介護保険と高齢者住宅

河 口 洋 行
油 井 雄 二

1. はじめに

(1) 背景

わが国では、2025年の高齢化のピークに向けて、限られた財源で「地域包括ケア」の供給体制をいかに整備するかが大きな政策課題になっている。因みに、地域包括ケアとは地域包括ケア研究会（2009）が示したように、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、医療・介護サービスを含む様々な生活支援サービスが、日常生活の場（おおむね中学校区）で提供できるように地域での体制」である。この地域包括ケア体制のベースとなる高齢者向けの住宅については、従来からわが国の住宅政策が欧米諸国に比して貧弱であったこともあり、その量及び品質に問題があるとされている。

本稿では、「高齢者住宅」とは、高齢者が居住する場を指し、ケア付きであるか否か、介護保険施設であるか否かを問わない広い概念として定義する。これらの「高齢者住宅」は、福祉政策（厚生労働省）と住宅政策（国土交通省）が独自に実施してきており、多様な類型が存在する一方で、その整合性の低いことが指摘されている。

また、将来的な人口動態的な変化は、都市部においての独居で介護・医療ニーズを抱えた高齢者が大幅に増加することを示している。これを受けた社会経済国民会議の最終報告書（2008年11月4日）の試算によれば、2025年までに高齢者住宅（介護施設及び居住系）として追加で106万人分¹⁾（高齢者人口の約6%）を整備することが必要とされている。しかし、高齢者住宅の必要数の推計につい

---

1) このうち、特別養護老人ホーム26万人分、特定施設21万人分、グループホーム22万人分の増設が必要とされている。

てはいくつかの試算があるものの、その整備における問題点や政策支援のあり方については具体的な検討が十分には行われていない。

最近、高齢者住宅の整備を厚生労働省と国土交通省が共同で推進する案が浮上している²⁾。平成24年度予算要求において、国土交通省は中所得者層（厚生年金の受給者を想定）が入居できる比較的軽い介助を提供する高齢者向け賃貸住宅を、10年で60万戸整備する案を発表している。この案では、良質な住宅を国が認証（或いは登録制度を整備）し、民間事業者に低利融資や補助金を交付するために350億円を予算要求しているが、詳細は未だ明らかになっていない。

(2) 先行研究

これまでは、住宅政策と福祉政策は別々に論じられることが多かったが、高齢者住宅の問題に関しては近年この2つを総合的に検討する論文が発表され始めている。

亀本（2004）によれば、わが国の高齢者住宅の政策の問題点として、わが国の住宅政策が勤労者向けの公共賃貸住宅を中心に行われてきた点や、老人福祉施設が貧困者に対する「収容空間」としての実態を有している点を指摘している。さらに、現在の高齢者住宅の政策については、住宅政策（国土交通省）と福祉政策（厚生労働省）がそれぞれその時々短期的な課題に対応してきた点や、その結果極めて多種多様な形態が並存し、施策体系が全体的に整理されていない点を指摘している。このため、住宅行政と福祉行政の国レベルでの体系的な政策や地方自治体レベルでの連携が重要と主張している。

油井（2010）は、これまでの住宅政策を踏まえた上で、公的介護保険に与える影響から、「特定施設入居者生活介護（以下特定施設）」³⁾と専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅である「高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）」の問題点について詳しく検討している。まず、当該論文では公的介護保険を利用する高齢者の

---

2) 2010年8月25日朝日新聞朝刊に報道された。尚、この後厚生労働大臣と国土交通省大臣が2人で高齢者住宅を訪問して、予算獲得へのアピール活動を行っている。

3) 特定施設とは、介護保険制度において一定の基準を満たして指定を受けることによって、介護施設として包括払い方式で介護報酬を受けることができる施設を指す。

住居を独自に4つの分類で推計している。その結果、統計的に把握が可能な「介護保険施設（居住する高齢者が84.2万人）」及び「特定施設（24.1万人）」を除く居宅介護サービスを受給している260万人を、自宅（約240万人）と「高齢者向け住宅」（約20万人）と推計している。この結果から、公的介護保険の統計からは把握できないものの、自宅以外で「居宅介護サービス」を受給している高齢者が既に一定数いることが示された。更に、この「高齢者向け住宅」のなかの4.4%（8,564居室）が、実態的には有料老人ホームでありながら都道府県への届け出を行っていない「無届有料老人ホーム」であることを指摘している⁴⁾。その上で、公的介護保険から外部サービス利用を認定されている「特定施設」については、介護保険施設の場合に適用される「包括払い方式」と異なり、サービス利用により自己負担額が上昇する「出来高払い方式」となるため、重度の要介護になった場合に自己負担部分の支払い能力不足や介護保険施設への住み替えが必要になるという問題点を指摘している。また、近年急増している高専賃の問題点としては、品質を担保するための届出や適合の制度を厳格に運用する必要性を指摘している。その上で、外部の介護サービスの利用を連続的に担保するために「小規模多機能型居宅介護」⁵⁾と「高専賃」の組み合わせを推進することを提案している。併せて、今後は高齢者住宅における「看取り」をどう行うべきかの検討が課題となっていることを指摘している。

