

# 高齢者施策における生活支援型施設のあり方について ケアハウスを中心として

研究開発部 的場 康子

## 目次

1. 研究の背景と目的 .....	22
2. 生活支援型施設の意義 .....	22
3. 生活支援型施設の種類と現状 .....	27
4. 今後のケアハウス整備の方向性 .....	35
5. まとめ .....	37

## 要旨

個人の自立した生活をサポートする、というケアハウスの機能を十分に活用することによって、結果的に介護や医療の社会的コストを少しでも抑えることができれば、ケアハウスは、今後も社会的に大きく貢献できる存在のはずである。

しかしながら、ケアハウスの生活支援重視という性格から、限られた財政において自治体の整備計画の優先順位が低いことや、設置主体が限定的であること等によって、なかなか整備が進まないという現状がある。

介護保険制度の導入により、介護保険制度を利用した介護サービスをケアハウス内で提供できるしくみ(特定施設入所者生活介護)が用意され、要介護状態になった場合でもケアハウス内での介護が可能となった。このことは、職員の介護負担感の減少と、利用者の安心感の確保が得られるので歓迎されるべきである。しかし、現実には介護報酬に関連する施設側の採算と、現在のケアハウス利用者の要介護状態、及び利用料の負担感の問題を考えると、特定施設入所者生活介護の指定を受けるインセンティブが働きにくいようで、ケアハウスの介護保険指定施設数は足踏み状態である。

財政制約の中でも、利用者の満足度と設立者の経営の安定性の確保を重視する観点から、今後のケアハウス整備の方向性を考えると、将来的には、近隣の介護資源を有効活用しながら、なるべく、ケアハウスの「スリム化」ないし「住宅化」の方向に向かうことが、財政的な効率性、利用者の自立性、生活の場の連続性の確保のためにも望ましいと思われる。

このようなケアハウスの整備のための今後の課題として、設置主体の多様化等の規制緩和、そのためのイコールフットイング等の条件整備、生活支援型施設整備における公民の役割についてや、住宅政策全体における位置づけについての検討が必要である。

キーワード: ケアハウス、介護保険、高齢者施設

## 1. 研究の背景と目的

介護保険制度の導入により、新規サービス利用者およびサービス提供量が増加したことを厚生労働省(当時の厚生省)は報告しており(第6回介護関連事業振興政策会議資料より)、表面的にはほぼ順調なスタートといえる。しかし、要介護認定の仕方やケアプランの方法、サービス内容などに関して、さまざまな個別の問題が指摘されている(同資料より)。

そのうちの1つに、例えば、特別養護老人ホームの退去者の受け皿問題がある。要介護認定で「非該当(すなわち自立)」または「要支援」と判定された人は、入居している特別養護老人ホームから2005年3月までに退去しなければならず、退去後の生活の場の確保が課題になっている。また、施設側が受け取る介護報酬のしくみをみても、要介護度が高いほうが施設の収入が多くなることから、要介護度が高い利用者を獲得したほうが採算が取りやすく、その結果、要介護度が低い利用者が排除される可能性も指摘されている。

このような状況の中で、厚生労働省では、生活支援を要する高齢者が居住できる施設として「介護利用型軽費老人ホーム(ケアハウス)」や「高齢者生活福祉センター」<sup>\*1</sup>の整備を推進することを政策課題として掲げている(ゴールドプラン21)。

このような背景から、本研究では、介護保険制度導入後の諸問題の中から、特別養護老人ホーム退去者の受け皿対策を含め、比較的要介護度が低いが、日常生活支援が必要な高齢者のニーズに対応し

た居住場所の確保のための施設整備に着目し、実態把握並びに問題点の抽出を行い、整備推進のための対応策を考える。なお、今回は生活支援型施設の中でも特にケアハウスに焦点を絞って考察し、問題提起を行う。

## 2. 生活支援型施設の意義

### (1) 介護保険制度によるサービス提供における整合性

#### 1) 定員の問題

介護保険制度における施設サービスは、「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」「介護老人保健施設(老人保健施設)」「介護療養型医療施設(療養病床)の3種類の介護保険施設で提供される。

これらの介護保険施設は、要介護認定で要介護1以上の認定結果が得られた者のみを対象とする施設である。ところが現状では、要介護状態でなくても、住む場所がない、あるいは一人で住むことに不安があるということで、介護保険制度導入後も、特別養護老人ホームをはじめとする介護保険施設に入所している人々が少なからずいる(図表1)。そのため、本当に入所が必要な人が入れないといった問題もある。したがって、重介護が必要な人のために、介護施設サービスの提供ができるようにするためにも、要介護状態でない人の移り住み先の確保が問題となっている。

#### 2) 介護保険財政の問題

上述のように、限られた施設数の中で、

施設の効率的な利用が求められているという問題のほかに、介護保険財政の効率化の必要性もある。

重介護サービスを提供する介護施設は、それなりの施設設備、人員配置が敷かれており、コストもかかっている。例えば、図表2は、特別養護老人ホームの介護報酬単価の一部である。少なくとも一人当たり月額20数万円が介護保険から支払われている。

今後は、介護保険制度において、限られた財政状況のなかで、サービスを効率的に提供するためにも、「社会的入所」状態を解消し、介護施設への入所者を要介護者に限定するべきであるし、そのことによって、受け入れ先がない高齢者には、別途、受け皿として生活支援型施設を用意する必要があると思われる。

## (2)生活支援型施設のニーズ

### 1)要支援状態になった場合に住みたい住宅・施設

一方、施設サービスの利用者サイドから見ると、生活支援型施設に対するニーズが高いことも指摘できる。

財団法人高齢者住宅財団が2000年3月に行ったアンケート調査(調査対象46歳～65歳の男女3000人、回答数523人)により、高齢期に入り、「要支援の状態」になった場合にどのような住宅に住みたいかをたずねた結果をみてみよう。

