

●自立者向け高齢者住宅の供給には、民間事業者の活発な参入を促すような施策が必要である

要介護者向け高齢者住宅の整備を行う一方で、言うまでもなく、自立者向け高齢者住宅の供給についても、国の積極的な関与を求めたい。民間事業者の活発な参入を促すような施策がとられることが望ましい。

国は、高齢化の進む海外先進諸国の高齢者住宅の整備状況を正しく理解した上で、わが国における高齢者住宅も、要介護者向け・自立者向けそれぞれについて、適切な整備方針や供給促進のための計画を立てるべきである。

提言6:

民間事業者の自由な参入を抑制する「総量規制」の撤廃が急務である。

【現状】

総量規制とは、介護保険事業（支援）計画で必要とされる高齢者住宅の見込み量（整備量）を定め、それを超える場合やその他計画の達成に支障が生じる恐れがあると認める場合には、市町村あるいは都道府県が指定を拒否できるとしたものである⁴。この対象となるのは介護保険3施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）と、居住系サービスに該当する認知症高齢者グループホーム、介護専用型特定施設、混合型特定施設（混合型特定施設は任意）である。

市町村は、地域の高齢者の需要や将来必要な介護サービスの量を明らかにし、日常生活圏域および市町村全域における計画期間（1期3年間）の介護サービスの見込み量を設定し、介護保険料を定め、介護保険事業計画を策定するものとしている。また、都道府県は市町村が見込んだサービス量を圏域ごとに積み上げ、都道府県単位の介護保険事業支援計画を策定する。

【問題点】

都市部を中心に一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加するのに伴い、同居家族の支援を受けることが困難な高齢者が増加することが予想される。特に、首都圏

⁴ 総量規制については、介護保険法第70条に次のように規定されている。

第三項：都道府県知事は、介護専用型特定施設入居者生活介護（介護専用型特定施設に入居している要介護者について行われる特定施設入居者生活介護をいう。以下同じ。）につき第一項の申請があった場合において、当該申請に係る事業所の所在地を含む区域（第百十八条第二項第一号の規定により当該都道府県が定める区域とする。）における介護専用型特定施設入居者生活介護の利用定員の総数及び地域密着型特定施設入居者生活介護の利用定員の総数の合計数が、同条第一項の規定により当該都道府県が定める都道府県介護保険事業支援計画において定めるその区域の介護専用型特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数及び地域密着型特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数の合計数に既に達しているか、又は当該申請に係る事業者の指定によってこれを超えることになると認めるとき、その他の当該都道府県介護保険事業支援計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるときは、第四十一条第一項本文の指定をしないことができる。

第四項：都道府県知事は、混合型特定施設入居者生活介護（介護専用型特定施設以外の特定施設に入居している要介護者について行われる特定施設入居者生活介護をいう。以下同じ。）につき第一項の申請があった場合において、当該申請に係る事業所の所在地を含む区域（第百十八条第二項第一号の規定により当該都道府県が定める区域とする。）における混合型特定施設入居者生活介護の推定利用定員（厚生労働省令で定めるところにより算定した定員をいう。）の総数が、同条第一項の規定により当該都道府県が定める都道府県介護保険事業支援計画において定めるその区域の混合型特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数に既に達しているか、又は当該申請に係る事業者の指定によってこれを超えることになると認めるとき、その他の当該都道府県介護保険事業支援計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるときは、第四十一条第一項本文の指定をしないことができる。

では急速に高齢化が進む中、安心・安全に生活できる高齢者の住まいが絶対的に不足している状況にある。

総量規制の対象となる高齢者住宅は上述したとおりだが、中でも特定施設は、多様な住まいの普及が求められている中で、高齢者の様々なニーズに応え得る高齢者住宅の一類型と考えられる。さらに、特定施設は、療養病床の再編における受け皿の一つとして、「地域ケア体制整備構想」で謳われている地域ケアを具現化するための役割を担う可能性を多分に有している。

しかしながら、市町村では的確なニーズ調査をしないまま、介護サービスの見込み量を設定しているケースが多くみられる。介護保険料の上昇を懸念するばかりに、「財政悪化の防止」を理由に、低めの見込み量が介護保険事業計画に盛り込まれているのが現状である。都道府県の策定する介護保険事業支援計画にも同様の傾向がみられる。

低めに見積もられた見込み量や整備量で介護保険事業計画が策定されているにもかかわらず、それを超える場合には介護保険事業者の指定を拒否できる権利を行使し、事業者指定をしないケースが、認知症高齢者グループホームや混合型特定施設には特に多い。結果として、多くのサービス利用者を見込むことができる、高齢者人口が集積する地域であっても、これらの指定が受けられない状況となっている。

実際に、総量規制の影響などにより、新規に特定施設入居者生活介護の指定を受けた事業者数は2006年より鈍化しており、高齢者の増加と全国で約42万人にもものぼる特別養護老人ホームの入所待ちなど（厚生労働省「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」、2009年12月）、需要が増大する半面、介護保険事業計画の数値が実態に即していないという完全なミスマッチを起こしている。

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調べによれば、第3期介護保険事業支援計画では、全国の計画総数19万戸(床)に対して5万戸(床)が未整備であり、74%しか整備されていない。介護型療養病床の廃止が2万8,000床に達していることを考えると、実質は59%の整備である。この結果に対して、「介護保険財源が3,600億円浮いた」との報道が一部のメディアでなされたが、整備すべきものを整備していない計画未達という現実こそを正確に報じるべきではないだろうか。

第4期介護保険事業支援計画では、20万4,000戸(床)の整備と介護型養病床4万6,000床の廃止を見込んでおり、実質15万8,000戸(床)の整備計画が示されているが、第3期の計画未達分は加算されていない。

特定施設の総量規制は、介護保険の財政悪化の一因が介護付有料老人ホームの増加にあるとし、既存の介護保険3施設の総量規制に追加された。しかし、実際のところ、特定施設の介護報酬は介護保険3施設に比べても高額ではなく、一定の質の介護サービスを効率的・包括的かつ安価に提供することが可能な高齢者住宅であるといえる。

国の政策である経済危機対策（2009年度第1次補正予算）では、介護老人福祉施設等の施設整備に約3,000億円もの予算が投じられているが、特定施設の総量規制

を撤廃し、民間事業者の参入を促進することで一層の経済対策効果を生み出すことが可能と思われる。

介護保険制度が始まった2000年以降、特定施設は急増したが、事業者間に競争が生まれたことで、居室面積の拡大⁵、入居一時金・月額利用料の低価格化という効果をもたらした。しかし、総量規制によって競争原理が働かなくなれば、結果として良質なハード・ソフトの開発や低価格商品の供給が滞ることにもなりかねない。実際、優良事業者の努力や創意工夫を削ぎ、一方で悪質事業者による劣悪な高齢者住宅の供給が見過ごされるという現象も生じている。総量規制は高齢者住宅の絶対的な不足をもたらしたことに加えて、図らずも悪質事業者の既得権益を守るという皮肉な結果を招いているのである。

総量規制で特定施設が自由に開設できない昨今では、特定施設入居者生活介護の指定枠を確保したとして、その利権を笠に事業者間を渡り歩くブローカーもどきの業者が跋扈しているという現象も一部で起きている。

【具体的提言】

●正確なニーズ調査を踏まえた適正な介護保険事業計画の策定が不可欠である

高齢者が安心して暮らせる住まいの量的、質的な拡大を目指すにあたって、介護付きの高齢者住宅のみを規制する総量規制は根拠がなく、即時撤廃すべきである。継続的な運営を求められる高齢者住宅にあって、その経営の安定性はきわめて重要な要素であるが、需給バランスを無視した新規供給の制限は、介護を必要とする利用者の選択の幅を狭めるだけでなく、悪質事業者による質を伴わない不安定な内容の高齢者住宅を野放しにしているという弊害を生んでいる。

高齢者住宅に対するニーズは地域によって大きく異なる。施設運営には安定性・継続性が求められるため、健全市場の形成に一定の規制は必要だが、自治体に対しては、地域ごとの実態とニーズを正確に把握した上で、介護保険事業計画を策定することを強く求めたい。

●総量規制の撤廃により、競争原理が働く健全市場を育成するべきである

利用者がよりよいサービスを選べるよう、その選択眼を育てるためにも、根拠が曖昧な規制があってはならない。高齢者住宅の整備は、事業者間の自由競争を重視した市場の中で行われるべきである。競争原理が働くことにより、悪質事業者による劣悪な高齢者住宅は淘汰され、優良事業者による質のよい高齢者住宅が選ばれるようになる。健全な市場を育成するためには、早急に総量規制を撤廃し、公平な土俵上で事業者同士が切磋琢磨できるような環境をつくるべきである。

⁵ (株)タムラプランニング&オペレーティングの調べによれば、要介護者向け有料老人ホームの居室面積（最多居室面積の平均）は、介護保険が始まる直前の1998～99年は13㎡（6畳＋押入れ）程度だったが、2005年以降は約17㎡となり、トイレや洗面が各居室に付くようになった。

3. 高齢者住宅を規定する法令・制度の改善

提言7:

利用者の視点に立った高齢者住宅を増やすためには、集まって住んでいることのメリットを生かした柔軟かつ効率的なサービスの提供を認めるべきである。

【現状】

わが国には12種類にもわたる多種多様な高齢者住宅があるが(7ページ、図表1)、サービス提供の仕組みという観点から区分すると、「包括ケア型」と「選択積み上げ型」に二分することができる(図表5・下)。