川越・三浦（2008）は、これらの現状を踏まえて、「地域包括ケア」の実現という観点から、高齢者住宅のあり方を検討している。その結果、高齢者住宅の整備においては、「見守り要員（ライフサポートアドバイザー⁶⁾等）」及び「小規模多機能型居宅介護事業者（以下、小規模多機能）」などの外部サービスとの緊密な連携を確保することが、認知症ケアの観点から必要であることを指摘してい

4) これらの推計では、(株)タムラプランニング&オペレーションが発行する「高齢者住宅データ・サービス」を活用している。

5) 小規模多機能型居宅介護とは、介護が必要となった高齢者（主に認知症高齢者）が、今までの人間関係や生活環境をできるだけ維持できるよう、「通い」を中心に「訪問」「泊まり」の3つのサービス形態が一体となり、24時間切れ間なくサービスを提供する介護事業。

6) ライフサポートアドバイザー（生活援助員）とは市町村の委託により公的住宅等に居住している高齢者に対して、安否確認や緊急時における連絡等のサービスを行う者で、派遣事業は公的介護保険における任意事業に含まれる。

る。併せて、行政の管理監督の強化として、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全てに届出を行わせ⁷⁾、介護サービス事業所としての情報開示や外部監査を実施するべきと主張している。

(3) 本研究の目的

本研究の目的は、これまで述べてきたような高齢者住宅に関する問題を、特に民間事業者が中心となっている有料老人ホームおよび高専賃を中心に整理し、費用負担や社会保険財政への影響を勘案しながら、今後の方針を検討することである。

既に先行研究で見たように、高齢者住宅に関する問題は多岐にわたるが、特に以下の3点の問題について検討したい。第一に、高齢者住宅の建築物の部分とケアの部分の供給におけるバランスの問題である。第二に、高齢者住宅の多様な類型と不整合な政策に関する問題である。第三に、高齢者住宅における費用負担や政策支援のあり方に関する問題である。これらの問題点に対して、どのような対応策があるかを検討する。

本研究の構成は以下の通りである。本節では、本研究の背景と目的について述べた。次節以降では、3つの大きな問題点について説明し、第三節ではその改善策を検討する。第四節ではまとめを行う。

2. 現状の問題点

(1) 住宅とケアの供給のアンバランス

①住宅の供給能力は非常に大きく、過剰供給の恐れがある。

高齢者住宅の整備における第一の問題点は、高齢者住宅の2つの要素である「建築物」と「ケア」について、アンバランスな供給が行われる可能性である。住宅政策と福祉政策を比較すると、その予算額・供給能力・現状のストックとい

---

7) 後述する油井(2010)が詳しく分析しているように、実質的に有料老人ホームに該当しながら都道府県への届出を行っていない事業者が多数存在している。

う全ての点で住宅の方が福祉施設を大きく上回っている。このため、高齢者住宅政策を国土交通省と厚生労働省が共同で実施すると、自立・軽度介護が必要な高齢者に対する高齢者住宅が過剰に整備される一方で、後期高齢者が必要とする重度介護（認知症ケア含む）のための福祉施設が過小になるなどのアンバランスが発生する可能性が高い。

具体的に数値で比較してみよう。「平成20年度住宅・土地統計調査」によれば、わが国の住宅は全体で5758万戸ほど存在している。しかし、世帯数はこれに達せず、住宅の13.1%に当たる756万戸の空き家が発生している。これは過疎地のみの問題ではなく、人口集中地区（国勢調査基本単位区において人口5千人以上を有する地区）でも全体の4095万戸のうち541万戸（13.2%）が空き家となっている。つまり、既に約1割の過剰な住宅ストックを有している状態である。一方、日本の世帯数は社会保障人口問題研究所（2008）によれば、2005年の4,906万世帯から2015年の5,060万世帯をピークに減少に転ずる。従って、わが国は既に2015年の世帯数のピークを賄うだけの住宅ストックを有しており、一方で今後は不稼働の空き家が増加する傾向が見られる⁸⁾。更に、供給能力で見ると近年の平均的な新規住宅供給は年100万戸の水準である。特に首都圏のマンション供給は年約15万戸、近畿圏で年約4万戸もの供給が行われている。従って、高齢者住宅に対する政策支援を強化すれば、従来の勤労者向け住宅の供給能力が高齢者住宅に振り分けられることにより、容易に過剰供給に陥ることが予想される。

②ケアの供給能力は不足しており、特に人材確保がネックとなる。

一方で、介護職員などの確保が必要な老人福祉施設の整備は住宅に比して、時間を要する。これまでの、厚生労働省による整備計画には主に、「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）」（1989-1999）、新ゴールドプラン（1994-1999）、ゴールドプラン21（2000-2004）などが挙げられる。新ゴールドプランはゴールドプランの途中で計画を増額したもので、新ゴールドプラン（5年間）及びゴールドプラン21（5年間）でどの程度老人福祉施設の増設が