これによると、「現在の住宅に手を加えず住み続ける」が31.1%、「現在の住宅を増・改築して住み続ける」が29.1%であり、「現在の住宅を建て替えて住み続ける」の1.9%を加えると、住み慣れた「我が家」に住み続けたいという回答が合わせて6割以上を占

図表1 施設類型別 要介護度分布

(単位:人)

	介護保険施設全体							
	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			
非該当	2,861	0.5%	1,082	0.4%	929	0.5%	850	0.7%
要支援	15,406	2.6%	6,352	2.3%	6,119	3.0%	2,935	2.3%
要介護1	88,314	14.7%	35,411	13.1%	38,311	18.9%	14,592	11.4%
要介護2	93,125	15.5%	37,685	13.9%	40,941	20.1%	14,499	11.3%
要介護3	111,311	18.5%	48,203	17.8%	44,655	22.0%	18,453	14.4%
要介護4	159,058	26.4%	76,670	28.3%	47,328	23.3%	35,060	27.3%
要介護5	132,151	21.9%	65,158	24.1%	24,925	12.3%	42,068	32.7%
合計	602,226	100.0%	270,561	100.0%	203,208	100.0%	128,457	100.0%

注:この数値は、認定支援ネットワークを通して市町村により国に報告があったもの(一部含まれていない市町村がある)であり、概況数値である。  
2000年6月末日時点  
資料:厚生省 第1回要介護認定調査会(2000年8月11日)資料

めているものの、「生活支援サービス付きの住宅・施設」への回答割合も27.6%となっている(図表3)。

また、現在の住宅の種類別にみると、「持ち家戸建て」や「分譲マンション」の人は、

「現在の住宅を増・改築して住み続ける」(「持ち家戸建て」の人の33.8%)や「現在の住宅に手を加えず住み続ける」(「持ち家戸建て」の人の30.7%、「分譲マンション」の人の41.0%)の回答割合が相対的に高い。一

図表2 特別養護老人ホームの介護職員配置基準別介護報酬

介護福祉施設サービス費(定員25人以下または31人以上規模の特別養護老人ホーム)

入所者：介護・看護職員数		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
( ) 3:1以上	日額(単位)		796	841	885	930	974
	月額(円)		238,800	252,300	265,500	279,000	292,200
( ) 3.5:1以上	日額(単位)		717	757	797	837	877
	月額(円)		215,100	227,100	239,100	251,100	263,100
( ) 4.1:1以上	日額(単位)		671	709	746	784	821
	月額(円)		201,300	212,700	223,800	235,200	246,300

旧措置入所者介護福祉施設サービス費(同上)

入所者：介護・看護職員数		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
( ) 3:1以上	日額(単位)		796		866		950
	月額(円)		238,800		259,800		285,000
( ) 3.5:1以上	日額(単位)		717		779		855
	月額(円)		215,100		233,700		256,500
( ) 4.1:1以上	日額(単位)		671		730		801
	月額(円)		201,300		219,000		240,300

注1:介護福祉施設(特別養護老人ホーム)の介護報酬については、「介護福祉施設サービス費」(定員25人以下または31人以上)、「小規模介護福祉施設サービス費」(定員26人以上30人以下)、「旧措置入所者介護福祉サービス費」、「小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費」として4つの施設タイプに分類され、さらに、それぞれのタイプごとに、介護・看護職員の配置状況によって単価が定められている。ここでは、この4タイプのうち、「介護福祉施設サービス費」の介護職員配置基準別介護報酬を掲載している。

注2:旧措置入所者とは、介護保険施行時に特別養護老人ホームに入所している人のことであり、要介護と認定されなくても5年間は継続して入所できる経過措置が設けられている。

注3:1単位当たりの単価は地域によって異なるが、1単位=10円が基本である。

注4:月額=日額(単位)×10円×30日

注5:自己負担は月額額の1割と食事代等の合計である。

資料:「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第二十一号)〔平成12(2000)年2月10日〕  
 「厚生大臣が定める施設基準」(厚生省告示第二十六号)〔平成12(2000)年2月10日〕

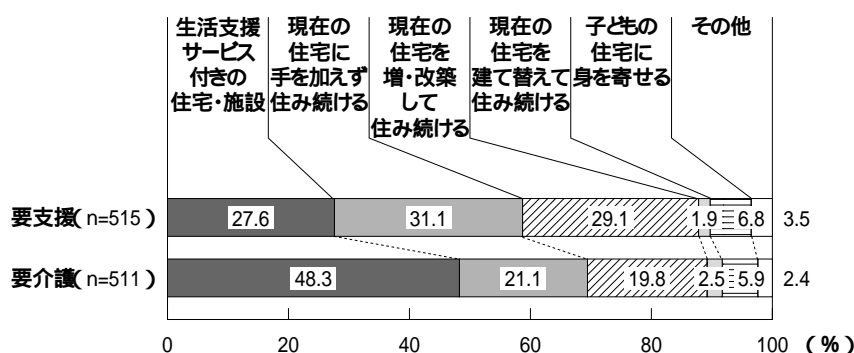
方、「民間の賃貸住宅」の人は、「生活支援サービス付きの住宅・施設」への回答割合が45.8%にのぼる(また「分譲マンション」の人でも38.5%となっている)。

このようなことから、「民間の賃貸住宅」や「分譲マンション」に住んでいる人々の間で特に、「生活支援サービス付きの住宅・施設」へのニーズが高いことがわかる(図表省略)。