「包括ケア型」に該当するのは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症高齢者グループホーム、一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設(介護付有料老人ホーム、ケアハウス、適合高齢者専用賃貸住宅)などである。「包括ケア型」は、住居とサービスがセットで提供されるという形態であり、生活支援や介護サービスは、事業主体によって24時間365日保障されている。介護保険給付は、施設の種類および要介護度別に規定された定額報酬となる。

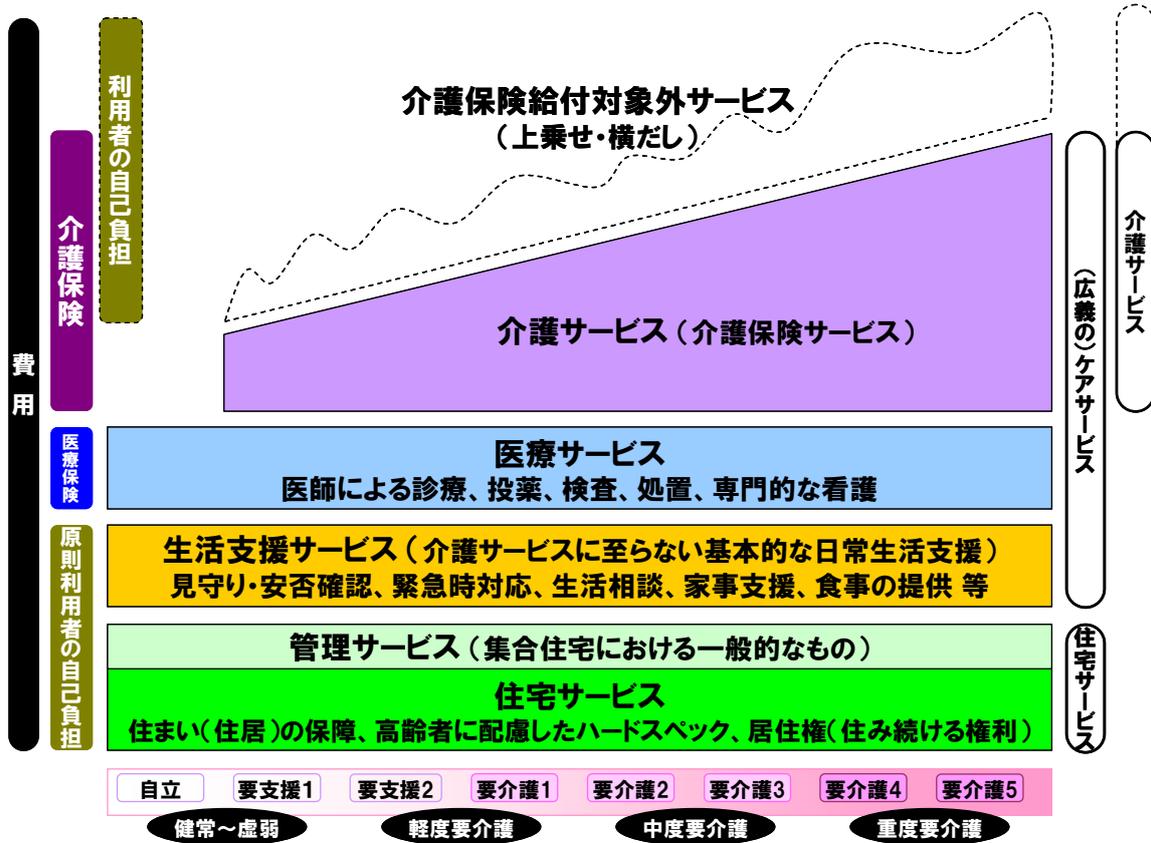
一方、「選択積み上げ型」に該当するのは、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)や住宅型有料老人ホーム、特定施設入居者生活介護の指定を受けないケアハウスなどである。「選択積み上げ型」は、住居とサービスの提供者が同一でも別々でもどちらでもよく、個々の入居者が自分に必要なサービスを自由に選択する。生活支援サービス費は自己負担、また介護サービスは、介護保険の在宅支給限度額の範囲内で利用する(在宅支給限度額を超えた場合の上乗せ部分は自己負担となる)。

【問題点】

「選択積み上げ型」である高専賃や住宅型有料老人ホームで介護保険サービスを提供する場合、包括的に提供する「包括ケア型」とは異なり、在宅と同様の運用を求められる。入居者個々のケアプランに従って、決まった時間にサービスを提供する必要があるが、排泄介助のような随時サービスはケアプランであらかじめ想定しておくという考え方に馴染みにくい。また、訪問介護は原則として1対1のケアしかできず(1人のヘルパーが同時に複数人の介助を行うことは不可)、短時間(身体介護の場合概ね20分未満)のサービスについては介護報酬が算定できないように制限されてもいる。

高専賃や住宅型有料老人ホームでは、高齢者が集まって住んでいるにもかかわらず、介護保険サービスの提供については、集住のメリットを十分生かせない状況となっている。

図表 5 高齢者住宅とサービスの関係



資料：国土交通省資料を一部改変



資料：(株)長谷工総合研究所

【具体的提言】

●「選択積み上げ型」の高齢者住宅における短時間訪問介護を認めるべきである

現在の介護保険制度における訪問介護などの居宅サービスは、地域に散在している在宅の高齢者宅を一軒一軒訪問するという前提で組み立てられている。集合住宅に居住している複数の高齢者に対する効率的なサービス提供を認めると“囲い込み”につながるとして、短時間（身体介護の場合概ね 20 分未満）のサービスについては介護報酬が算定できないようになっている。

しかし、今後「包括ケア型」だけでなく「選択積み上げ型」の高齢者住宅（高専賃、住宅型有料老人ホームなど）の供給を促進していこうとすれば、こうした制限は利用者の利便性や利益保護という観点から大きな障害になる。介護保険法の改正により、一定の要件を満たした高齢者住宅については、5分、10分といった短時間のサービスでも介護報酬を認めるようにすべきである。

●24 時間地域巡回型訪問サービスを「選択積み上げ型」の高齢者住宅でも利用できるようにする

次期介護保険制度の改正にあわせて、現在 24 時間地域巡回型訪問サービスに関する検討が進められているが、「選択積み上げ型」の高齢者住宅でも当該サービスが利用できるようにすべきである。当該サービスが高齢者住宅において実施されれば、「選択積み上げ型」の高齢者住宅でも「包括ケア型」に近い連続性のあるサービス提供が可能となり、多くの高齢者の自立生活を支えることになる。

行政からすると、高齢者住宅において当該サービスを認めることは“囲い込み”につながる恐れがあるとの懸念があるかもしれないが、むしろ当該サービスの活用を図るほうが、「住まい」としての良質な高齢者住宅の供給促進につながるだろう。仮に特定事業所集中減算の規定を加えたとしても、「選択積み上げ型」の高齢者住宅における当該サービスの利用を認めるべきであり、今後関連の議論が積極的に行われることを望むものである。

地域包括ケアとして、24 時間 365 日の切れ目のないサービスを提供する地域拠点としての機能を高齢者住宅は既に有している。高齢者住宅を地域包括ケアの核とみなし、内・外へのサービス提供の拠点として運営できるよう、法的にもその位置づけを明確にするべきである。

●住所地特例適用の高齢者住宅で地域密着型サービスが利用できないような不具合を改善すべきである

高専賃の中には小規模多機能型居宅介護事業を併設し、入居者に小規模多機能のデイサービスや宿泊サービスを必要に応じて利用してもらうことで、重度の要介護者や認知症高齢者であっても、高専賃での生活をなるべく長く継続できるよう工夫・努力している事業者もいる。しかし、適合高専賃として届出をしている場合には住所地特例が適用されることになり、この住所地特例の対象になる入居者は地域

密着型サービスである小規模多機能型居宅介護を利用することができないという事態が一部で生じている。

国土交通省は、高専賃を“住まい”として位置づけているはずである。「住宅」と同一建物の中にある地域密着型サービスが利用できないという状況は、できるかぎり長く自立生活を送りたいと願う利用者の意向や、良質なサービス提供を目指す事業者の運営努力を全く考慮しておらず、早急に改善を講じる必要がある。国の取り組みに加えて、地域密着型サービスの指定を行う市町村の弾力的な対応も求められるところである。

提言8:

高齢者住宅の供給を促進するために、高齢者住宅の種類ごとに異なる建築関連の法規制を再考するとともに、“住まい”との視点から用途を「高齢者住宅」として新たな統一を図るべきである。

【現状】

現在の建築基準法および消防法は、高齢者住宅の種類によって基準が大きく異なる（48・49 ページ、図表 6）。建築基準法については、建築確認申請時の担当建築主事による判断となり、また消防法については、地域の消防署により指導内容が異なるというローカルルールが存在する。

【問題点】

高齢者住宅の種類によって建築基準法の適用が大きく異なる上、消防法に基づく指導には地域による差もみられ、事業者の混乱が大きい。

例えば、有料老人ホームについては、建築基準法上は「児童福祉施設等」とみなされ、市区町村の建築主事はそれに基づいた指導を行うのが一般的である。しかし、個室として整備される有料老人ホームは住宅としての要素を多分に含んでおり、「共同住宅」扱いにならない点に違和感を覚える事業者は多い。