---

8) 但し、この空き家の耐用年数は考慮していない。また、この統計には学校や公共施設などの住宅以外の建築物は含まれていない。

計画されたかを見てみよう。新ゴールドプラン（1994年～1999年）では、特養23万人→29万人と6万人分の増加、老健16.6万人→28万人と11.4万人分の増加を計画しており、施設系を合わせて17.4万人分の増加としている⁹⁾。次に、ゴールドプラン21（2000年～2004年）では、特養29万人→36万人と7万人分の増加、老健28万人→29.7万人と1.7万人分の増加で、施設系で合わせて、8.7万人分の増加である。このように過去の計画では1年で約2～4万戸程度の増加ペースである。

更に供給拡大が困難なのは、介護人材である。介護人材は現状でも人手不足と認識されており、今後の需要の増大に対して必要数を確保するために様々な政策支援が実施されているところである。先の試算を行った社会保障国民会議によれば、2007年から2025年にかけての必要数は、医療介護の職員数で174万人（生産年齢人口比2.1%）から386万人（5.4%）と約200万人の増加である。そのうち、介護職員数は117万人（1.4%）から255万人（3.6%）と140万人の増加が必要である¹⁰⁾。尚、この期間で、労働力人口は8,301万人から7,096万人に約1,200万人減少するため、現在よりも介護職員の確保は困難になると考えられる。

従って、高齢者住宅を建築物部分とケア部分で分けて考えると、前者に比べて後者の整備は困難で、現状の政策の延長線上では、供給にアンバランスが生じる可能性が高い。高齢者住宅の建築物へ政策支援を実施して整備しても、重度介護や認知症ケア・終末期ケアの供給体制が整備されないと、最終的な受入れを要請される医療供給体制（特に夜間の救急医療システム）が過大な負担を負う可能性が高い。2025年までに急増するのは後期高齢者であり、前期高齢者に比して介護・医療のニーズが大きい事に注意が必要である。

---

9) 但し、自立高齢者の受入れを前提としているケアハウス（軽費老人ホームの一種）は除いている。

10) 菊池（2008）によれば、2025年度までに必要となる看護・介護従業員数は、施設系サービスのみでも2005年度の1.78倍になることが推計されている。

（2）参入規制と規制の緩い類型への超過需要の流れ込み

①多様な高齢者住宅の類型と不明確な機能

これまで高齢者住宅は、福祉政策としての側面と、住宅政策としての側面の2面を持っていた。これまでの高齢者住宅の政策がいかに複雑で整合性が低いかについては、川越・三浦（2008）及び油井（2010）が詳細な一覧表で検証している¹¹⁾。これらの多様な政策体系で最も問題なのは、これら的高齢者住宅がどのような機能を有しているのかが曖昧な点である。例えば、同じ高専賃¹²⁾の中でも様々なタイプが混在しているとされている。

大塚ら（2009）では、高専賃に対して独自アンケートを実施し、自立で受け入れて中度の介護までしか対応しない「中程度型」（全体の17.9%）と中度の介護で受け入れて重度介護・終末期ケアまで対応する「介護型」（58.5%）に2分されていることを示している。また、自立のうちに住み替えを行って終身利用が可能な「早期住替型」（3.5%）は非常に少ないことも指摘している。このような現実、高齢者が重度のケアが必要になった段階で、再度住み替えが必要になるという点で大きな問題¹³⁾である。更に、認知症ケアや終末期ケアの実施や、その場合の費用負担がどのように変化するのも、個別の高齢者住宅の類型により異なっており、安心して生活することが困難である。

②参入規制と「満たされない施設需要」

現在は、高齢者住宅（特に介護保険3施設¹⁴⁾や特定施設）には様々な形での参入規制があり、施設介護に対する超過需要が他の高齢者住宅に流れ込む形になっていると考えられる。田近・菊池（2003）によれば、介護保険制度導入当初

11) 川越・三浦（2008）ではP10の表3に18類型について対象者や整備数を整理している。油井（2010）では付表に19類型について利用料や補助、介護保険のサービスについてまとめられている。現状の制度について詳細な情報が必要な場合には、これらの先行研究のまとめ表を参照されたい。

12) 高齢者住宅財団（主務官庁は国土交通省及び厚生労働省）のホームページ（<http://www.koujuuzai.or.jp/>）では高専賃の登録情報が公開されており、提供されるサービスについては、「介護保険適用のサービス」「医療保険適用のサービス」「その他のサービス（食事の提供や緊急通報サービス）」について知ることができる。

13) これは現在起きているような受入施設の探索に時間と費用がかかるという問題に加えて、認知症の場合には認知機能を悪化させるという問題が考えられる。

14) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の介護施設を指す。

の時期に介護保険3施設に対する「総量規制¹⁵⁾」により、当該施設に対する超過需要が特定施設（グループホーム、ケアハウス、有料老人ホームなど）に流れ込み、急速に供給が拡大したことを指摘している。更に、これらの超過需要に対して民間企業が参入し、不足している公的施設を民間施設が補完することを予想している。油井（2010）は、その後の特定施設への参入規制により¹⁶⁾、高専賃などの新たな高齢者向け賃貸住宅に「満たされない施設需要」がシフトしたことを示唆している。今後も、新たな参入規制が実施されれば、より参入規制の緩い高齢者住宅や無届で品質の悪い高齢者住宅に施設需要が流れ込むことが予想される¹⁷⁾。