さらに、「要支援状態」になった場合に、「生活支援サービス付きの住宅・施設」に住

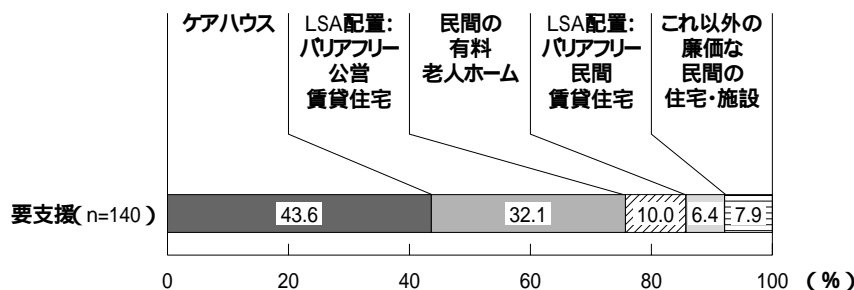
みたいと回答した人に対して、具体的にどのような住宅・施設で暮らしたいかについて聞いてみると、「ケアハウス」(43.6%)が最も多く、次いで「LSA(生活援助員)が配置されたバリアフリー仕様の高齢者向け公営賃貸住宅(シルバーハウジング<sup>\*2</sup>)」(32.1%)が続いている(図表4)。この結果は、施設に対する認知度が影響していると思われるが、要支援状態になった場合、「ケアハウス」に対する一定のニーズはあるといえよう。

図表3 要支援・要介護の状態になった場合の居留意向



資料: (財)高齢者住宅財団「団塊の世代を含むプレ高齢者の高齢期における居住施設と福祉サービスのニーズに関する調査研究報告書」2000年3月

図表4 要支援の状態になった場合に暮らしたいサービス付き住宅・施設



注: LSA = 生活援助員(ライフサポートアドバイザーの略)  
資料: (財)高齢者住宅財団「団塊の世代を含むプレ高齢者の高齢期における居住施設と福祉サービスのニーズに関する調査研究報告書」2000年3月

2)人口動態的側面からみた生活支援型施設に対するニーズ予測

さらに、人口動態的側面からも、生活支援型施設に対する需要増が予想できる。

近年の家族形態の変化によって、今後、独り暮らしの高齢者や高齢者のみの夫婦世帯が増えることが予測されている。国立社会保障・人口問題研究所の調査によると、65歳以上の独り暮らし世帯が2010年には約430万世帯、2020年には約537万世帯、また、

世帯主が65歳以上で夫婦のみの世帯が2010年は約509万世帯、2020年には約585万世帯にも上ると予測されている(図表5)。

このようなことから、今後、介護が必要とまではいかなくても、独り暮らしや高齢者のみの生活に不安を持ち、生活支援型の施設に自らの生活の基盤を求める人が増えることが見込まれ、そのような層を中心に、生活支援型の施設に対する需要は大きいと思われる。

図表5 家族類型別にみた高齢者の世帯数の将来推計

65歳以上世帯主の世帯数

(単位:千世帯)

	総数	単独世帯	核家族世帯	核家族世帯			その他
				夫婦のみ	夫婦と子	ひとり親と子	
1995年	8,668	2,202	4,536	2,936	1,052	548	1,930
2000年	10,956	2,965	5,867	3,779	1,389	699	2,124
2005年	12,892	3,657	6,992	4,483	1,663	846	2,243
2010年	14,668	4,304	7,972	5,092	1,890	990	2,391
2015年	16,587	4,969	8,982	5,721	2,119	1,142	2,636
2020年	17,180	5,365	9,150	5,845	2,090	1,215	2,665

75歳以上世帯主の世帯数

(単位:千世帯)

	総数	単独世帯	核家族世帯	核家族世帯			その他
				夫婦のみ	夫婦と子	ひとり親と子	
1995年	2,846	917	1,289	845	220	225	640
2000年	3,856	1,392	1,736	1,123	326	288	728
2005年	5,246	1,929	2,428	1,587	474	367	888
2010年	6,530	2,400	3,112	2,018	625	469	1,018
2015年	7,452	2,750	3,603	2,301	741	561	1,099
2020年	8,270	3,064	4,018	2,546	833	639	1,189

資料:国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計:全国推計1998(平成10)年10月推計」

### 3. 生活支援型施設の種類の現状

#### (1) 生活支援型施設の種類の現状

生活支援サービス付きの住宅・施設は、高齢者向け施設・住宅のうち、要介護者のみが入所する「介護保険施設」以外のものであり、様々なものがある(図表6)。大きく分けると、事業主体が自治体、社会福祉法人、医療法人等の公的団体のみに限定されている「ケアハウス」や「シルバーハウジング」「高齢者生活福祉センター」等と、民間事業者によって設立される「有料老人ホーム」\*3がある。