また、実態主義ともいわれる消防法では、防火・消火・避難にかかわる構造設備について規定しているが、高齢者が常時集団で生活する建物、とりわけ「児童福祉施設等」とみなされる有料老人ホームに対しては、新築型・改修型にかかわらず非常に厳しい基準が適用される。安全重視という理由から厳密になっていることは理解できるものの、そうした設備類すべてが介助・介護を要する高齢者にも使用できるのかといった疑問や、コスト面やデザイン性におけるデメリットも一部で指摘されている。

さらに、法規制が複雑すぎるために、理解の足りない事業者や規制の遵守を軽視・無視する一部の事業者によって安全な居住環境が保障されない高齢者住宅が供給されているという側面もあり、結果的に居住する高齢者の安全確保が必ずしも十分ではないという状況を一部で生み出している。

【具体的提言】

●「高齢者住宅」に関する建築関連規制の統一、一本化が必要である

高齢者住宅の種類によって法の運用が異なる現状を整理した上で、「高齢者住宅」に関する建築基準法および消防法の規制を統一、一本化していくことが必要である。特に、有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅で大きく異なる規制については、再編を求めたい。

また、一定の基準を達成し、安全な居住環境が保障される高齢者住宅については、

そのランクにより三つ星、五つ星のような格付けを付与し、優良事業者かどうかを消費者が見極められるようにするといった方策もあり得る。関係者による積極的な議論を望むところである。

●有料老人ホーム等においても容積緩和を認めるべきである

建築基準法では、建物用途が「共同住宅」の場合、共用の廊下または階段の用に供する部分ならびに地下は、容積率を算定する際の延べ面積に算入しないという規定がある。しかし、建物用途が「児童福祉施設等」となる有料老人ホームなどの高齢者住宅では、このような容積率の緩和が適用されない。

有料老人ホームなどの高齢者住宅についても共同住宅と同様に、延床面積から共用部分を除外する等の容積率の緩和を求めたい。容積率の緩和を実施することにより土地の利用効率が上がり、1棟に設定できる住戸数が増えるため収益性が向上し、その結果、事業者としては低価格での家賃設定も検討することが可能になる。これにより、多くの高齢者が利用しやすい低価格帯の高齢者住宅の供給促進にもつながるものと考えられる。地価の高い都市部では、容積率の緩和の効果は特に大きいため、有料老人ホームなどの高齢者住宅においても一律に適用されることを求めたい。

●すべての高齢者住宅の建物用途を「高齢者住宅」として統一し、法令・制度の混乱を解消するべきである

上述した高齢者住宅にまつわる建築関連の法規制の混乱は、すべての高齢者住宅を「高齢者住宅」として統一することで解消できるものである。「施設か住宅か」の議論にも関連するが、“住まい”としての高齢者住宅を整備していこうとすれば、建築基準法上もやはり「高齢者住宅」として一本化した上で、高齢者の安心・安全を確保する居住環境の実現を図っていくべきだろう。対症的、つぎはぎ的な対策ではなく、高齢者住宅を“住まい”の発想で整備するとの視点から改善を行っていくことが必要である。

4. 良質な高齢者住宅の供給促進と優良事業者の保護・育成

提言9:

高齢者住宅の供給促進策としては、建設費に対する助成措置ではなく、事業者向けファイナンスの拡充や、オーナーに対する税制優遇、入居者向けの家賃補助などの充実を目指すべきである。

【現状】

従来、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の整備は、国・地方自治体による多額の建設補助金で行ってきた。その結果、高齢者住宅が本来有すべき機能とはほとんど関係のない部分でホテルのような豪華さを必要以上に競うことにもなり、特定の事業者や施工関連業者に利益をもたらしてきた。

【問題点】

高齢者住宅の建設費に対する助成事業については、利用者の利益に直結するような効果（家賃や利用料の低減など）は見込みにくい。

【具体的提言】

●事業者向けファイナンスの拡充や、オーナーに対する税制優遇などの充実を図るべきである

高齢者住宅では、土地建物所有者（オーナー）と運営事業者（オペレーター）の分離、すなわち「所有と経営の分離」を検討する必要がある。その際、オーナーには賃貸事業としての採算性を立証することを義務付けるとともに、オペレーターには提供する介護サービスの水準を明示させることが求められる。

高齢者住宅のオーナーに対しては、建設費の助成を行うよりも、住宅金融支援機構などの公的機関からのファイナンスの確立と、融資に対する利子補給などの制度を創設することが望ましい。また、金融機関から事業資金を借り入れる場合についても、超長期の貸し出しが行われるようになれば、オーナーとしても長期にわたり腰を据えて安定経営を目指すことができる。さらに、高齢者住宅事業用の土地建物については、固定資産税の減額など税制面での優遇措置も求めたい。

都市再生機構（UR）の賃貸住宅や公共賃貸住宅、また使われなくなった公共施設や廃校となった学校などを高齢者住宅に転用する取り組みも広がりつつあるが、地域に長年居住し、良好なコミュニティづくりに尽力、実績をあげている土地所有者などが当該転用事業の事業者（オーナー）となれるよう、事業者の門戸を広げることが求めたい。

●高齢者住宅の利用者に対する家賃補助制度を創設すべきである

高齢者住宅の利用者に対しては、低所得者や生活保護者については家賃補助制度を設けるべきである。特別養護老人ホームには家賃補助としての補足給付があり、低所得者や生活保護受給者が入居を希望するケースが多い。その結果、待機者の増大にもつながっている。

特養以外にも、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、高専賃などに対して、補足給付と同様の家賃補助制度の創設を求めたい。

●国や自治体は高齢者住宅に関する支援策の発想を大胆に変える必要がある

国・自治体の限られた財源（税金）を効果的に用いるためには、従来型のハコモノ助成（建設補助）を漫然と続けるのではなく、事業者が長期安定経営を実現できるような支援、利用者が入居しやすいような支援へと発想を変えていくべきである。事業者に対しては、特定施設などに対する総量規制を撤廃し、自由に市場参入できるような環境を用意すれば、建設補助などを行わなくても、やる気のある事業者の参画を呼び込み、高齢者住宅の供給増加を期待できる。

本格的な高齢社会の到来を前に、国や自治体には、高齢者住宅に関する支援策の発想を大胆に変えてもらいたい。

実際に支援策の大胆な転換が行われ、高齢者住宅の供給が増えると、事業者間の競争が今以上に激しくなる。健全な市場を形成するという観点からは、これは好ましいことであるが、自由競争の結果、市場から淘汰される高齢者住宅も出てくることになり、閉鎖や撤退などが日常的に起きることも考えられる。こうした事態により入居者が不利益を被らないようにするためには、高齢者住宅への住み替えを検討する際に十分な判断材料となる関連情報の開示を事業者が徹底して行うことが不可欠となるが、それでもなお、不幸にも退去せざるを得ないような入居者が出てしまった場合、これらの人々を救済するための対応・対策について検討することも今後の課題となるだろう。

提言 10:

不動産の証券化・流動化など不動産金融の仕組みを活用してファイナンスの多様化を図り、高齢者住宅の供給促進を目指すべきである。

【現状】

高齢者住宅事業は、バブル崩壊後、「資産保有型」の事業手法が急減し、代わりに「賃貸借型（土地有効活用型）」が主流となった。遊休化した企業の单身寮などを借り上げ、改修して有料老人ホームや高専賃などの高齢者住宅に転用する方式か、地主に建物を建設してもらい、運営事業者が一括して借り上げるという方式が昨今の潮流である。

「資産保有型」「賃貸借型」で事業化する場合、資金調達は一般的に、企業全体の業績や収益力・担保力など企業の信用（個人地主の場合は担保力など）に基づいて行われるコーポレートファイナンス（企業金融）が主体となる。具体的には、エクイティファイナンス（新株発行を伴う資金調達）やデットファイナンス（銀行借入や社債発行など他人資本の増加による資金調達）がそれに該当する。

しかし、介護保険制度導入後、大手・中小あわせて様々な事業者が有料老人ホームなどの事業に参入するようになり、入居一時金の水準も大幅に下がってきている中で、従来型の資金調達手法だけでは事業者の多様な資金ニーズを十分に満たしきれなくなってきた。加えて、成長著しい高齢者住宅市場に注目した金融プレイヤーが、高齢者住宅事業に新たなスキームを導入しようとする動きがある。こうした中で昨今注目されているのが、資産の流動化や証券化によって資金調達を行うアセットファイナンス（資産金融）の導入である。

民間事業者が手がけられる高齢者住宅のうち、アセットファイナンスによる資金調達が可能で、投資対象としても想定できる分野は現在のところ有料老人ホームだけといってもよいが、高齢者専用賃貸住宅も、商品内容と市場の広がりによっては今後有望な対象となる可能性がある。

【問題点】

高齢者住宅事業者の中には、運営する施設数が増加し、バランスシートが拡大するにしたがって、保有する不動産をオフバランス化したいという意向をもつところも出てきている。一方、金融機関は、運営事業者への新たな投融資を進めることによってビジネスチャンスを拡大したいという狙いがある。

2005～2007年頃にかけて、事業者側からも投融資側からも、高齢者住宅事業での新たなファイナンススキームの導入に対する期待感が高まったが、2008年秋のリーマン・ショックに伴う金融危機により不動産証券化市場が一気に冷え込み、高齢者住宅事業における証券化・流動化の動きは停滞している。

【具体的提言】

●アセットファイナンスの導入により、高齢者住宅の運営業務の質の確保・向上が期待できる

高齢者住宅事業においても、不動産の証券化・流動化を進めるべきである。運営事業者側からすれば、アセットファイナンス導入の道が開け、資金調達手法が多様化する動きは歓迎すべきことである。