更に問題なのは、実際に事業者が有料老人ホームの届出を行う場合に、地方自治体によって独自の指導（多くの場合により厳しい条件を求められる）や事前協議の際に実質的な届出の受付拒否が行われることである。このため、一定の条件を満たせない場合や事前協議で拒否される可能性がある場合には、無届で開設している場合がある。この無届の有料老人ホームは、全国で約20万戸と推計され、多くの宅老所も含めて、実態さえも把握できていない状態である¹⁸⁾。

（3）費用負担と政策支援のあり方の混乱

①高齢者が必要な多様なサービスの費用負担のあり方が整理されていない

現在の高齢者住宅においては、どこまで公的に保障されるべきか、どこまで自己負担とするべきかが、明確になっていない。このため、様々に細分化された施設の類型毎に公的保険の給付サービスや利用者の自己負担額が異なっている。このため本来は重度の介護が必要でない人までも特養などの比較的自己負担が低い

---

15) 介護施設の利用者数を抑える「参酌標準」と呼ぶ目標を定めている。具体的には施設の利用者数を要介護2以上の人数の37%以下に抑えるように定め、全国一律で適用している。

16) 2006年の介護保険法改正により、介護保険事業計画に定める計画数を超える場合には、自治体が特定施設の指定を拒否することが可能となった。

17) 尚、「規制・制度改革に係る対処方針」（2010年6月18日閣議決定）において総量規制の根拠となる参酌標準は撤廃される予定で、今後は自治体が地域の実情に応じて策定可能とする方針である。但し介護保険財政の悪化を恐れる自治体が規制を継続する可能性が残っている。

18) これらの無届の有料老人ホームについては、自治体側の届出を要請する姿勢が異なる点も指摘されている。これは、行政側は存在を認知するとその対応を迫られることから、一定程度の無届施設を容認する誘因があるためかも知れない。

施設に入所希望が集中して、待ち行列による非効率を招いている¹⁹⁾。

例えば、住居の広さについては、高齢者住宅の類型によって床面積の広さなどの基準が異なり、建設費を補助金などの公的財源で賄うという実態になっている。高齢者にとって特有のニーズとなる医療・介護サービスにおいては、その特性を考慮した供給体制は問題ないと考えられるが、年齢によってその住居の広さに対する優遇が行われることは、他の世代の理解を得られるとは考えられない。

②類型によって異なる保険給付方式

公的介護保険の給付方式においても、在宅の場合には「出来高払い」、介護保険施設の場合には「包括払い」と異なっている。この償還方式の違いはそれぞれにメリットとデメリットがあるが、本稿で問題としている2025年をピークとする後期高齢者の増加への対応策を考える場合には、油井（2010）が指摘しているように、出来高払いでは重度介護になった場合に自己負担額が重くなり、十分なサービスを利用できなくなるというデメリットが大きな問題となる。

更に、現状の2種類の給付方式では、在宅扱いとなる高齢者住宅においては、軽度の介護が必要な高齢者を受け入れ、重度の介護が必要になった場合には、他の施設に異動させる経済的誘因を与えている。このような行為に対しては、利用者の代理人としてケアマネジャーがアドバイスを行うべきであるが、現実にはケアマネジャーの多くは介護事業者側に雇用されており、必ずしも中立的な立場が保持できるとは限らない²⁰⁾。

③類型によって異なる外付けの医療・介護サービスの取り扱い

現状の複雑な高齢者住宅の類型と不整合な政策体系は、高齢者が必要とする介護・医療サービスを外付けの形で提供する際にも問題を引き起こすことが予想される。

19) 一般に特別養護老人ホームへの入所希望者は42.1万人とされているが、内重度介護（要介護度が4又は5）の高齢者は全体の42.1%の17.9万人で、更にそのうちで在宅介護をして待機している高齢者は6.7万人（全体の16.0%）となっている。つまり、本当に特養を待機しているのは全体の16%程度である。従って、入所希望者の多くは、特養以外の場所でも対応できる軽度介護や在宅介護の高齢者が、利用料金の低さから入所を希望していることが予想される。

20) このような点から、山路（2010）や河口・田近・油井（2010）は、ケアマネジャーを供給側に所属させることは問題であると指摘している。

例えば、在宅医療サービスの場合には、同じ高齢者が住まいを変更することによって、供給できるサービスが異なることが指摘されている。図1で一般的な高専賃と特定施設（一般型）となっている適合高専賃を比較してみよう。職員配置は、前者では義務付けられないが、後者では看護師の配置が必要となる。公的介護保険からの給付は、前者は在宅扱い（出来高払い）となり、後者は施設扱い（包括払い）である。公的医療保険では両者とも在宅医療の対象となるものの、在宅時医学総合管理料²¹⁾の診療報酬点数は前者で4200点（4万2千円）であるが後者では3000点（3万円）でも異なる扱いとなる。更に、訪問看護は特定施設でな