本研究では、このうち「ケアハウス」に焦点を絞って、その現状と整備に向けての課題を考察する。

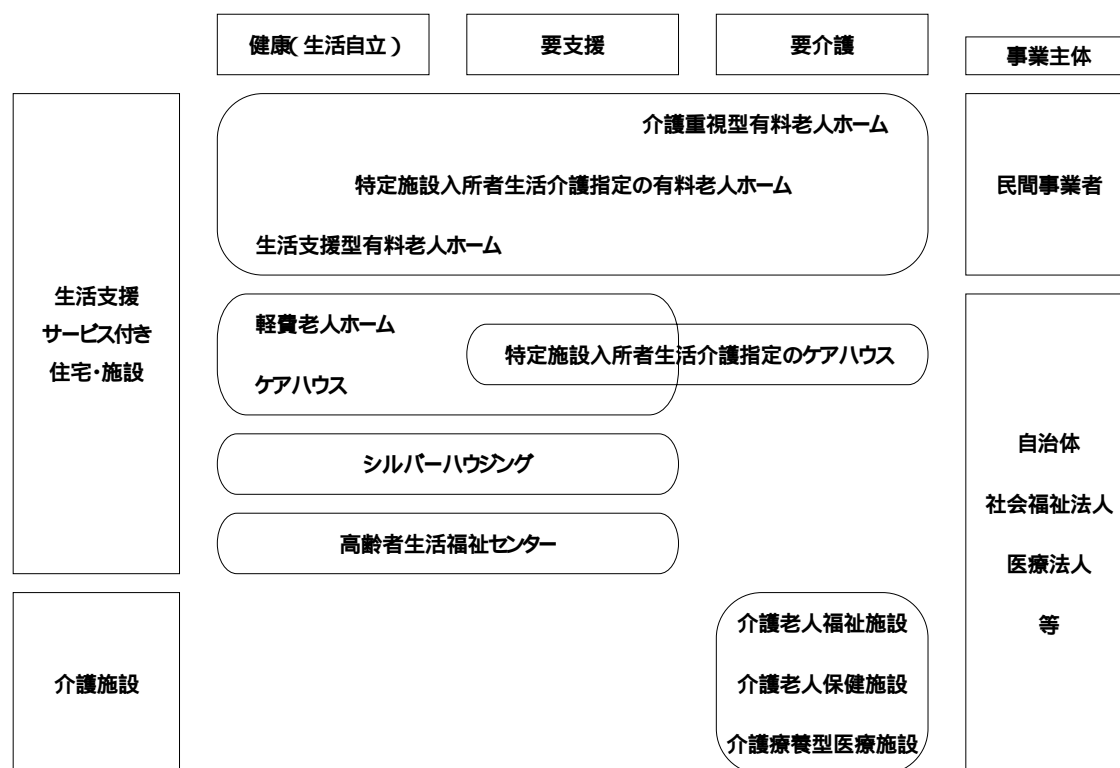
#### (2) ケアハウスの実態

##### 1) ケアハウスとは

ケアハウスは1989年に、軽費老人ホームの一形態として創設されたものであり、介護が必要とまではいかないが、居宅において生活することが困難な60歳以上の高齢者を対象とする契約型の福祉施設である。

軽費老人ホームとは、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な高齢者を対象に、低額の料金

図表6 さまざまな高齢者向け施設・住宅



資料:各種資料を参考に筆者作成。

図表7 ケアハウス及び軽費老人ホームA型、B型の特徴

	ケアハウス	軽費老人ホームA型	軽費老人ホームB型
創 設	1989年 ゴールドプランで整備促進	1961年から整備。 1963年の老人福祉法で 正式に規定される。	1972年
対象者の年齢等	60歳以上(夫婦の場合は、どちらか一方が60歳以上)で、身寄りの無い、 または家庭の事情により家族との同居が困難な者		
対象者の収入	所得制限は特に無し	所得制限あり 収入(資産、所得、仕送り 等)が年390万円程度以下	所得制限は特に無し
食 事	給食付き	給食付き	自炊が原則
利用料	生活費(食費等)・管理費(家賃相当)・ 事務費の合算額以下 生活費と管理費は全額自己負担 事務費は所得に応じた助成がある	生活費と事務費の合算額 以下 事務費は所得に応じた 助成がある	すべて利用者負担 (職員数と建築費から 算出する額以下)
居 室	個室 単身用 21.6㎡以上 夫婦用 31.9㎡以上 車いす対応	個室 1人 16.5㎡以上	個室 単身用 16.5㎡以上 夫婦用 24.8㎡以上
定 員	単独施設 30人以上 特養併設 15人以上	50人以上	単独施設 50人以上 併設施設 20人以上
職員数 (大都市で 定員規模 50人の場合)	総数9人 施設長(事務員兼務)1、 生活指導員1、寮母2、 栄養士1、調理員等4	総数14人 施設長1、事務員2、 生活指導員1、主任寮母1、 寮母3、看護婦1、栄養士1、 調理員等4、医師(1)	総数4人 施設長、寮母、調理員等、 嘱託医が各1人ずつ
サービス内容	生活相談、食事、入浴、緊急時 対応、夜間対応(宿直) 在宅保健福祉サービスの対応	生活相談、機能訓練、 給食、健康保持、夜間対応 (宿直)	生活相談、健康保持、 原則自炊だが、 必要時には給食
設置主体	地方公共団体・社会福祉法人 (財団法人、社団法人、農業協同 組合、全国厚生農業協同組合 連合会の会員である厚生(医療) 農業協同組合連合会、医療法人 も設置可能だが、施設整備は 補助対象外である)	地方公共団体・社会福祉法人	

資料:軽費老人ホームの設備及び運営について(昭和47(1972)年2月26日 社老第17号)  
(各都道府県知事・各指定都市市長あて)(厚生省社会局長通達)  
(改正平成11(1999)年12月9日 老発第七六九号)



で、日常生活上必要な世話をを行う施設であり、A型(所得制限あり) B型(自炊が原則)とケアハウスがある。軽費老人ホームA型、B型の設置・経営主体は、地方公共団体または社会福祉法人に限定されている。ケアハウスのみ、地方公共団体、社会福祉法人に加えて、財団法人、社団法人、農業協同組合、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、医療法人による設置・経営も認められている。

ケアハウスは他のタイプの軽費老人ホームとは異なり、入所要件に所得制限も無いし、自炊が原則という制約もない。全室個室であり、言うなれば「健康管理・給食サービス付きの高齢者用マンション」のようなものである。

ケアハウスに入居するには、月額利用料

(施設及び個人の収入によって異なり、数万から20万円前後)のほかに、入居一時金(施設によって異なり、数十万から数百万円)を支払うことになっている施設が多いが、民間の有料老人ホームに比べると格段に安い。そのようなこともあり、生活に安心感を求めて、生活支援サービス(給食、緊急時対応等)がついているケアハウスに対するニーズがあるようで、首都圏のケアハウスのほとんどは満室であり、「待機者」も多いという。

## 2)ケアハウスの整備状況

次に、このようなケアハウスの整備状況についてみると、1999年現在で全国に985施設が整備されており、33,843人が入居している(図表8)。

図表8 ケアハウス等の老人ホーム数の推移

(上段:施設数 / 下段:入所者数(人))

	1985年	1990年	1996年	1997年	1998年	1999年
ケアハウス		3	450	623	794	985
		113	14,628	20,180	26,146	33,843
(参考)	242	254	252	251	250	249
軽費老人ホーム(A型)	14,079	14,763	14,232	14,112	13,998	13,941
軽費老人ホーム(B型)	38	38	38	38	38	38
	1,554	1,543	1,466	1,436	1,424	1,418
特別養護老人ホーム	1,619	2,260	3,458	3,713	3,942	4,214
(介護老人福祉施設)	118,959	160,476	234,946	250,482	264,937	281,060
有料老人ホーム	97	173	275	281	287	298
	6,773	13,515	20,669	21,351	21,824	23,079