また、ファイナンスの多様化で特に進展すると思われるのは、「所有と経営の分離」である。アセットファイナンスを導入することによって、事業者には運営業務の質の確保・向上という本質的なことがより明確に問われるようになるため、運営事業への集中や事業の透明性の確保などを目指す事業者が増えることが期待できる。

高齢者住宅の評価は、不動産が持つ価値よりも、運営事業者の質によって決定するといってもよい。「量より質」の時代に突入する今後、先端的な事業形態や資金調達手法の導入が、結果的に運営事業者の実力を高め、利用者に対しては良質な高齢者住宅を提供することにつながる。

●高齢者住宅事業のデューデリジェンスを確立すべきである

高齢者住宅事業には、①どのような運営を行うかによって収益性が大きく変化する、②一つの高齢者住宅に一事業者が固定され、運営事業者のリスクを不動産から切り離すことが難しい、③事業者の運営能力の判断をするのが容易ではない——など通常の不動産事業とは異なる特性がある。それだけに、事業全体のデューデリジェンスが相当重要となるが、ハード・ソフト両面の内容・質を評価するといっても一筋縄ではいかない。誰が、どのような指標を用いて、高齢者住宅の不動産の価値と（広義の）ケアサービスの価値を相対的に測り、評価するのか——現在は、このデューデリジェンスを高度に行えるような組織や専門家が極めて少ないというのが実情である。

高齢者住宅の流動化・証券化を進めるためには、高齢者住宅事業のハード・ソフト両面に精通した専門家によって、明確な評価システムを確立することが重要である。

5. 高齢者住宅における良質なサービス提供の実現

提言 11:

高齢者住宅のマネジメント向上のために、介護職員の医行為の規制緩和を進めるとともに、医行為加算を創設するべきである。

【現状】

現在、医行為は、医師の医学的判断および技術をもって行わなければ、人体に危害を及ぼすか、その恐れがあるとして、医師、歯科医師、看護師などの免許を有さない者による当該行為は禁止されている。そのため、介護保険サービスにおいても、介護職員による医行為は原則禁止されているが、利用者の家族に容認されているインスリンの注射などについては、2005年7月、介護職員が行える医行為として規制が緩和された。また、現在政府の行政刷新会議において、痰の吸引など、介護職員が実施可能な医行為の拡大についての議論が行われている。

医行為を必要とする高齢者の場合、在宅では介護負担が増大し、また高齢者住宅では入居を拒否されるケースも少なくない。

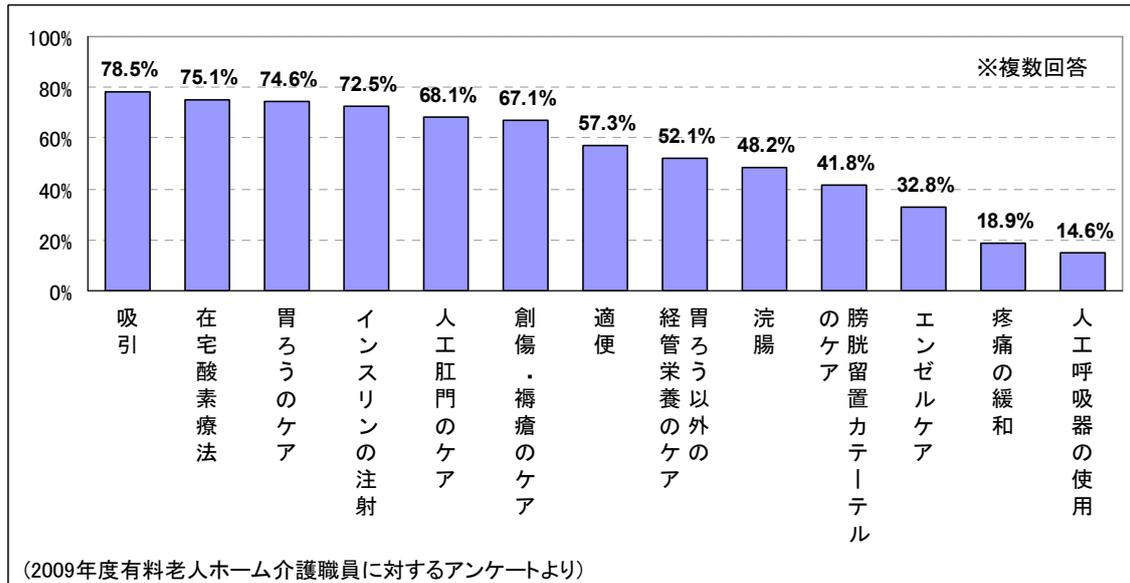
【問題点】

(株)キノシタライフ、(株)ライフコミュニケーションが2009年に実施した有料老人ホームに関するアンケート調査の結果によれば、有料老人ホームで介護職員が規制緩和を望む医行為の内容は、吸引、在宅酸素療法、胃ろうのケア、インスリンの注射など数多い(図表7)。

また、(株)タムラプランニング&オペレーティングの調べによれば、有料老人ホームを退去した後の移行先等については、「病院への入院」が要介護者向けホームで28%、自立者向けホームでも14%となっている。有料老人ホームに入居している段階で疾病のある入居者が多く、ホームで亡くなる高齢者は、要介護者向けホームで全体の約半数、自立者向けホームでも3分の1を占める。ターミナルケアを必要とする入居者が相当多いと推測できる(図表8)。

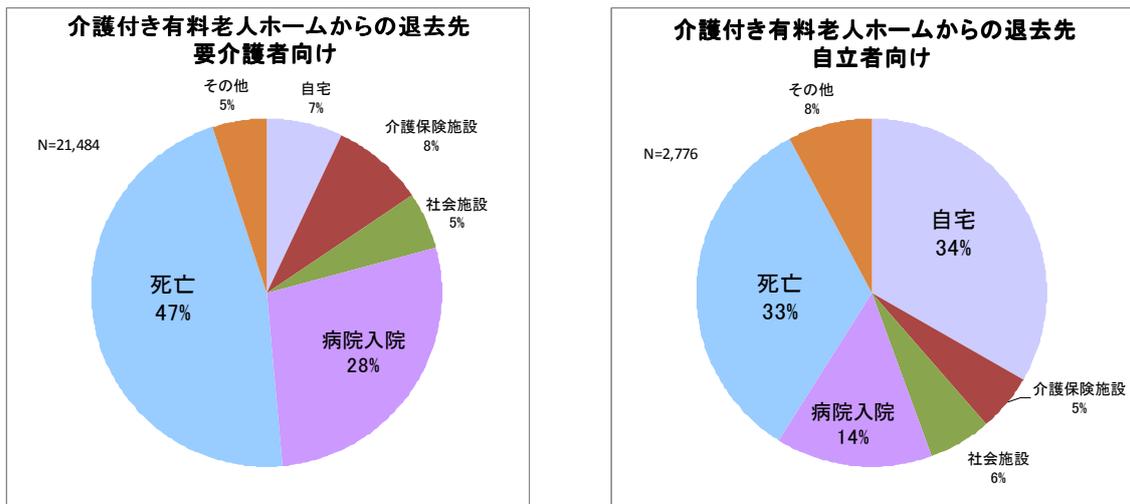
さらに、有料老人ホームにおける看護職員の配置をみると、日中のみ配置しているところが約45%、24時間常駐は約10%という状況である(図表9)。看護職員を24時間配置していなかったり、オンコール体制がうまくとれていない有料老人ホームでは、緊急時は協力医療機関の指示や救急隊の到着を待たなければ対処できないという点が問題となっている。

図表7 有料老人ホームで介護職員が規制緩和を望む医行為



資料：(株)キノシタライフ、(株)ライフコミュニケーション

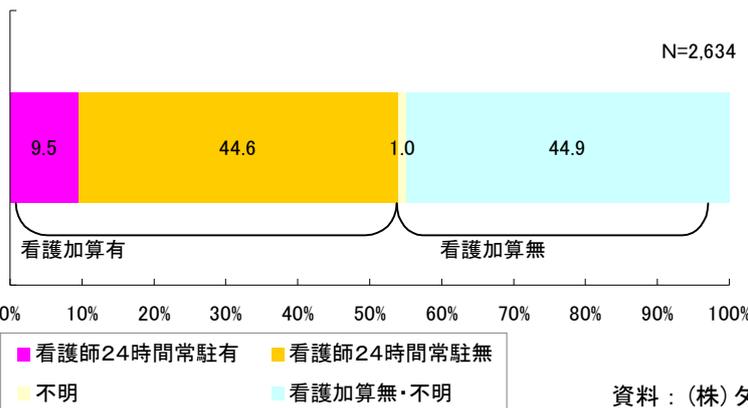
図表8 有料老人ホームを退去した後の移行先等



注) 社会施設とは、介護保険施設以外の社会福祉施設（ケアハウス等）をさす。

資料：(株)タムラプランニング&オペレーティング

図表9 有料老人ホームにおける看護職員の配置状況



【具体的提言】

●介護職員が可能な医行為の区分けと範囲の明確化を目指すべきである

介護職員による一部の医行為については、規制が緩和される方向にあるが、看護職員・介護職員それぞれの医行為の範囲などについて、より明確な区分けを行う必要がある。

●介護職員の医行為の規制緩和に伴い、基準を設けて事故を防止する

介護職員による医行為によって傷害などの事故につながらないようにするために、医行為の緩和にあたっては一定の基準を設けた上で、介護職員の医行為の規制緩和を求めたい。

設ける基準については、以下のような事項が考えられる。

<基準例>

- 在宅で行える医行為の範囲
- 医師等の指示内容
- 入居者、家族の同意内容
- 協力医療機関の支援内容（ただし、協力医療機関の責任を問うものではない）
- 医行為を行う介護職員の経験年数
- 医行為を行う介護職員の資格内容
- 介護職員の医行為に関する定期研修の内容