図1 住居の違いによる医療保険と介護保険の給付範囲の違い

		医療保険と介護保険の給付						
		← 在宅 →	← 在宅 or 施設? →				← 医療機関 →	
		本当の自宅	ケアハウス 有料老人 ホーム 高専賃	グループ ホーム	特定施設	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養 型病床
職員 配置	Dr	×	×	×	×	△ (非常勤)	○ (日勤)	○ (24h)
	NS	×	×	×	○ (日勤)	○ (日勤)	○ (日勤)	○ (24h)
介護 保険	入所の 介護給付	×	×	○	○	○	○	○
	居宅療養管理指 導料	○	○	○	○	×	×	×
医療 保険	在宅医療 の対象	○	○	○	○	○	×	×
	在宅時医学 総合管理料	○ 在宅 (4200点)	○ 在宅 (4200点)	○ 在宅 (4200点)	○ 特定 (3000点)	△ (末期癌 のみ)	×	×
	在宅患者 訪問診療料	○ 在宅 (840点)	○ 居宅系施設 (200点)	○ 居宅系施設 (200点)	○ 居宅系施設 (200点)	△ (末期癌 のみ)	×	×
	訪問 看護	介護 保険 利用者	○ 在宅患者訪問 看護指導料 (555点)	○ 居住系施設訪問 看護指導料 (430点)	○ 居住系施設訪問 看護指導料 (430点)	○ 居宅系施設訪問 看護指導料 (430点)	△ (末期癌 のみ)	×
介護 保険 利用 なし		○ 在宅患者訪問 看護指導料 (555点)	○ 居住系施設等 訪問看護指導料 (430点)	×	×	×	×	×

注1) 横軸は高齢者が居住する施設類型を示している。縦軸は職員配置・介護保険からの給付・医療保険からの給付について示している。

注2) 公的保険からの給付の有無については、給付の場合には○、限定した条件を満たした場合に給付できる場合には△、給付できない場合には×で示している。

注3) 図の波線は、サービス項目毎の給付の有無の境界線を示している。

注4) 現在では改善された部分もあるが、本質的な問題は残っていると考え、そのまま引用した。

出所) 原土井病院原祐一氏作成資料「居住系施設と医療提供の検討」を引用

い場合には介護保険の利用の有無に関わらず利用できるが、特定施設の場合には介護保険の認定なしの場合にはサービスを受けられない。このような細かい違いが出てくるのは、高齢者住宅の取り扱いを、施設類型毎に定めているためで、類型が複雑化し整合性が低くなれば、外付けで供給される介護・医療サービスにも問題が波及するのである。

3. 検討すべき対応策

（1）満たされない需要への対応と政策支援のあり方

①予算制約より需要を重視する政策支援

高齢者住宅の建築物とケアの供給のアンバランスの問題を、前者を「資本」、後者を「労働」という投入資源に例えるとその方策は非常にシンプルである。わが国において高齢者が安心して生活できるインフラを整備する上で、資本は既に過剰な状態にあり、現在の資金調達容易さも手伝って、今後も過剰供給が予想される。一方で労働の部分については既に過小な状態にあり、今後の生産年齢人口の減少もあり、必要量の確保が困難となる事が予想される。この場合には、労働により高い公的価格（又は政策支援）を設定し、その財源を資本への政策支援部分から振替えることが望ましい。

現実的には、このような予算の配分変更は困難である。しかし、従来もその時々で予算制約の弱い財源を短期的な問題の解決のために利用することにより、社会保障制度に様々な問題が生じた点を忘れてはならない。例えば、福祉政策では福祉施設の建設費用が税財源で賄われ、その厳しい予算制約から十分に供給されなかった。このため、比較的予算制約の緩い公的医療保険から老人病院という代替財を整備したことの結果、社会的入院という形で後の医療保険の財政を悪化させてきた。また、身寄りのない低所得者の住居を欧米諸国のように公的住宅の整備により十分に対応しなかったため、福祉施設や時には医療機関が事実上の低所得者の収容施設になってしまい、社会保険財政を圧迫する結果となっている。

---

21) 在宅で療養する患者に対して、かかりつけ医として療養計画を作成し、患者等に説明した場合に月1回算定できる（但し、月2回以上の往診を実施していることが条件）。

尚、現在では生活保護制度による医療費の支払いは、財政上の大きな問題になっている。このような経験に照らして、高齢者住宅において資本と労働への政策支援のあり方について、その将来的な需要予測や整備の難易度を考慮して再検討する必要があると考えられる。

②満たされない需要への対応と事後品質規制への転換

事前の参入規制は、これまで見てきたような無届や違法な施設が増加し、「満たされない施設需要」が品質の悪い高齢者住宅に流れ込むことになるであろう。高齢者住宅の必要量の増加と品質管理を両立させるためには、事前規制を事後の品質規制に転換し、事業者の届出制度・情報提供制度の仕組みを整備する必要がある。

例えば、ナーシングホームで品質上の大きな問題が明らかになった米国では、数年をかけて介護の品質を管理するデータ・ベースを構築し、その監視能力を高めている。澤田・近藤(2010)によれば、6,500箇所のナーシングホームに対して、入所者のアセスメント結果のデータ(Minimum Data Set)を提出させ、このデータ・ベースを用いて品質の評価指標(Quality Measures)を開発して、行政の監督・指導や利用者の施設選択に利用していると報告している²²⁾。