備考:ケアハウスの定員に対する入所者の割合は、1990年75.3%、1996年80.5%、1997年82.4%、1998年83.7%、1999年88.0%となっている。

資料:厚生労働省「平成11年社会福祉施設等調査の概況」2000年

ケアハウスの定員に対する入所者の割合である入所率は、年々上昇しており、1999年では88.0%となっている。首都圏等都市部では、待機者も出ているほど、満室状態であるが、地方の施設では、空き室が目立っているということであり、入所率に関しては地域差が大きい。

厚生労働省(当時の厚生省)では、ケアハウス創設当初から、ゴールドプラン等で整備推進を掲げているが(図表9)、1999年時点において、目標数の半分も整備されて

いない。このような状況がなぜ、起こっているのか。次に、ケアハウスの整備がなかなか進まない背景には何があるのか探ってみよう。

### 3)ケアハウスの整備が遅れている背景

<高齢者対象の施設整備の優先順位の問題>

ケアハウスは、公営の施設が13施設、全体の1%程度であり、他の福祉施設と比べ

図表9 厚生労働省のケアハウス整備推進計画

	2000年3月までに	2005年3月までに
ゴールドプラン (1989年策定)	10万人分	10.5万人分
新ゴールドプラン (1994年策定)	10万人分	
ゴールドプラン <sup>21</sup> (1999年策定)		

資料:厚生労働省資料

図表10 ケアハウスの経営主体別施設数

総数		985	
公営	国		
	都道府県	1	13
	指定都市		
	中核都市		
	その他の市町村	12	
私営	社会福祉法人	966	972
	社団・財団・日赤	1	
	医療法人	4	
	他の法人	1	
	その他		

資料:厚生労働省「平成11年社会福祉施設等調査」2000年

て少ない(図表10)厚生労働省「平成11年社会福祉施設等調査」によれば、特別養護老人ホームの公営施設割合7.3%、軽費老人ホームA型同9.2%、軽費老人ホームB型同23.7%)。いくつかの自治体のヒアリングによれば、その背景には、特別養護老人ホームのような介護の必要な人が入所する介護施設の整備の方が優先度が高いために、限られた財源の中でケアハウスまでは手が付けられないという現実があるようである。

しかしながら、今後、特別養護老人ホームの整備目標が達成されつつある自治体を中心に、ケアハウスの整備に着手できるようになると思われる。

#### < 限定的な経営主体 >

ケアハウスの経営主体は、地方公共団体、社会福祉法人に加え、財団法人、社団法人、農業協同組合、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、医療法人が認められている。しかし、社会福祉法人以外の主体には、国、自治体からの施設整備費の補助が受けられない。したがって、事実上、地方公共団体以外で設立可能な主体は社会福祉法人のみであり、ケアハウスのほとんどが社会福祉法人による経営である(一部公設民営)という現状は、このことを反映している。

しかも、制度上、社会福祉法人がケアハウスを設置しても特に大幅な収益が期待できるわけではなく、かつ、社会的な必要度が特別養護老人ホームの方が高いというこれまでの状況では、社会福祉法人が積極的にケアハウスを設立するインセンティブは必ずしも高いものではなかったであろう。

このようなことを考えると、今後のニーズ

を考えて施設整備を進めるには、実態上、地方公共団体と社会福祉法人にしか開かれていない設置条件を緩和し、多様な主体が参入できるように、補助のあり方の見直し等、条件整備を図ることが必要である(厚生労働省は2002年度から、PFI方式を採用して、民間企業にケアハウスの建設と運営を開放する方向で検討中である)。

#### < 「生活の場」の連続性の確保の困難さ >

また、ケアハウスの整備が進まないのは、提供されるサービスの内容にも関係があると思われる。すなわち、「生活支援」をうたっている施設であっても、「介護」の保障までは行っていないために、要介護状態になった場合に、生活の場の連続性の確保が難しいことである。このような「中途半端」な施設という位置づけが、整備推進のブレーキになっているように思われる。

ケアハウスの入居対象者は、介護を必要としていない高齢者であるため、当然ながら職員配置等の点で介護ができる体制になっていない(「特定施設入所者生活介護」の指定施設を除く)。そのため、要介護状態になったら、退所して特別養護老人ホーム等の介護施設に移らなければならない。このような状況では、介護の連続性ばかりでなく、生活の場の確保が難しい。

一方、特別養護老人ホームは満床である場合が多く、移り先の確保も難しいので、ケアハウスの入居者が高齢化して介護が必要な状態になった場合、ケアハウス内での介護が余儀なくされ、職員の介護負担が高くなっている。このことがケアハウス職員を悩ませている大きな問題でもあるし、入居者側からすれば、十分な介護が受けられな

いという状況が生じる結果となっている。また、病院に長期入院しなければならなくなった場合には、ケアハウスの居室を明け渡さなければならないこともあるため、退院後の生活が保障されないという不安もある。

さらに、ケアハウスは介護保険制度においては居宅扱いであり、要介護認定に基づき、介護保険給付の範囲内での訪問介護サービスを個人的に受けることはできるが、上乘せ分は本人負担となり、その額の予測がたたない。月額利用料のほかに、介護サービスの自己負担分を支払うことは、入居者によっては、負担感が大きい場合もある。

