

介護保険制度下における高齢者施設のあり方

— ケアハウスの民営化に関する一考察 —

研究開発部 的場 康子

目次

1. 研究の背景と目的	5
2. ケアハウスの現状	6
3. ケアハウスの規制緩和	9
4. 介護保険制度下における今後のケアハウスの行方	13
5. おわりに	17

要旨

ケアハウスは、軽費老人ホームの一形態として1989年に創設された高齢者施設である。ケアハウスには、個人の自立した生活をサポートするという機能に加えて、入所者の高齢化に対応して「特定施設入所者生活介護」の指定を受けることにより、介護施設としての機能も付加される。このことにより、現在、不足していると言われている介護施設の補完としての役割も果たすことになり、その結果、社会的入院を減らし、医療費の抑制にも寄与することが期待される。

ケアハウスの整備状況は、厚生労働省調査によると、2000年現在、1,160施設であり、4万990人が入居している。入所定員に対する入居者の割合である利用率は89.7%である。シニアライフ情報センターの調査によると、ケアハウスの入居者の約3割が要介護認定を受けている。

高齢者介護施設の増強を図るために、ケアハウスの整備促進に向けて、PFI制度を活用して、これまで自治体や社会福祉法人などの公的機関に限定されていた設置主体の規制緩和を行うという動きが、2001年に入って活発になってきた。

高齢者施設の種類及び設立主体の法人形態が多岐にわたる現状の中で、供給主体の多元化を促進するために、公民の間に位置する社会福祉法人、医療法人と、民間営利企業との間の競争条件の平準化を図る必要がある。多くの利用者が、経済的にも、サービス内容的にも、納得して施設利用ができるように、補助金や税のしくみを通じて行われる公費の配分（法人制度）を見直し、市場に公正な競争を促すことが必要である。

キーワード：ケアハウス、PFI、介護保険制度

1. 研究の背景と目的

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。具体的には、全室個室の「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。

介護保険制度との関連では、ケアハウス事業者は、介護保険の給付対象サービスである「特定施設入所者生活介護」の指定を受けることによって、ケアハウスに入居している要介護者に介護サービスを提供する対価として介護報酬が得られる。

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、数万円から20万円前後)のほかに、入居一時金(施設によって異なり、数十万円から数百万円)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。そのためか、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。

2001年度に入って、高齢者介護施設の増強、とりわけ特別養護老人ホームの不足を補うために、ケアハウスの整備促進に向けて、これまで自治体や社会福祉法人などの公的機関に限定されていた設置主体の規制緩和を行うという動きが活発になってきた。

例えば、まず、経済財政諮問会議(議長=小泉純一郎首相)が「今後の経済財

政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(2001年6月26日閣議決定)において、「サービスの供給体制の整備充実、特に痴呆性高齢者のグループホームやケアハウスの拡充が急務である」と提言した。その後、同会議では、この「基本方針」を具体的に現実化するためのタイムテーブルを「改革工程表」において示した(2001年9月26日発表)。この中で、ケアハウスについては、2002年3月までに、「設置主体を民間企業等に拡大し、PFI等を活用した公設民営型による整備を促進する」ための措置を講じることを提言している。

そして、同会議において「構造改革と経済財政の中期展望について」(2002年1月25日閣議決定)を発表し、政府としての実行項目として、「PFIの活用等を図りながら、ケアハウス、生活支援ハウスの整備などを行う」ことを提言している。

この間に、厚生労働省における全国介護保険担当課長会議(2001年9月)において、PFI(プライベート・ファイナンス・イニシアチブの略であり、公共施設の建設等を民間の資金等を活用して行う手法)を利用したケアハウスの設置の具体的なイメージを提示している(「今後のケアハウスの整備の在り方等について」)。

そして、2002年2月の全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議において、「新型ケアハウス整備・運営事業のためのPFI導入マニュアル」が提示され、地方自治体がPFI方式でケアハウス整備を実施するにあたっての必要事項を示した。

2002年に入ると、早速、東京都杉並区

が、PFIを導入したケアハウスの整備を図ることを公表している。

本稿では、このようなケアハウスの民営化の動きを背景として、PFI導入による多様な供給主体の参入にあたっての条件整備について考察し、介護保険制度の時代にふさわしい、高齢者施設の整備における公民の役割について考えることを目的とする。