将来的には、有料老人ホーム等の要件を緩和²³⁾したうえで、無届に対する厳罰化を実施し、届出を徹底させ、現状の把握に努めるべきである。併せて、医療・介護サービスの提供を行う事業者からは担当する利用者²⁴⁾に関するアセスメントデータの提出を義務付け、この情報提出に対しては経済的誘因を付与する²⁵⁾ことが必要であると考えられる。これらの報告制度に基づく入所者のアセスメントに関するデータ・ベースを、既にオンライン化されている公的介護保険の認

---

22) わが国においても、地域包括ケア研究会の分科会の位置づけで、「介護の質評価に関する検討会」が設置されているが、依然として包括的なデータ・ベースの構築は具体化に至っていない。

23) 例えば、「食事の提供」を行う場合を有料老人ホームとして規制対象とするかは、議論の余地のあるところではないだろうか。

24) 全ての利用者を包括払い方式にした場合には、利用者を担当する事業者は形式的に1箇所決定されることを想定している。

25) いわゆるPay for Reportingと呼ばれる、品質に関する情報提出に対して経済的誘因を与えるという考え方に基づいている。

定・請求データと接合することによって、多くの情報を得ることができる。このようなデータ・ベースを地域包括ケア支援センターで管理し、更に精緻なニーズ把握や介護保険事業計画の策定に役立てることが望ましい。

③自助・互助・共助・公助の補完原理での費用負担の整理

しかし、満たされない需要に対応した場合には、介護保険財政を中心にして、相当適度の財政的負担が必要となると考えられる。このような財政負担をそのまま介護保険制度で抱え込むのではなく、多様なサービスの費用負担のあり方を自助・互助・共助・公助の概念で整理するべきである²⁶⁾。住居スペースの費用負担を自助とするべきと考えれば、高齢者住宅及び福祉施設への建設費用の政策支援は、整合的ではないと考えられる。むしろ、建築費については民間企業のノウハウを活用してコストダウンが行われることが望ましい。また、建設費補助を行わないことは既存の住宅ストックを利用する経済的誘因ともなる。このような自助に当たる居住スペースの広さや食事の水準は、個人の選択にゆだねられることが重要であると考えられる²⁷⁾。

次に、見守りや夜間通報システムなどは互助に位置するため、これらは地域での体制作りによりNPOを中心に実施されても、地方自治体がボランティア等を組織して実施してもよいと考えられる。地域での互助体制が整備されていない場合には、高齢者住宅において利用者自己負担の形で供給される場合も問題はないと考える。但し、互助の部分は地域格差が大きくなると予想され、医療介護制度の効率化にも資すると考えられるため、地方自治体の補助金を支給したり、自宅で家族が実質的に担当している場合には、在宅の給付額をあげて調整を実施することも過渡期には必要と考えられる²⁸⁾。

共助である社会保険で供給されるのは、ある程度客観的に測定されたニーズに応じた医療・介護サービスの供給である。この時、地域包括ケアの概念に基づき、

---

26) 自助・互助・共助・公助と補完原理については、地域包括ケア研究会（2009）P32 参考資料2を参照されたい。

27) 特に都市部においては不動産価格が高いことから、居住スペースについては、非倫理的な問題がない範囲で面積用件を緩和することも検討されるべきである。

28) 現在の公的介護保険制度においては、ライフサポートアドバイザーを、自治体の独自事業として派遣を行うことは既に可能となっている。

原則として施設・住宅の外付けの形で供給されることとなる。このため、現在は配置医師を置いている介護保険施設においても、今後は人員配置基準を緩和するべきであろう。尚、外付けの医療・介護サービスが十分に整備されない地域（つまり地域包括ケア体制の整備が遅れている地域）では、自衛のために高齢者住宅に内部サービス供給を配置することは認められるべきである²⁹⁾が、このサービスに対しては社会保険の要件に合致した場合のみに共助として給付が行われるべきと考える。

併せて、高齢者住宅の類型に関わらず、公的介護保険からの給付は包括払い方式へ統一するべきである³⁰⁾。これにより、介護保険事業者は如何に限られた収入のなかで、サービスを効率的に供給するかを工夫することが可能になる。例えば、訪問介護においても現在のように一人一人に対して「30分」の滞在ではなく、利用者の状態によって、「5分」や「60分」のように裁量を働かせることができる³¹⁾。更に、定額の包括払いのなかでITシステムの活用、大型介護機器の利用、ボランティアなどの地域資源の利用により費用削減の経済的誘因もあるため、供給体制の効率化も期待できる³²⁾。

最期に、「公助」に位置する低所得者対策及び法律的なサービスは、主に自治体により責任を持って実施されるべきで、共助に頼るべきではない。従って、主に共助で実施されるべき医療介護サービスに対して、低所得者への配慮を行うよりも、住宅給付や保険料補助などの形で、低所得者対策を切り離して実施するべきである³³⁾。