●医行為加算を創設するべきである

介護職員による医行為の規制緩和が進んだとしても、現場ではあくまで医療の責任が及ぶ体制下で、看護師が行う一部の医行為の実施に限るべきである。医行為を行える介護職員については、「介護士の国家資格者で一定の経験年数を有する」など、規定の要件を満たした介護職員のみが行えることとする。

基準の範囲内に限り医行為を行えるレベルの高い職員の配置と、医行為を行うためのリスクマネジメントの実施を評価するという観点から、医行為加算を創設するべきである。当該加算を創設することにより、介護職員のキャリアアップ効果を目指すことが可能となり、その結果、処遇改善にもつながることが期待できる。

提言 12:

介護資格の専門性を高め、介護従事者の社会的地位の確立を目指すべきである。

【現状】

現在、多くの高齢者住宅の現場では以下の課題が散見される。

- ①職員が定着しない
- ②入居率が伸びない
- ③介護サービスの質が向上しない
- ④職員の思いこみによるケアが行われている（各職員の思い（O）、経験（K）、勘（K）、度胸（D）＝OKKD）
- ⑤事業所において採算の厳しい状況が継続している

厚生労働省では2006年、介護サービスの質の向上を目的として、介護職員基礎研修（500時間）を創設した。介護職員のレベルアップを図るとともに、教育訓練給付制度と連動させることで、国家資格である介護福祉士の増員を進めている。また、介護報酬の特別加算や介護職員処遇改善交付金事業を実施しているが、職員の離職率の低減や、事業所の運営改善やサービスの向上に直結しているとは言いがたい。

介護の現場である事業所は、入居者確保のために高齢者住宅紹介業者へ支払う紹介手数料の負担、サービス向上のための人材教育システムの構築に加えて、職員の職場環境改善の取り組みなどを行わなければならない、採算面では厳しさを増している。

また、多くの高齢者住宅では認知症高齢者の入居が増加しており、現場では認知症ケアの取り組み強化の結果として、規定の職員配置での対応を超えて介護サービスを提供したり、夜間業務が増加したりといった状況が起きている。さらに、認知症緩和ケアの勉強会や介護技術向上のための自主的活動など、職員の負担は物理的にも精神的にもますます増大する傾向にある。

【問題点】

高齢者住宅の現場では、「OKKD」に依存しすぎることで生じるサービス品質のバラツキを払拭するために、根拠ある明確な目標を立てた上で、組織全体で行動できる仕組みをつくり、安定的、効率的、継続的に運営をしていかなければならない。高齢者住宅は、多職種協働で総合的な生活支援を提供する場であり、対人援助体制を、入居者やその家族、職員、地域住民などが共同で構築していく必要がある。

しかし、医療では常識になっている科学的、論理的視点からの予測制御による現場マネジメントが、高齢者住宅の介護現場ではほとんど実施できていないという状況にあり、各事業所の採算性（生産性）の改善にブレーキをかける要因にもなっている。

また、介護保険などの財源使途についても問題が多い。公財源の大半は、複雑な制度システムを経るうちに中間で多くが吸収されてしまい、末端の現場に届く頃にはずいぶんと目減りしてしまう。行政の間接機構の簡素化、効率化による直間比率の改善など、現場優先の制度に改善していくことが必要だが、そのための取り組みは十分には行われていない。

2025年には320万人（65歳以上高齢者人口の約9.3%）に達すると推定される認知症高齢者の増加が問題となっている。

認知症とは知的機能障害の一つであり、その原因となる疾患は、現在70種類とも言われているが、大きく分類すると、①脳の変成疾患による1次性認知症（アルツハイマー、ピック病、レビー小体型など）、②ある疾患が起きたことに付随して起こる2次性認知症（脳血管性認知症、正常圧水頭症、エイズなどの感染症など）——である。医学の領域では、認知症に関する研究・解析が日進月歩で進んでいるものの、介護現場での認知症に対する技術対応は、こうした進展に追いついていないのが実情である。

認知症高齢者を受け入れる高齢者住宅では、高齢化の進む欧米諸国の各種手法を学ぶ機会などを設けて、認知症ケアの実践や、認知症の理解を全国に広げる活動に取り組む関係者が次第に増えてきてはいるが、現場ごとに認知症ケアの品質格差が大きく、また認知症高齢者への拘束や暴力事件も後を絶たない状況である。

【具体的提言】

●「(仮称) 認定介護師」資格の創設を提案する

介護資格の専門性を高める取り組みとして、医師と同じ立ち位置にあって職務を行えるような専門性の高い職種である「(仮称) 認定介護師」の創設と、その実現を図る社会制度改革が必要と考える。

「認定介護師」は、認知症ケアをはじめ、介護士の指導的役割を果たす職種とし、前述した医行為を行える介護士（31～33 ページ、「提言 11」参照）と同様に、実務経験を条件として、規定の養成プログラムを修得した専門性の高い資格とすることが求められる。「認定介護師」は医療従事者と連携ができる介護職の頂点として、介護技術の開発と人材育成のけん引役となる。認知症高齢者を受け入れる高齢者住宅では、この「認定介護師」を配置し、他の介護職員の指導に関与するなど一定の基準を設けることを提案したい。

●国家資格である「福祉3資格」の質の向上を図るべきである

国家資格において、医療分野における医師や看護師は業務独占資格であるのに対し、同じ福祉3資格（社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士）は名称独占資格にとどまっている。しかも、資格取得後の業務経験の違いによる介護技術やサービスの質のバラツキも昨今指摘されるようになっている。

これら福祉3資格の専門的役割と今後の課題をあらためて整理した上で、福祉3資格の質の向上を図る必要がある。介護職員が介護の各工程で求められる力量に対して不足が生じている場合には、必要な是正教育をきめ細かく行うことで、個々の介護職員のスキルアップを実現することが求められる。また、こうした人材育成システムを客観的に検証することにより、スキルに対応した適材適所の人員配置が常に行われるような介護体制（人員配置）の仕組みを確立するべきである。こうした現場設計の中心的存在に、国家資格者を活用していくことが求められる。このことは、事業経営者がこれまで以上に現場に目を向けた改善（介護サービス品質を重視した生産性の改善）を行っていかねばならないという大きな課題でもある。

これらの取り組みが浸透すれば、介護現場におけるサービス品質の改善、利用者の満足度の向上、事業者リスクの軽減を実現することが可能となり、福祉3資格についても、やりがいのある専門職として社会的地位を確立することができるだろう。結果として、多くの無駄が排除され、介護現場に携わる人材の処遇改善が達成されることにもなる。

6. 高齢者住宅の利用者の利益に資するために

提言 13:

高齢者が利用しやすい暮らしの総合相談窓口の設置を急ぐとともに、住み替え支援制度の充実を図ることが必要である。

【現状】

「4人に1人が高齢者」という時代が到来しようとしているわが国において、高齢者住宅や介護は、いまや誰にとっても関わりのあるごく一般的な問題である。それにもかかわらず、介護保険サービスや高齢者住宅に関する制度や内容は複雑きわまりなく、一般の高齢者やその家族がこれらについて正しく理解するのは至難の業と言ってもよい。

これらのサービスに関する情報を、利用者の立場に立ってワンストップで紹介したり説明したりする窓口は現在皆無に等しい。そもそも、高齢者が高齢者住宅を探そう（探さなければならない）という状況になった際に、どこにアクセスしたらよいのかさえもわからないのが現状である。仮に役所の窓口を訪れても、期待するような情報は提供してもらえない。せいぜい管轄区域内の特別養護老人ホームなど公的な高齢者住宅や介護事業者のリストか、行政用語による制度紹介のパンフレットを手渡される程度で、高齢者住宅への入居を真剣に検討したい高齢者にとって、行政管轄をまたいで多くの種類の高齢者住宅を同時に比較検討できるような実用的で有益な情報はほとんど提供されていない。

本来は、地域包括支援センターがそうした情報提供機能を担うべきであるが、現状はかけ離れている。結果として、多種多様な高齢者住宅の中から検討者の要望に沿った居住の場を選択するような相談対応、コンサルテーションはほとんど行われていないというのが実情である。

一部の市区町村では高齢者支援として、高齢者の生活全般の相談窓口を持っているところもある。しかし、歩行機能が低下した高齢者も気軽に訪れることができるように地域の中に複数の窓口が置かれているといった状況ではなく、利便性の点で疑問が残る。

【問題点】

サービスを利用する高齢者やその家族の立場に立てば、介護や生活支援サービス、高齢者住宅、高齢者向けの各種制度の利用に際しては、提供される情報の公営・民営の区別なく、全体の情報を網羅しながら、利用者ごとに必要な情報をうまく取り出してわかりやすく説明し、相談にのるような対応が不可欠である。