2. ケアハウスの現状

(1) ケアハウスの整備状況

施設数

ケアハウスの施設数は、厚生労働省「平成12年社会福祉施設等調査の概況」(2001年10月発表)によれば、2000年10月1日現在、1,160施設である(図表1)。

ちなみに、同じ厚生労働省の調査「平成12年度社会福祉行政業務報告の概要」

(2001年12月発表)によると、2001年3月末では1,235施設となっている(ただし、同調査では、入居者数の提示がないため、以下では「社会福祉施設等調査の概況」の結果を用いる)。ケアハウスは、この5年間に約4倍、半年あまりの間でも75施設も増えており、まさに急増しているといえる。

定員

ケアハウスの定員も、施設数の伸びに伴って増えており、2000年では4万5,672人となっている(図表2)。しかしながら、1989年に設定したゴールドプランでは、2000年3月までに10万人分を目標としていたが、現実には、その約半数しか達成されていない。

今後は、1999年に設定し直したゴールドプラン21における、2005年3月までに10万5,000人分という目標値に向けて、整備推進を図る必要がある。

図表1 各種老人ホームの施設数の年次推移

	1990年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
特別養護老人ホーム	2,260	3,201	3,458	3,713	3,942	4,214	(注)4,463
軽費老人ホームA型	254	252	252	251	250	249	246
軽費老人ホームB型	38	38	38	38	38	38	38
ケアハウス	3	261	450	623	794	985	1,160
有料老人ホーム	173	272	275	281	287	298	350

注：「平成12年介護サービス施設・事業所調査」において、介護老人福祉施設として把握した数値である。
備考：「特別養護老人ホーム」とは、介護保険法で規定する「介護老人福祉施設」であり、要介護者の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行う施設である。設置主体は、地方公共団体と社会福祉法人に限定されている。「軽費老人ホーム」は、老人福祉法で規定されており、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60歳以上の高齢者を対象に、低額の料金を、日常生活に必要な世話を行う施設である。「軽費老人ホーム」には、A型とB型とケアハウスの3つの形態がある。A型は、所得制限があり、食事サービスが付いているが、B型は、所得制限はなく、自炊が原則となっている。A型とB型の軽費老人ホームの設置主体は、地方公共団体と社会福祉法人に限定されている。ケアハウスは、所得制限無し、食事サービス付きであり、設置主体については、自治体や社会福祉法人などの公的機関に限られていたが、規制緩和を行う動きが出てきている。「有料老人ホーム」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に必要な便宜を供与することを目的とする施設であって、老人福祉施設でないもの」と定義されている。