このような形で、高齢者が必要とする様々な費用を適切に分担し、なんでも公的介護保険からの給付を求めて保険財政悪化より持続可能性を損なうことがあつ

---

29) 現在でも有料老人ホームの介護・看護人員の配置は利用料に応じて様々に行われている。

30) 但し、個人住宅の場合には、包括払い方式に変更すると介護保険事業者側にとって多様なサービス提供が困難になる事例が発生することも予想されるため、具体的な制度については更に詳細な検討が必要と考えられる。

31) 厚生労働省はこのような巡回型サービス供給方式のトライアルを行う予定である。

32) 但し、サービスの過小供給の経済的誘因を有する。このため、後述するアセスメントデータの提出やその利用による事後監視が重要となる。

33) 現在でも施設入所者に対する補足給付が公的介護保険から給付されているが、このような給付は本来は「公助」で行うべきである。

てはならないと考える。

表1 代表的な住宅附帯サービスに関する費用負担のあり方

住宅附帯サービス項目	負担のあり方	メリット
・居住スペース	自助	個人の選好に応じて広さや設備を選択できる。
・生活支援サービス (24時間の見守り及び 緊急通報サービス)	互助 (地域差解消のため に公助も可)	高齢者の独居を可能として、病院・介護施設・救急機能の不適切な利用を縮小できる。
・長期ケアサービス (医療・介護サービス)	共助 (社会保険)	病院・介護施設の不適切な使用を防止する。 家族労働の外部化を推進。
・低所得者対策 ・消費者保護（法律面）	公助 (住宅給付)	住居を確保するための、病院・介護施設の不適切な利用を縮小できる。

④全体の効率性や費用対効果に優れるものを政策支援

高齢者住宅において、共助の費用節減や地域ケアシステムの効率性の向上に資する点については、積極的に政策支援を行うべきである。例えば、生活支援サービス（24時間の見守りや緊急通報サービス）を高齢者住宅で整備したり、外付けの医療介護サービスの供給体制を整備することは、病院（或いは福祉施設）の不適切な使用を防止することに役立つ。つまり、地域包括ケア体制の整備により、医療費の抑制が期待できると考えられる。また、低所得者に対する住宅給付などの形での政策支援も、やはり病院（或いは福祉施設）による収容を防止することに役立つ。更に、高齢者住宅における「看取り」の実施（原則として契約した外部事業者が提供）、や「認知症ケア」の実施（年2回程度のスクリーニングや専門医との契約）についても、同様の理由から費用を政策的に支援することを検討するべきと考える。

表2 高齢者住宅で実施が望ましいサービス項目

住宅付帯サービス	政策支援の形	支援の条件
・終末期ケア	外部事業者に連絡調整するための体制整備の費用を支援	・外部事業者との契約・連絡体制整備。 ・入所時に終末期の事前指示書。 ・希望者に対する看取りの実施数等を情報公開。
・認知症ケア	認知症ケアに対応するための費用を支援	・年二回の認知症スクリーニングの実施。 ・一定の状態に達した場合には認知症専門医の確定診断を実施。 ・認知症病棟を持つ医療機関との連携体制を整備。 ・認知症ケアの講習受講。

具体的には、看取りの実施については、既に介護保険3施設に置いて「看取り介護加算³⁴⁾」が設置されているが、特定施設以外の有料老人ホームや高専賃では請求することができない。このような、制度全体の効率化に資するサービスで、高齢者住宅が安心できる住居として必要な機能については、外部サービスの利用を前提に、その体制整備の費用を政策支援するべきである。但し、実際にケアを提供する外部事業者（例えば、訪問看護ステーション等）には、その実施回数（例えば看取り件数）に応じた保険給付を行い、高齢者住宅側にはその体制整備のための費用を公助の形で政策支援することが望ましいと考える³⁵⁾。

尚、これまで述べてきた費用負担のあり方については、財源の問題が常につきまとう。しかし、地域包括ケアの地域マネジメントのための費用は、自治体が公的介護保険における上乗せ保険料の徴収や、従来の高齢者向け施策の予算を柔軟に活用して調達することも検討するべきである。

(2) 自治体による供給体制の体系的整備（地域マネジメント）

①自治体による地域マネジメント

先のアンバランスな供給の問題は、単純な資本と労働の間だけではなく、地域

34) 老人保健施設においては、同様に「ターミナルケア加算」がある。

35) 現状の看取り介護加算は、施設毎に設定される加算で、看取り介護の日数により算定される。

包括ケアの供給体制に必要なサービスをバランスよく整備する必要がある。従って、高齢者住宅は個別の商品としてだけでなく、地域ごとに異なる地域包括ケア体制のなかで、体系的に位置づけられることが必要である。例えば、自立した高齢者向けの住居や施設が多く、その後の重度の介護や認知症ケアを提供する体制がなければ、地域で生活を継続することは困難である。医療提供体制が、1次（プライマリケア）、2次（入院・専門医療）、3次（高度医療）のように体系立てて整備される必要があるのと同様である。