高齢者住宅に関しては、高齢者住宅の種類や事業所ごとに異なる生活環境やサー

ビス内容の情報提供、住み替え支援制度とその具体的な利用方法、個別の問題解決のための各種専門家への取り次ぎなどを一体的・連続的に行って初めて「高齢者住宅に関する相談窓口」といえるが、そのような対応ができる窓口は実際には皆無に等しい。地域の高齢者の相談窓口としては、ケアマネジャー、社会福祉協議会、地域包括支援センターがあるが、いずれも住まいの相談員の配置はなく、住まいに関する相談対応はほとんどできていない。

近年は、民間事業としての高齢者住宅紹介センターが多数存在するが、当該センターが提供する情報は、有料老人ホームを中心とする民間経営の高齢者住宅に限られ、特別養護老人ホームなど公的な高齢者住宅を含めた横断的な比較検討、相談対応ができるような機能は果たしていない。

これらの紹介センターの問題点としては、まず、東京などの大都市圏にしか存在せず、地方部ではほとんど利用が不可能ということがある。また、関連法制度の整備の立ち遅れなどから管轄する行政部署もなく、紹介センターの業務に対する公のチェック機能が働いていない。民間事業者による窓口業務である以上、紹介手数料の高低や売上効率優先の情報管理がなされるのは当然で、利用者にとって確実に公平・公正な情報が提供されているとは言い切れない状況である。

高齢者の住み替え支援制度については、市区町村独自の生活支援サービスと同様に、取り組み状況は自治体により大きな差がある。権利擁護や日常生活自立支援事業、成年後見制度利用支援事業は全国で取り組まれているが、これらの支援が必要と思われる高齢者のごく一部しか利用していないのが現状である。制度があっても、それを必要とする人に確実に情報が届いていないという根本的な問題があるように思われる。

【具体的提言】

●高齢期の暮らしの総合相談窓口を地域に設置し、高齢者住宅に精通した相談員も配置する

高齢期の暮らしの総合相談窓口を、高齢者やその家族が気軽に足を運べるよう全国各地に設置することが求められる。民営事業として行うこともあり得るだろうが、公共性・公平性・総合性の観点からは、地方自治体などの公的機関が責任をもって手がけることが望ましい。

高齢者住宅に関する相談窓口については、高齢者住宅に精通した相談員を配置することが不可欠である。地域包括支援センターの相談員が、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士、民生委員などで構成されるように、高齢者住宅の相談員は住宅関連の有資格者で、検定試験などで一定以上の知識の保持を保障された者があたるようにすべきである。

また、高齢者住宅事業者が自ら出向いて情報提供するような出張説明会が各地で

行われるような仕組みをつくるのも一つの方法である。

●相談窓口は利用のしやすさを考慮し、小学校区に1つ程度設置する

相談窓口は、利用する高齢者の利便性を第一に考えると、市役所・区役所の窓口はもちろん、現在の福祉・介護の相談窓口である社会福祉協議会や地域包括支援センター、鉄道駅など公共交通機関の施設や街中の金融機関、保健所、病院、自治会館、学校の空き教室など、高齢者が普段の生活の中で足を運びやすい場所を中心に、小学校区に1ヵ所程度設置するのが望ましい。

●住み替え支援の利用促進には地域のマンパワーも積極的に活用していく

高齢者の住み替え支援については、一部の自治体ではリバースモーゲージの活用や、保証会社の利用などの相談に対応しているものの、そもそも関連制度の普及啓発が十分でないために利用は進んでいない。ポスターやパンフレットの配布、役所での説明会にとどまらず、老人クラブや各種相談窓口をはじめ、高齢者が普段の生活の中で足を運びやすい場所に出向いて積極的に説明会・相談会を行うなどして、利用促進のための情報提供や相談事業を継続して行うべきである。

一人暮らし高齢者が高齢者住宅への住み替えを決意した場合、高齢者住宅の相談に始まり、介護保険認定手続き、任意後見制度や保証機関の利用検討、契約立会い、入居費用支払い、引越しの手配、移転手続きと、実に様々な対応が必要となり、これらをこなすには他者の支援を必要とすることも多い。相談窓口が身近な場所にあると利用しやすいのと同じく、住み替えに関わるこれらの支援を行うのは、地域や近隣の身近な人であることが望ましい。

リタイアした大量の団塊世代がこれまでの社会経験や資格、特技などを活かして、高齢者の住み替え支援に協力できるような仕組みを構築するといった方法もあるだろう。地域のマンパワーを活用することで、高齢者の生活安定の実現のみならず、世代を超えた地域住民の交流や助け合い活動などが積極的に行われるようになれば、地域全体の活性化にもつながる。高齢者の住み替え支援を核に、地域のコミュニティネットワークを多世代に広げていくような積極的な取り組みが数多く出てくることを期待したい。

提言 14:

高齢者住宅の入居一時金方式については多数の入居者が利用しているという実績があり、一定の評価をするとともに、課題解決のための検討を行うことが必要である。

【現状】

多くの有料老人ホームで採用されている利用権方式と、それによる入居一時金システムについては、以下のような指摘が行われることがある⁶。

- 利用権方式の入居契約は、民法が定める典型契約にはない契約類型であり、無名契約または混合契約とされている。
- 終身利用権については、居室や共用スペースを含む施設を「利用」する権利であり、事業者が倒産した場合などの住み続けの保障に関しては不安定であることや、本人等の同意なく要介護状態になったときの居室の住み替えが行われるケースがあることが指摘されている。
- 入居の際の一時金については、法的性格をめぐる問題のほかに、どこまでが居住に係る費用（家賃の前払いに相当する費用）で、どこまでがサービスにかかる費用なのか、という費用の充当先の問題や、どこまでの費用をカバーするものなのか、すなわち入居後に追加費用として支払わなければならない費用は何か、という問題など、その透明性についての問題が指摘されている。

【問題点】

(株)タムラプランニング&オペレーティングの調べによれば、2010年10月現在、有料老人ホーム（無届けホームを含める）は約22万1,000戸が供給され、うち一時金を徴収しているのは約17万5,000戸である（図表10）。有料老人ホーム全体の入居率が85%であることから、推定14万9,000人が、終のすみかとして選択した有料老人ホームに入居一時金方式によって居住していると推定される。

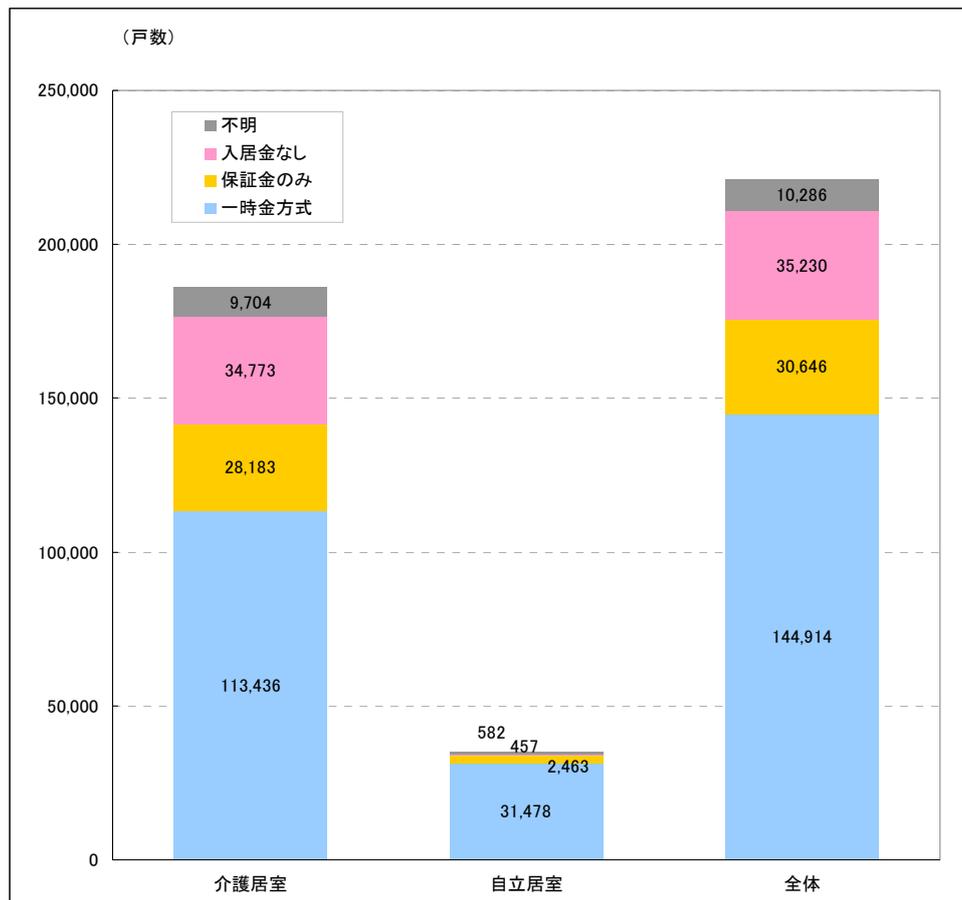
昨今、入居一時金方式を問題視する声の一部にあがっており、①権利としての位置づけ、②預り金の会計処理の問題、③未償却金の保全の問題、④当初償却（初期償却）の妥当性——などが不明瞭であるとの指摘がなされている。

しかし、入居一時金方式の是非については、公の場で広く議論が行われたことは今までにほとんどなく、仮に十分な議論を尽くさないまま、高齢者住宅における入居一時金方式を廃止または禁止するような法改正が行われたとしたら、大きな問題となる。