資料：厚生労働省「平成12年社会福祉施設等調査の概況」2001年

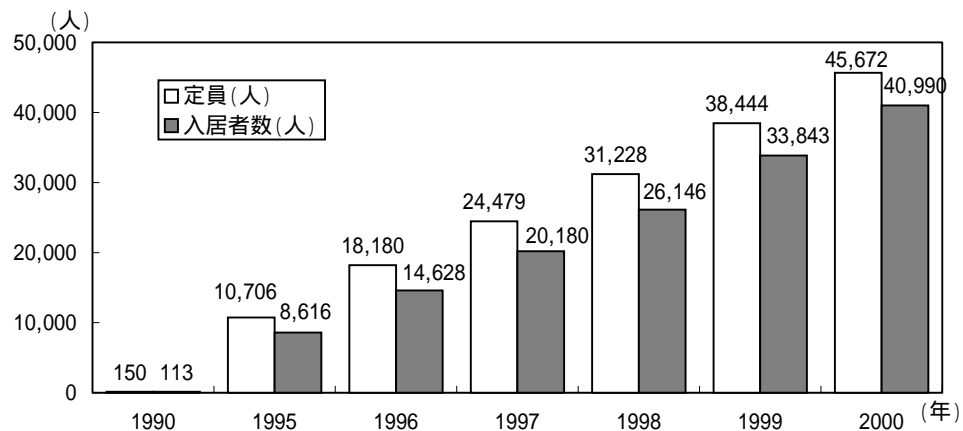
入居者数・利用率

ケアハウスの入居者数も、施設数の伸びに伴って増えており、2000年では4万990人となっている（図表2）。

定員に対する入居者の割合である利用率をみると、年々高まっており、2000年では89.7%で、9割に近い数値である（図表3）。

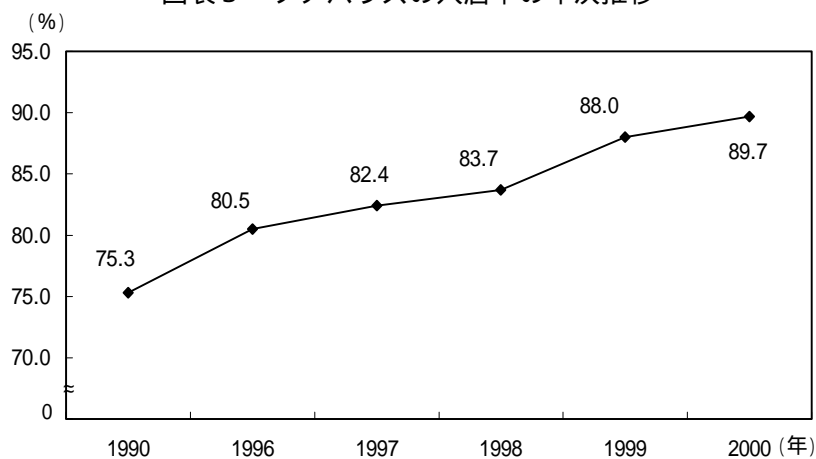
ちなみに、各種介護保険施設の利用率は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が99.1%、介護老人保健施設が91.3%、介護療養型医療施設が88.7%である（図表4）。これら介護保険施設とケアハウスの利用率は同程度であることがわかる。

図表2 ケアハウスの定員・入居者数の年次推移



資料：図表1に同じ

図表3 ケアハウスの入居率の年次推移



資料：図表1に同じ

(2) ケアハウスの入居者の状況

もともと、ケアハウスは、健康で自立した生活ができる人を対象としている施設であるが、入居者の高齢化に伴い、要介護者が増えているという実態がある。

シニアライフ情報センターによる調査(2001年3月調査)によれば、ケアハウス入居者の約3割が要介護認定を受けている(調査は、全国の840のケアハウスを対象に実施され、定員総数3万3,428人についての結果である)。要介護認定の内訳は、要支援が9.9%、要介護1が15.7%、要介護2が4.5%、要介護3が1.1%、要介護4が0.4%、要介護5が0.1%となっている。

ちなみに、介護保険施設における入所者の要介護状況は、図表5の通りである。要介護度が高い入所者が最も多いのは介護療養型医療施設であり、要介護4以上が約7割を占めている。次に多いのは介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)であり、要介護4以上が半分以上を占めている。介護老人保健施設は、要介護4以上は約4割となっている。

このように、介護保険施設と比較すると、ケアハウスの入居者は自立者が圧倒的に多いものの、そうではない要介護者も少なからず存在している状況から、ケアハウスにおいても介護力を高める必要が生じてきているといえる。

図表4 介護保険施設の施設数・定員・在所要者数・1施設当たり定員・利用率

(2000年10月現在)

	施設数	定員(病床数)	在所要者数	1施設当たり定員(病床数)	利用率
介護保険施設	10,992	648,559	612,294	59.0	94.4
介護老人福祉施設	4,463	298,912	296,082	67.0	99.1
介護老人保健施設	2,667	233,536	213,216	87.6	91.3
介護療養型医療施設	3,862	116,111	102,996	30.1	88.7
構成割合(%)					
介護保険施設	100.0	100.0	100.0		
介護老人福祉施設	40.6	46.1	48.4		
介護老人保健施設	24.3	36.0	34.8		
介護療養型医療施設	35.1	17.9	16.8		