このようなバランスの取れたサービス提供体制のマネジメントを担うのが介護保険の保険者でもある地方自治体である。このような「地域マネジメント³⁶⁾」を実行するためには、まず自治体が日常生活圏毎の高齢者のニーズを詳細に把握する必要がある³⁷⁾。併せて、地域毎にどのようなサービス提供者が存在しているかや、そのサービスの内容を詳しく知る必要がある。その上で、必要なサービスの体系的な整備計画を公表し、実施する事業者を入札などの形で誘致することが望ましい。

②地域マネジメントを推進する仕組み

現状では、地方自治体に自主的に地域マネジメントを推進することを期待することは困難との意見もある。このため、自治体が地域マネジメントに積極的に取り組むように、地域毎に地域包括ケアの整備状況に対する第三者評価を行ったり³⁸⁾、その評価結果を公表するとともに、評価に対する住民の意見を吸い上げる仕組みを設けることが望ましい。

4. まとめ

本研究では、高齢者住宅について、地域包括ケア供給体制の整備という視点か

---

36) 「地域マネジメント」とは、地域包括ケア体制の構築・運用のために、多様なサービスをバランスを取って整備することを指す。更に、そのための資金調達や財務管理も行うことを含む。従って、一般的な地域振興や街づくりを目的とするものよりも範囲が狭い。

37) 例えば、東京都和光市では高齢者に対してアンケート調査を実施し、返信のない高齢者に対しては訪問調査を実施し、ほぼ全員の高齢者の現状を把握することによって、介護・認知症等のニーズを詳細に把握している。

38) 評価を行うために第三者組織を新規に設置するよりも、研究実績のある大学付属研究所などに委託を行うことが有効である。

ら3つの問題を検討した。第一の問題は、高齢者住宅の建築物(資本)とケア(労働)のアンバランスな整備の問題である。第二の問題点は、高齢者住宅に関する参入規制とそのためが発生する「満たされない施設需要」の問題である。第三に、高齢者が必要とする多様なサービスの費用負担のあり方と政策支援の不整合の問題である。これらの問題に対して本研究では、第一に政策支援のあり方を検討した。その中では、高齢者住宅の資本部分よりも労働部分への積極的な支援を行うことが必要と考えた。さらに、地域包括ケアで必要とされる多様なサービスを自助・互助・共助・公助の考え方で整理し、自助であるべき居住スペースに対しては政策支援をするべきではないと主張している(但し、低所得者には住宅給付などの公助で別途支援する)。更に、地域包括ケア体制を整備するために、全体の効率化に資するサービスに対しては、積極的な政策支援をすることを提案した。特に、終末期ケアや認知症ケアを外付けで利用しやすい高齢者住宅に対しては、その費用を支援することを提案している。

第二に、このような政策支援を行う上で重要なのは、自治体における「地域マネジメント」であると主張している。この地域マネジメントのためには、地域の医療・介護ニーズを正確に補足することが必要であり、その推進のための経済的誘因も含めて提案を行った。

今後の検討課題としては、更に具体的な検討を進めることが必要である。例えば、満たされざる施設需要を高齢者住宅で満たした場合に必要な費用の推計や、より具体的な政策メニューやそのロードマップを検討することが望ましい。

以上

〔参考文献〕

- 大塚武則、藤井賢一郎、白石句子(2009)「サービス附帯から見た高齢者住宅の特性に関する研究」『介護経営』(日本介護経営学会)4(1)35-43頁
亀本和彦(2004)「高齢者と居住問題」レファレンス 54(9)9-29頁
川越雅弘・三浦研(2008)「わが国の高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』164
4-16頁

- 河口洋行・田近栄治・油井雄二 (2010) 「デンマーク・ドイツの医療・介護制度」(上・中・下)『社会保険旬報』2435 10-17頁, 2436 16-22頁, 2437 20-33頁
- 菊池潤 (2008) 「施設系サービスと介護保険制度の持続可能性」『季刊社会保障研究』43 (4) 365-379頁
- 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」2008年3月推計
- 田近栄治・菊池潤 (2003) 「介護保険財政の展開－居宅給付費増大の要因」『季刊社会保障研究』39 (2) 174-188頁
- 澤田如・近藤克則 (2010) 「米国のナースিংホームにおけるケアの質マネジメントシステムの形成過程」資料2-4 『介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書 (日本公衆衛生協会)』2010年3月
- 地域包括ケア研究会 (2009) 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」
- 山路憲夫 (2010) 「特別養護老人ホームを廃止したデンマークの高齢者ケア」『社会保険旬報』2427 12-19頁
- 油井雄二 (2010) 「高齢者向け住宅政策の展開と介護保険」『成城大學経済研究』187, 267-298頁

謝辞

本研究は、科学研究費「税と社会保障の一体改革」(研究代表者：田近栄治) 基盤研究 (A) (課題番号20243022) 及び「高齢者の住まい－医療・介護一体改革実現の鍵－」(研究代表者：油井雄二) 基盤研究 (B) (課題番号22330088) より支援を受けている。また、一橋大学田近栄治教授、国立社会保障人口問題研究所菊池潤研究員からは貴重なコメントを頂いた。ここに記して感謝したい。尚、本稿に残る誤りは全て筆者らの責任である。