⁶ (財)高齢者住宅財団『介護を受けながら住み続ける住まい』のあり方について～介護が付いている住まいに対するニーズに応えるために～（『介護を受けながら住み続ける住まい』のあり方に関する研究会）中間報告書（2004年10月）による。

既に多数の高齢者が入居一時金方式による有料老人ホームに居住しているという実績があり、この事実を軽視することはできない。入居一時金方式の問題点と思われる事項を指摘することについては一向に構わないが、その場合、広く社会に問うかたちで開かれた議論が十分に行われることが大前提となる。

図表 10 有料老人ホームにおける入居一時金方式の導入状況



資料：(株)タムラプランニング&オペレーティング

【具体的提言】

●「住居付きサービス」を一生涯確保したいと考える高齢者にとって、入居一時金方式はきわめて妥当なシステムである

入居一時金方式について検討する際、既に約 15 万人の高齢者がこの方式を選択しているという実績と、入居者にとっての利用のしやすさという二点を無視することはできない。

高齢者住宅事業には、高齢者が抱える「先行きどうなるのか」という漠然とした不安に答えるという側面がある。この漠然とした不安とは、健康上の問題、認知症の問題、子供に物理的・精神的な負担を強いることへの懸念など様々であるが、突き詰めると「命が終わるまでの人生設計を自分の意思でしっかり描きたい」ということに尽きるのではないだろうか。

若者が人生の将来設計をする場合には、自らの努力による収入増などプラスの要素を組み込んで考えられるが、人生の最期に向かう局面での設計図は、「今ある資産と年金収入をどれだけ効率よく使い回すか」という発想に集約される。その場合、将来の医療費や介護費などは不確定ではあるが、増える可能性が高いものとして織り込んでおかなければならない。そのため、他の要素は可能な限り確定しておきたいと考えるのが普通である。在宅から高齢者住宅へと移行する際に、可能な限り確定しておきたい要素の一つとして「最期までの住居費」がその対象になるのは至極当然のことである。

このように考えると、高齢者住宅に入居する高齢者は「サービス付き住居」を購入しているのではなく、「住居付きサービス」を一生涯分一括払いで購入しているのである。入居一時金方式はこうしたニーズに応えるものとして存在しているといえる。ニーズに即したシステムを、十分な議論がないまま廃止するような方向に進むべきではない。

●入居一時金方式の問題点とされる事項に関する議論を深めるべきである

入居一時金方式の問題点として指摘される事項については、開かれた場での議論を深めながら、解決策や改善策を見出していくべきである。

入居一時金方式の問題点とされる事項については、必要な法制化を図ることにより、従来曖昧だった部分が明確になり、結果として、入居一時金方式を採る高齢者住宅に市民権を与えるだけでなく、そこに入居する高齢者の権利保護にもつながる。また、無届けホームなど制度の枠外に潜む悪質事業者の淘汰という効果も見込めるはずである。

十分な議論を尽くしながら一つ一つ問題を解決していくことにより、公正な競争が行われる土壌を作り、優良事業者の育成につなげていくことが必要である。

<入居一時金方式の個別の問題に対する考え方>

問題	考え方
権利としての不明確さがある。	老人福祉法で規定される有料老人ホームを、介護保険法で規定される特定施設入居者生活介護とセットにしてあらためて法制化する。
償却が滞在年数の実態と合致せず、利益の前倒し・後ろ倒しが生じている。	入居一時金方式の利用者を過去に遡って調査した上で、償却方法に関する法制化を進める。
償却残金（未償却金）の保全が必要である。	償却残金保全の公的制度を公的融資とセットで創設する。
当初償却（初期償却）の妥当性が曖昧である。	当初償却の根拠について曖昧な説明や表現を避け、制度上明確に規定する。

提言 15:

高齢者が「住みたい」と思えるような居住空間のあるべき機能と、自立支援や介護のための対策を定量的に示すことが重要である。

【現状】

高齢者住宅への住み替えを検討する高齢者の多くは、「今までと同じ暮らしが継続できるか」「今ある心身の能力を維持、または改善できるか」「最後まで暮らせる（住み続けられる）か」をまず考える。この思いに明確に応えられるハード・ソフトを有した高齢者住宅は、入居者の満足度も高いと推測できる。

【問題点】

高齢者住宅には住まいらしさが求められる。バリアフリー化や加齢に配慮した設備・構造とすることは言うまでもないが、それ以外にも、住まい手である高齢者が緊張を強いられたり不安を感じたりせず暮らせるような安心感や暖かさを持っているかどうか重要である。

高齢者が心から「住みたい」と思える居住空間を提供することが必要であるが、そうした居住空間のあるべき機能は十分に研究されているとはいえない状況である。

【具体的提言】

●基準になるのは、居住空間におけるプライバシーと交流のバランスである

ハード面において暮らしの継続性を追求する場合には、日本人の一般的な暮らし方をモチーフにすることが望ましい。基準になるのは、居住空間におけるプライバシーと交流のバランスである（図表 11）。

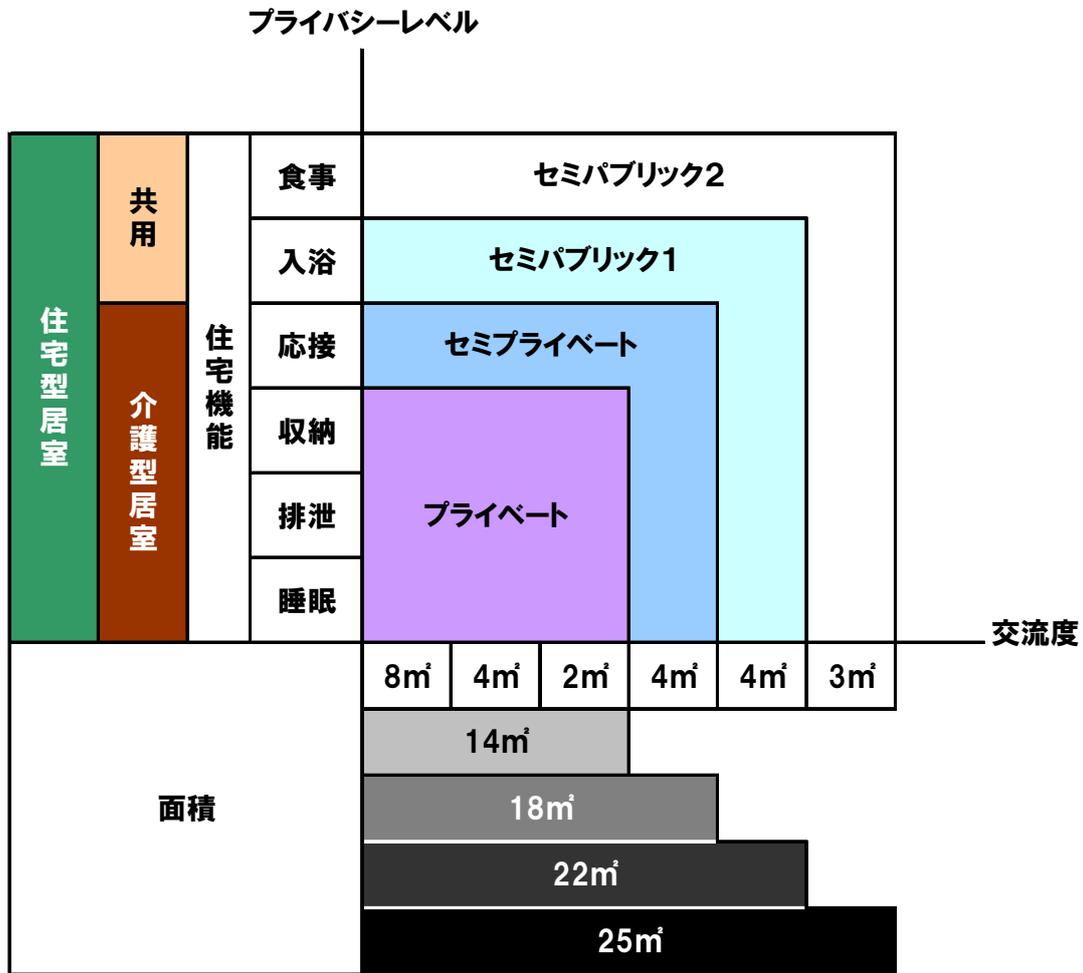
例えば、寝室の広さは最低でも4畳半+収納分が必要である。トイレや浴室は共用でないことが望ましい。食事は1人の場合と会食する場合とがあるので、どちらにも対応できるとよい。高齢者の身体機能を考慮しながら、これらの配置を決めていく。

居室の広さは住宅機能の配置によって変わるが、居室内に来客者をもてなすセミプライベートな空間が必要である。家族や友人が訪れても、居室内にゆっくり過ごせる空間がないと、滞在時間が短くなり、高齢者の精神的なダメージにつながりやすい。

トイレは洋式便器が必須であり、病気や介護予防、オムツ利用に対する自尊心に配慮すると、居室内にあることが理想である。洗面も同様で、口腔ケアを考えると居室に付帯すべきものである。浴室は、湿気の処理や入浴時の事故を考えると、共用部にあってもよいが、感染予防の面からは個室にすることが適切である。食事は交流の機会を優先して考え、食事が提供される食堂だけではなく、入居者や職員が共同で作業できるようなキッチンを併せて設けることが望ましい。