備考:「介護老人福祉施設」については、図表1の備考を参照。「介護老人保健施設」とは、老人保健法で規定する「老人保健施設」のことであり、要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設である。「介護療養型医療施設」とは、要介護者に対し、療養上の世話、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練、その他必要な医療を行うことを目的とする医療施設である。介護保険の指定を受けた「療養型病床群」(医療法で規定されており、病院の一般病床または診療所の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するための病床)、「老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院」、「介護力強化病院(介護保険施行後3年の限定付き)」が該当する。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。

資料:厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査の概況」2001年

3. ケアハウスの規制緩和

(1) PFIを活用した整備促進

上述のように、ケアハウスには、個人の自立した生活をサポートするという機能に加えて、入所者の高齢化に対応して「特定施設入所者生活介護」の指定を受けることにより、介護施設としての機能も付加される。このことにより、現在、不足していると言われている介護施設の補完としての役割も果たすことになり、その結果、社会的入院を減らし、医療費の抑制にも寄与することになる。

このようなことから、高齢者介護施設の増強を図るためにも、ケアハウスの整備促進に向けて、PFI制度を活用して、これまで自治体や社会福祉法人などの公的機関に限定されていた設置主体の規制

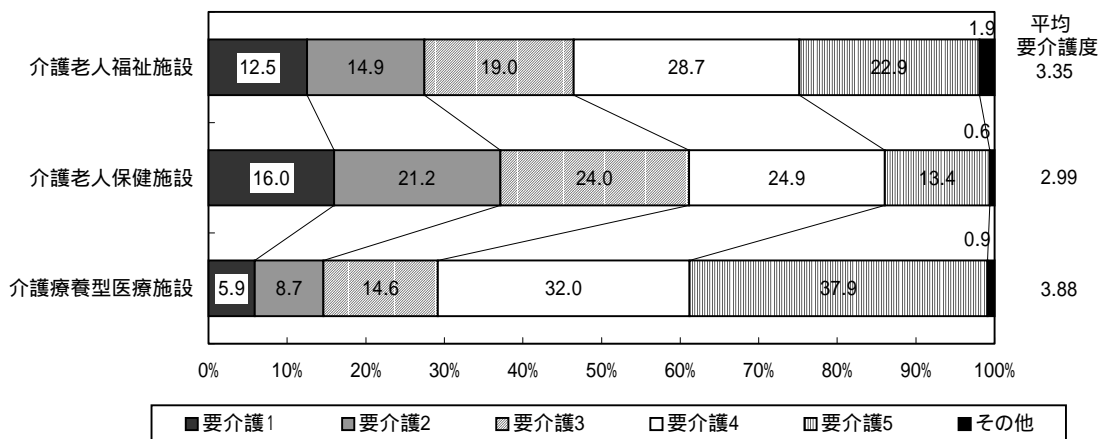
緩和を行うという動きが、2001年に入って活発になってきた。

PFIとは、Private Finance Initiative (プライベート・ファイナンス・イニシアチブ)の略で、公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う新しい手法である。

もともと、PFIはイギリスで、サッチャー政権以降の「小さな政府」への取り組みの中から、公共サービスの提供に民間の資金やノウハウを活用しようとする考え方として、1992年に導入された(日本PFI協会のホームページより)。

イギリスでは、道路や橋梁、病院、刑務所、学校、文化施設、発電施設、情報通信システム、庁舎、廃棄物処理施設等においてPFI事業が推進され、現在公共事業全体の20～30%がPFI事業であ

図表5 介護保険施設における在所者の要介護度別構成割合(2000年9月現在)



資料：図表4に同じ

ると言われている（PFIインフォメーションのホームページより）。

こうしたイギリスの実例を参考にしながら、我が国においても、1998年に「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」（PFI法案）が議員立法として国会に提出された後、1999年9月に同法（PFI法）が施行され、2000年3月には「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の事業の実施に関する基本方針」（基本方針）が制定された。

ちなみに、民間の活力を生かした公共事業には、PFIのほかに、民営化と外部委託（Outsourcing）がある。

民営化は、市場からの収益を基本として、完全に民間企業が事業を行い、公共サービスの全責任が民間企業にゆだねられる。公共支出を全く伴わないで、民間企業の事業運営のノウハウを十分に活用することができる方式である。