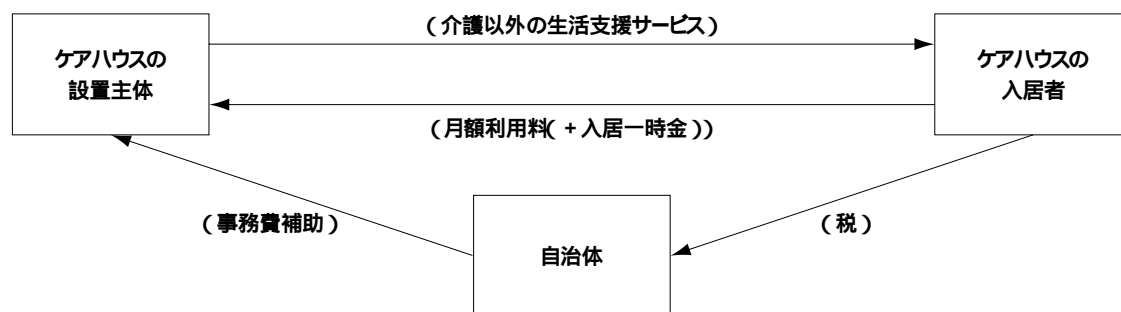
また、制度上、ケアハウスの入所対象者を「介護が必要でない人」としているため、「終身利用」ができる保証もない。

遅かれ早かれ介護が必要となるであろう高齢者を対象とする施設であるにもかかわらず、介護が必要になったときに十分な対応ができないことが、生活支援型の施設であるケアハウスの限界である。

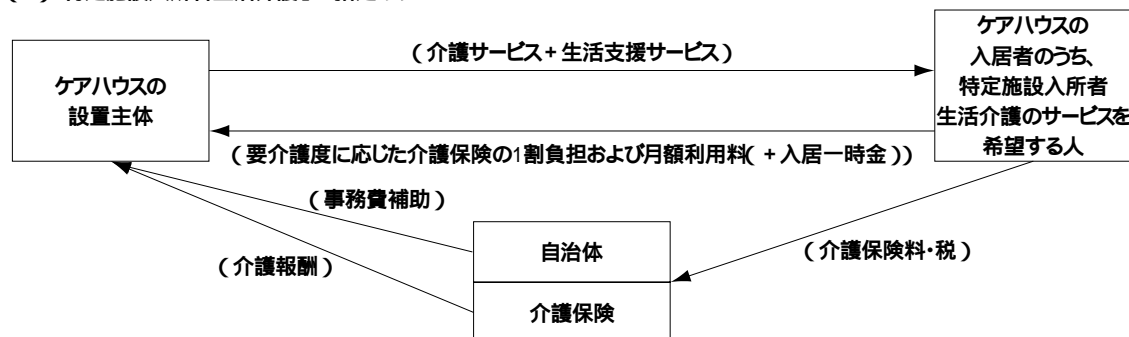
しかしながら、介護保険制度の導入により、ケアハウスも介護保険のサービスの一つである「特定施設入所者生活介護」の指定を受ければ、ケアハウス内での介護が可能になる途が開かれることとなり、生活の場の連続性も確保されるようになった。

図表11 「特定施設入所者生活介護」の指定の有無別サービス提供のしくみ図

(A) 「特定施設入所者生活介護」の指定なし(従来型)



(B) 「特定施設入所者生活介護」の指定あり



出所:各種資料を参考に筆者作成。

以上のようなケアハウスを取り巻く環境の変化により、今後は徐々に整備が進められるであろうと思われる。

次に、今後のケアハウス整備に当たって重要なかぎとなる介護保険制度との関連についてみてみよう。

#### 4)介護保険制度との関連

介護保険制度には、「特定施設入所者生活介護」というサービス項目がある。これは居宅サービスの中に位置づけられており、

ケアハウス及び介護付きの有料老人ホームの入居者に対して提供される介護サービスが想定されている。そのしくみは、ケアハウス及び介護付きの有料老人ホームの介護職員によって提供される介護サービスに対して、要介護度に応じた介護報酬(特定施設入所者生活介護費)が施設に支払われ、利用者はその1割を負担するというものである(図表11、12)。

インターネットで社会福祉・医療事業団が運営している福祉・保健・医療の総合情報

図表12 特定施設入所者生活介護について

##### 特定施設入所者生活介護の指定のための人員配置基準

1 生活相談員	利用者100人に常勤1人以上
2 看護職員及び介護職員の合計数	要介護者3人に常勤1人以上 要支援者10人に常勤1人以上
3 看護職員	利用者30人未満の施設 常勤1人以上 利用者30人以上の施設 利用者30~50人を超すごとに常勤1人を加える
4 介護職員	常勤1人以上
5 機能訓練指導員	1人以上(施設内の他の職務に従事可)
6 計画作成担当者	1人以上
7 管理者	専任を必置。ただし、管理上支障がない場合は他の職務に従事可。

##### 特定施設入所者生活介護費

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
日 額	238単位	549単位	616単位	683単位	750単位	818単位
月 額(円)	71,400	164,700	184,800	204,900	225,000	245,400
自己負担(円)	7,140	16,470	18,480	20,490	22,500	24,540

注1:1単位当たりの単価は地域によって異なるが、1単位=10円が基本である。

2:月額=日額×30日

3:自己負担は月額の1割

4:機能訓練のための理学療法士等を常勤専従で100:1以上配置による場合について、1日あたり12単位を加算。

資料:「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(厚生省令第三十七号)

(平成11(1999)年3月31日)改正 平成11(1999)年12月20日厚生省令第九十六号/平成12(2000)年3月24日

厚生省令第三十七号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第十九号)

(平成12(2000)年2月10日)

サイト(WAM NET)によれば、2001年5月5日現在のケアハウスと有料老人ホーム合わせて317施設が「特定施設入所者生活介護」の指定を受けている。そのうち、指定を受けているケアハウスは34施設であり、ケアハウス全体の約3%にとどまっている。

図表13 特定施設入所者生活介護の指定を受けた場合のメリット及び要検討事項

	設置主体	利用者
メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護費用の確保</li> <li>介護の連続性の確保</li> <li>利用者の安心の確保</li> <li>顧客の獲得</li> </ul>	介護の連続性の確保による安心感
要検討事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護人員の増加</li> <li>人件費負担に見合った介護報酬が得られるか</li> <li>・重介護に対応できる施設設備の必要性</li> </ul>	介護の必要度に見合った費用負担