バリアフリー化については、床面の均等（段差の解消）にばかりに注目するのではなく、往来を阻害しないという点に配慮することも忘れてはならない。

図表 11 高齢者住宅におけるプライバシーレベル



●居住空間の機能とスペースの定量化のためには根拠と基準を示す必要がある

居室内の機能とスペースを定量化すると、特定施設等が実態ベースで概ね 18 ㎡前後、高専賃が「高齢者住まい法」の規定により原則 25 ㎡という面積は最低基準であることがわかる。おそらく、上述したような考量で規定されたものと推測されるが、そのプロセスが明確に示されていないために、ともすれば当該基準の遵守を軽視・無視するような事業者も一部に出てくる。

必要な規制に関する諸基準については、その根拠を明示すべきである。これらの基準を安易に引き下げないようにしないと、高齢者住宅を「住まい」と実感してもらえないような居住環境を提供することは難しくなる。

●高齢者の自立支援のために、作業療法士が関与するアクティビティを運営内容に盛り込むべきである

高齢者住宅では、作業療法士の配置と計画的な介護予防プランの有無が、その高齢者住宅の質を測る重要な指標の一つになると考えられる。高齢者住宅が「高齢者の自立した暮らしを支える住まい」として機能するためには、作業療法士が関与するアクティビティメニューを、高齢者住宅の運営内容の基礎的項目に含めるべきである。

●高齢者住宅は医療との連携で終末期ケアの機能を持つべきである

高齢者住宅における「終身利用可能」とは、まさにそこで穏やかな死を迎えられるということである。多くの人ができるならば自宅で死にたいと考えているが、それは「住まい」における看取りでは、自らの人生や家族を思うことが可能であり、その人のアイデンティティが失われずにすむことに、多くの人が無意識的に気づいているからである。病院での無機質な死からの脱却は、人としての尊厳を取り戻す第一歩でもある。加えて、終末期医療に要する膨大な医療費を抑制することにもつながる。

高齢化・核家族化している現代の家庭の中に「死」を戻すことは必ずしも容易ではないが、高齢者住宅ではこの「死」を受容することが可能であり、これが高齢者住宅独自の大きな価値にもなる。

高齢者住宅が「安心して最期を迎えられる場所」として定着していくためには、医療との密接な連携の下、終末期ケアを実施できる体制を整えることが何よりも重要になる。そのための職員体制の構築と職員教育により、多くの高齢者住宅で良質な終末期ケアが行われるような環境を整備していくことが求められる。

提言 16:

入居検討者の選択に役立つような、高齢者住宅に関するわかりやすい評価スケールをつくるべきである。

【現状】

高齢者住宅への住み替えを検討する高齢者やその家族にとって、自分の要望に合った住まいを選ぶのは容易なことではない。高齢者住宅に関する実用的な相談窓口がほとんどない現在では、自らの努力で必要な情報を収集しなければならないが、集めた情報をもとに、高齢者住宅をどのように評価すればよいのか、迷ったり混乱したりする人も多いと考えられる。

【問題点】

現在の高齢者住宅に関する評価は、①事業者名や住宅の所在地、開設時期などの基本データ、②居室の広さ、③共用施設の種類、④費用（入居一時金や償却内容、月額費用）、⑤介護人員——など概ね「表層サービス」と言われる表面的な内容を中心に行われている。

もちろん、これらの内容を評価することも重要ではあるが、入居検討者が自分にとって最適な高齢者住宅を選ぶために必要な情報を提供するためには、「本質サービス」に関わる事項のスケール化とその情報開示が求められる。しかし、現状ではそうした評価スケールはできておらず、サービスに関する評価の仕組みは不十分である。

【具体的提言】

●高齢者住宅の本質であるサービスを客観的に測る評価スケールの構築が必要である

高齢者住宅を検討する高齢者の選択の助けとなる、信頼のおける評価スケールをつくる必要がある。どのような項目について、どのような指標を用いて評価するかで、スケールの出来栄が違ってくる。数多くの高齢者住宅の中から、良質なサービスを維持している事業者や事業所を的確に選定できるような評価スケールを研究し、早い段階で運用できる体制を整えるべきである。

評価のための指標には、以下（次ページ）のような項目が考えられる。それぞれの指標について精査し、さらに必要と思われる指標も付け加えるなど、時間をかけての検討や議論が必要になると思われるが、高齢者住宅事業に携わる事業者の間でも連携・協力するなどして、高齢者住宅の本質であるサービスを客観的かつわかりやすく測定できるような評価スケールを構築することが必要である。

本協議会においても、こうした評価スケールの作成について、積極的に取り組んでいきたい。

<評価のための指標>

- ①人材育成力：離職率、有資格者装備率、ジョブローテーション制度、資格取得支援制度、スキルアップ制度、社内外研修制度、MBO⁷、CDP⁸など、職員を単なるパーツとしてではなく、入居者のパートナーとして長期雇用し育成する制度の評価。
- ②ケア技術開発力：介護に関わる最適ケア技術開発（摂食嚥下対応技術、最適認知症ケア技術、排泄支援ケア技術、介護予防技術など）に対する取り組みや制度の評価。学会や研究会への参加と新介護技術実績発表などの評価。
- ③顧客満足度力：定期的な顧客満足度調査と是正説明に関する評価。価格および契約に基づく適切なサービス提供についての顧客との情報共有化に関する評価。ISO⁹やQMS¹⁰などサービス品質に関わるレベルとバラツキ是正の仕組みの評価。
- ④医療連携力：医療・看護・介護のトータルケアサービスの提供体制に関する評価。特に、医療とのチームアプローチケアの実態評価は重要である。夜間など医師との連携がリアルタイムでとれる体制が最適である。
- ⑤採算安定力：過去と中期（前後3年間程度）の事業収支に関する公開評価。一定の情報開示を定期的に、どの程度実施しているかなどの評価。
- ⑥適正価格：ハード・ソフトに係る費用（入居一時金や月額の家賃・管理費・食費・介護費など）の市場相対評価。市場価格との差に対する理由などを明確に説明することが求められる。

⁷ MBO (Management by Objectives: 目標管理制度) とは、従業員が具体的な自己目標を設定し、その目標達成に取り組ませ、その達成度を評価する仕組みのことである。個別に何を達成するかを明確にし、ある一定期間にどれだけ実績を上げたかを判定できることから、成果を重視する人事制度では中核的な存在といえる。

⁸ CDP (Career Development Program) とは、個人の適性或希望などを考慮しながら、教育研修や配属を組み合わせ、長期的に従業員を育成していくプログラムのことである。中長期的なキャリアビジョンの策定や研修計画のみならず、配置・ローテーション、職務経験などを包括的に勘案した実行施策である。

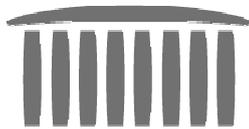
⁹ ISO とは、国際標準化機構 (International Organization for Standardization) の略称で、電気分野を除くあらゆる分野の標準化を推進する非政府間国際機関。同機関が策定する標準化規格の総称としても使われている。

¹⁰ QMS (Quality Management System: 品質マネジメントシステム) とは、製造物や提供されるサービスの品質を管理監督するシステムのことである。ISO9000 シリーズの 2000 年改訂版等から採用された概念で、品質管理を中心とした組織の活動で、顧客満足を達成し継続的な改善を意図する。

高齢者住宅経営者連絡協議会 会員名簿

	団体名
1	株式会社アズパートナーズ
2	株式会社荒井商店
3	アントケアホールディングス株式会社
4	株式会社エヌエムライフ
5	株式会社エヌ・ビー・ラボ
6	株式会社エネルギー介護サービス
7	株式会社オフィスmega
8	オリックス・リビング株式会社
9	株式会社学研ココファン
10	株式会社キノシタライフ、株式会社ライフコミュニケーション
11	株式会社サミュエル
12	株式会社サンライズ・ヴィラ
13	株式会社シティ・エステート
14	株式会社ジャパンケアサービスグループ
15	株式会社JALUXライフデザイン
16	社会福祉法人常陽会
17	社会福祉法人伸こう福祉会
18	株式会社生活科学運営
19	社会福祉法人生活クラブ
20	株式会社ゼクス・アクティブエイジ
21	株式会社センチュリーライフ
22	株式会社太平洋シルバーサービス
23	株式会社ツクイ
24	株式会社東急イーライフデザイン
25	東電ライフサポート株式会社
26	東宝不動産株式会社
27	トステム株式会社シニアライフカンパニー
28	トラストガーデン株式会社
29	株式会社日本ライフデザイン、湖山医療福祉グループ
30	長谷川介護サービス株式会社
31	株式会社長谷工総合研究所
32	医療法人社団はなまる会
33	株式会社光ガ丘ヘルスケア
34	平和ヘルスケア株式会社
35	株式会社ベネッセスタイルケア
36	株式会社マザアス
37	三井住友海上ケアネット株式会社
38	株式会社メッセージ
39	株式会社メデカジャパン
40	株式会社ユーミーケア
41	医療法人社団容生会
42	ライフサポート株式会社
43	ロングライフホールディング株式会社
44	株式会社タムラプランニング&オペレーティング

団体名 50 音順 (2010 年 11 月 25 日時点)



高齢者住宅経営者連絡協議会
The General Housing Industry Association

高齢者住宅のあり方に関する提言

2010年11月25日発行

2013年05月14日重版

(事務局) 〒101-0054 東京都千代田区神田錦町 1-13 大手町宝栄ビル 602

TEL/FAX : 03-3292-3289

E-mail: info@kokeikyo.com

無断複製・転載を禁じます