アウトソーシングは、公共サービスの現業部門のうち、現場的な作業を民間に発注し、事業の実施主体、管理などは公共部門が担う。民間企業が運営することによって、事業の採算性やサービスの質の向上が図られるものが対象となる。

これらに対して、PFIは、実施主体は民間が担い、公共部門は民間からサービスを調達するという方式である。

(2) PFIとケアハウス

PFI制度を利用したケアハウスの施設概要
前述の「新型ケアハウス整備・運営事業のためのPFI導入マニュアル」によれば、PFI制度を利用して建設されるケアハウスは、整備形態や自治体の関与

形態などの面において、これまでのケアハウスとは異なるものであるため、従来型のケアハウスと区別して「新型ケアハウス」と呼称している*1。

すなわち、まず、介護保険の給付サービスである「特定施設入所者生活介護」の指定を受けることが必要であり、介護機能を十分に内包していなければならない。このことによって、要介護度が高くなっても、退去する必要がなく、継続して入居し、介護サービスを受けることが可能となる。特定施設入所者生活介護の基準では、要介護者に対する介護職員の配置基準が3：1とされており、これは特別養護老人ホームと同程度である。ただし、新型ケアハウスでは、より手厚い職員配置をすることも可能であり、そのようにした場合には、入居者から追加的な費用負担を求めることも可能としている。

また、施設の構造については、従来型と同様、全室個室または夫婦部屋とした上で、さらに、入居者10人程度を単位としたグループユニットに分かれた構造とすることを原則としている。

そして入居対象者は、原則として、要介護1またはそれより重い要介護者が優先的に入居できるようにするというものである。ただし、入居希望者に家庭面での事情がある場合や、要介護1で入居した後に、要介護度が改善した場合、夫婦どちらかが要介護者で夫婦一緒に入居する場合などについては、個別に自治体と事業者で協議して調整を行うことを可能としている。

まさに、入居者の資格要件で従来型の

ケアハウスの性格を若干残しながらも、実際には、新型ケアハウスは、特別養護老人ホーム、厳密に言えば、後述する「新型の特別養護老人ホーム」と同じようなサービスを提供する施設ということになる。逆にいえば、特別養護老人ホームの民営版が登場した、ということもできよう。

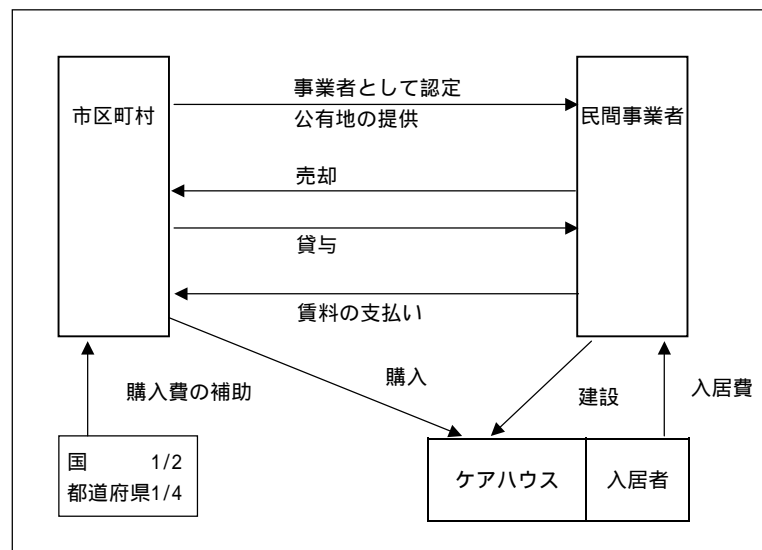
PFI制度を利用したケアハウスの事業化の流れ

PFI制度を利用したケアハウスの事業化の具体的流れについては、まず、地方自治体がケアハウス建設の必要性を判断した上で、民間事業者（社会福祉法上、都道府県知事の許可を得ることが必要。許可条件については後述）を公募、選定し、協定を結ぶ（図表6）。

その民間事業者は、学校跡地などの公有地に施設を建設し、その建物を自治体に売却する。地方自治体の買い取り費用に対して、国や都道府県は社会福祉施設整備費・設備整備費の補助を行う（自治体負担分の施設整備費・設備整備費については、従来型のケアハウスと同様の起債が可能となっている）。