出所:筆者作成

図表14 特定施設入所者生活介護の指定の有無別ケアハウス入居者が介護サービスを受ける場合の費用負担関係

	設置主体	利用者	
指定なし (従来型)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人福祉法で規定されている人員配置(50人定員で寮母2人以上)</li> </ul>	入居一時金+月額利用料+全額自己負担による介護サービス費用	
指定あり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法で規定されている人員配置</li> <li>・重介護対応の設備設置</li> </ul>	契約なし	入居一時金+月額利用料+全額自己負担による介護サービス費用
		契約あり	入居一時金+月額利用料+要介護度に応じた介護報酬の1割負担

注:「特定施設入所者生活介護」の指定を受けているケアハウスの入居者であっても、だれでもが介護保険による介護サービスを受けるとは限らない。要介護状態でない人はもちろんのこと、自分の要介護度によっては、介護保険を利用した介護サービスを受けないという選択をすることができる(その場合、介護保険外の全額自己負担の在宅介護サービスが必要なだけ受けるという人もいる)。契約の有無とは、「特定施設入所者生活介護」の指定を受けているケアハウスの入居者のうち、介護保険のサービスを受けるといふ契約を結んだ場合(契約あり)と契約していない場合(契約なし)を示している。

出所:筆者作成

## 5) ケアハウスが「特定施設入所者生活介護」の指定を受けるメリット及び注意点

ケアハウスが「特定施設入所者生活介護」の指定を受けることの最大のメリットは、介護の連続性の確保が図られることである。このことは、利用者にとっても、設置主体にとっても同様である(図表13)。

ただし、注意点として、設置主体の側から見ると、介護・看護人員を増やすことになるので、入居者の中に「特定施設入所者生活介護」の契約者がいる程度ないと採算が合わない。

また、「特定施設入所者生活介護」の指定を受けるには、施設設備面においても、重介護のサービスを提供できる態勢を整える必要がある。このことを考えると、単独施設で重装備をするというよりも、要介護者のための入浴設備などが整っている特別養護老人ホーム等が併設されているケアハウスの方が、対応しやすいと思われる。

一方、ケアハウスの入居者の側から見ても、ある程度、介護の必要度が低いと、通常の月額利用料に加えて、介護保険の自己負担を払うことになるので、割に合わない(図表14)。

このようなことから、利用者の要介護度及び利益と、施設側の採算がうまく合わない、「特定施設入所者生活介護」の指定を受けるインセンティブが働きにくいよう、ケアハウスの指定施設数は足踏み状態である。

## 4. 今後のケアハウス整備の方向性

これまで、ケアハウスの現状について、整備の意義、整備状況、整備が遅れている原因、介護保険制度との関連等を概観してきた。

生活の安心感が得られるということもあり、ケアハウスには一定の利用者ニーズがある。また、大きな利益が得られるとまではいかないが、堅調な経営を行ってれば、制度上、事業の安定性は確保される。さらに、時代の追い風に乗って、地域の介護ニーズを見極め、地域に対して多角的に介護資源を提供できるようになれば、将来的には事業の成長が見込まれ、このようなことは設置する側のインセンティブになるとも考えられる。

次に、これらを踏まえて、今後のケアハウスの整備の方向性について考えてみよう。その際に重視すべき点は、財政制約がある中で、利用者の満足度(=十分な介護が受けられる安心感と生活の場の連続性の確保であり、このことは終身利用も可能な住居としてのケアハウスに住むことができることである)と設置者側の利益(=安定的な経営)の両立である。

### (1) 「特定施設入所者生活介護」の指定を受ける場合

このような観点で考えてみると、ケアハウスの今後のあり方としては、まず、介護保険制度における「特定施設入所者生活介護」の指定を受けるか受けないかの選択がある。

「特定施設入所者生活介護」の指定を受ければ、ケアハウス内で重介護サービスが提供できる体制であるので、終身利用も可能である。ただし、この場合でも、特別養護老人ホーム等との併設タイプ( 図表15の )と単独タイプ( 図表15の )が考えられる。単独施設の場合、重介護が必要な人には、入浴設備等、相応の施設設備が必要であり、特別養護老人ホーム、もしくは、「指定あり」の有料老人ホームに限りなく近いケアハウスになる。

**(2) 「特定施設入所者生活介護」の指定を受けない場合**

次に、現在の多くのケアハウスがそうであるように、「特定施設入所者生活介護」の指定を受けない場合について考えてみよ

う。

この場合、現状の制度では、職員配置等の問題で、要介護状態になると、ケアハウス内で十分な介護は望めない。したがって、特別養護老人ホーム等を併設し、要介護状態になったら、部屋を移動できるようにすることが必要である( 図表15の )。この場合、部屋を移動することになるが、同じ敷地内であれば、生活の場の連続性は確保される。

また、デイサービスやヘルパーステーション等在宅系サービスを併設し、介護が必要な人は、併設の在宅サービスを利用できるようにする( 図表15の )。こうすることによって、要介護状態になっても、住み続けることが可能となる。

さらに、図表15の のタイプから一歩進

図表15 ケアハウスの今後のあり方( 例 )

指定の有無	今後のあり方( 例 )	特 徴
「特定施設入所者生活介護」の指定あり	特別養護老人ホーム等と併設 重介護用設備を併設の特養等で利用 < 指定ありケアハウスのオンボックスなパターン >	部屋の移動不要の 終身利用型ケアハウス
	単独施設 重介護用設備を設置 < 特別養護老人ホーム、ないし、指定あり有料老人ホームに近い >	
「特定施設入所者生活介護」の指定なし	特別養護老人ホーム等と併設 < 従来型ケアハウスに近い >	要介護になったら、 部屋移動
	デイサービスやヘルパーステーション等在宅系サービスと併設 介護サービスが必要な人は、併設の在宅サービスを利用する < 高齢者ケア付き住宅に近い >	部屋の移動不要の 可能性あり
	単独施設 介護サービスが必要な人は、近隣の在宅介護サービス等を自由に利用する < 高齢者ケア付き住宅に近い >	部屋の移動不要の 終身利用型ケアハウス

出所:筆者作成



んで、単独タイプにして、介護が必要になった場合には、近隣の在宅介護サービスを個人の選択により、自由に利用できるようにするという事も考えられる(図表15の )。これは、ケアハウスを「スリム化」し、近隣の介護資源を活用して、必要なサービスができるだけ外部調達しようとするものである。このことによって、部屋の移動無しに住み続けることを可能にしようとするものである。

このような考え方がさらに進むと、介護サービスのみでなく、給食サービスや緊急通報サービス、生活相談サービス等の生活支援サービスも外部調達をする、という「住宅型」のケアハウスというあり方も考えられる。すなわち、「住宅」としてのケアハウスが、地域の在宅介護サービスや生活支援サービスと連携することによって、要介護状態になっても利用を可能とするものである。

以上のように、今後のケアハウスのあり方として、さまざまな方向性が考えられるが、将来的には、介護を必要としない人のみを対象とするのではなく、近隣の介護資源を有効活用しながら、なるべく、ケアハウスの「スリム化」ないし「住宅化」の方向に向かうことが、財政的な効率性、利用者の自立性、生活の場の連続性の確保のためにも望ましいと思われる。

## 5.まとめ

最後に、このようなケアハウスの整備が実現するための課題について提示し、まとめとしたい。

まず、施設数の拡大に向けての方策として、設置主体に関する規制緩和が必要である。具体的には、事実上、地方公共団体と社会福祉法人にしか認められていない設置条件を緩和して、多様な主体が参加できるようにすることである。そのためには、設置主体によって異なる費用負担方式の公平性を確保する等、イコールフットイングを図り、参加障壁を低くするしくみが必要である(厚生労働省は2002年度から、PFI方式を採用して、民間企業にケアハウスの建設と運営を開放する方向で検討中である)。同時に、現行制度における福祉施設の主な設立主体である社会福祉法人の事業性を見直す必要もありうるであろう<sup>\*4</sup>。

このように、諸条件を整備した上で、民間事業者を含め、多様な設置主体の参加を認める方向が時代の流れであるが、そのようになると、ケアハウスに代表される生活支援型施設の整備に関する公民の役割について検討する必要がある。

個人の自立した生活をサポートする、というケアハウスの機能を十分に活用することによって、結果的に介護や医療の社会的コストを少しでも抑えることができれば、ケアハウスは、今後も社会的に大きく貢献できる存在のはずである。

介護保険が導入され、在宅サービスも充実しつつある現在、従来の「福祉施設」としてのケアハウスのあり方の是非を含め、高齢者のための施設政策について、住宅政策とも関連させながら、広い視野でもって見直すべき時が来たのではないだろうか。

(研究開発部 副主任研究員)

### 【注釈】

- \*1 高齢者生活福祉センターは、生活援助員が常駐し、介護支援機能、居住機能、交流機能を総合的に提供する施設である。老人デイサービスセンター(介護保険法に規定されている指定通所介護事業所)等に居住部門を合わせて整備した小規模多機能施設である。設立主体は、市区町村、社会福祉法人、医療法人等、公的な団体に限定されている。2000年8月現在、約300施設にとどまっているが(2000年8月23日の朝日新聞)、ゴールドプラン21では、2004年度までに1800カ所に増やす計画である。
- \*2 シルバーハウジングは、手すり、緊急通報システム等、高齢者の生活に配慮した設備や構造のある公共賃貸住宅である。設立主体は主に地方公共団体であり、生活援助員(ライフサポートアドバイザー)が常駐(30戸に1人)して、入居者の生活相談、緊急時対応、安否の確認等を提供している。厚生労働省と国土交通省の連携によって進められており、1987年度にモデル事業として始まってから、1999年度末までに12,000戸が整備されている。
- \*3 有料老人ホームとは、老人福祉法で「常時10人以上の老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であつて、老人福祉施設でないもの」と定義されている。1999年7月現在、303施設に約24,000人が入居している。有料老人ホームといえ、かつては高額の入居一時金を必要とするものが多かったが、最近では、企業の社宅などの遊休不動産を改装し、転用することで、建築コストを抑え、入居金等を安く提供するものも増えている。また、敷金と月々の利用料を支払うといった賃貸住宅的な有料老人ホームも出てきている。
- \*4 例えば、社会福祉法人の性格の一つに、課税面での優遇が確保されている一方、利益を投資にまわすことが禁じられており、自治体の場合と同様に、収支差は次期に繰り越すことが求められているということがある。医療法人の場合には、配当は禁止されているが、利益を投資にまわすことは許されている(株式会社は利益の投資、配当とも可能)。社会福祉法人の場合であっても、(他法人との公平性の確保のために課税面での調整等も必要であろうが)事業拡大のメリットが還元されるようになれば、施設経営のインセンティブが働き、事業参加者が多くなる途が開かれると思われる。また、そのことは、多様な経営主体が参加してきた時に、競争力を確保するためにも必要と思われる。

## 【参考文献】

- ・厚生省、2000、『平成12年版 厚生白書』ぎょうせい.
- ・(財)高齢者住宅財団、2000、『団塊の世代を含むプレ高齢者の高齢期における居住施設と福祉サービスのニーズ等に関する調査研究報告書』.
- ・シニアライフ情報センター編、1999、『1999年版 最新ケアハウスガイド 876施設紹介・Q&A集』中央法規.
- ・(社)シルバーサービス振興会、1999、『高齢者福祉拠点施設の整備及びその機能連携に関する調査研究事業報告書』.
- ・全国老人福祉施設協議会、2000、『第5回全国老人ホーム基礎調査報告書(軽費老人ホームA型編)』.
- ・二木 立、1998、『保健・医療・福祉複合体 - 全国調査と将来予測』医学書院.
- ・福祉文化学会編、1995、『高齢者生活年表 1925 - 1993』日本エディタースクール出版部.