そして民間事業者は、これを借り受けで運営し、利用者から家賃その他の必要経費（入居費）を徴収し、そのうちの家賃については、建物（ケースによっては建物及び敷地）の賃借費用として、賃料を地方自治体に支払うという仕組みである。

図表6 PFI方式によるケアハウスのしくみ



資料：厚生労働省資料をもとに筆者作成

(3) 許可の条件

新型ケアハウスの運営者としては、株式会社、NPO法人、医療法人、社会福祉法人等が考えられており、公募により選定を行うこととなっている。

なお、社会福祉法人以外の法人形態の場合には、社会福祉法第62条第2項に基づき、都道府県知事の許可を受けることが必要である。

社会福祉法第62条第2項においては、「国、都道府県、市町村及び社会福祉法人以外の者は、社会福祉施設を設置して、第1種社会福祉事業を営もうとするときは、その事業の開始前に、その施設を設置しようとする地の都道府県知事の許可を受けなければならない」とある。

厚生労働省では、都道府県知事の許可の条件として、以下の項目が検討されている（ただし実際には、このような項目をもとに、都道府県が独自の許可条件を策定する）。

事業を営むために必要な経済的基礎があること

- ・民間企業（株式会社等）の場合、純資産が直前期末で3億円以上、単体でプラス（すなわち単年度で黒字）利益が最近1年間において1億円以上であること。

- ・医療法人その他の非営利法人の場合には、それぞれの法人類型に対応して策定されている会計基準に基づき適正に会計処理が行われていること、または外部監査を受けていること、もしくは青色申告法人と同等の記帳及び帳簿書類の保存が行われていること、及び原則として1億円以上に相当する資産（現金、預金、確実な有価証券または不動産に限る）を基

本財産として有していること。

そしてさらに、ケアハウスを運営する場合には、低所得者の利用料負担を軽くするため、低所得者から徴収する事務費（職員の人件費等）の軽減を行う必要があるが、低所得者から徴収できない事務費の差額分を、都道府県等による運営費補助に依存しなくても低所得者に対する事務費軽減を行うことができ、なおかつ安定的に施設の運営が可能であることが明らかでないと、許可を行うことができないとされている。

事業の経営者が社会的信望を有すること

- ・事業の経営者が社会福祉事業に関与している実績やボランティア活動の実績、これまでの事業活動の実績、過去の賞罰等の状況を総合的に勘案し、社会的信望があると認められること。

実務を担当する幹部職員が社会福祉事業に関する経験、熱意、能力を有すること

- ・サービス提供の責任者が、社会福祉士または介護福祉士の有資格者であるか、特別養護老人ホーム等の社会福祉施設・事業で5年以上経験がある者、またはこれらに準ずる者であること。

事業の経理が他の経理と分離できる等、その性格が社会福祉法人に準ずるものであること

- ・民間企業が行う場合には、当該企業が専らケアハウスを営む会社として許可を受けるか、または当該企業の子会社（設置もとの会社の持ち株比率が過半数であること）が専らケアハウスを営む会社として許可を受け、ケアハウスの

経営を行うことを原則とする。

脱税その他不正の目的でケアハウスを
経営しようとするものでないこと

厚生労働省が提示している以上のような許可条件は、利用者保護の観点から、安易に事業撤退しないように、経営の安定性、信頼性を最重要視している。しかしながら、このような許可条件に適合するのは、大企業もしくはその傘下にある事業者等に限られる恐れがあり、このままでは、実際に施設数がすぐに急激に増加することはあまり期待できないであろう。もう少し経過を見守る必要はあるものの、許可条件のあり方について、さらに検討の余地があると思われる。

4. 介護保険制度下における今後のケアハウスの行方

(1) ケアハウスの多様化

これまで見てきたように、ケアハウス経営に民間事業者が参入できるようになれば、制度の枠内であるが、供給主体の創意工夫によって、多様なケアハウスのあり方が考えられる。

2002年5月現在、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は、約30施設であり、ケアハウス全体の3%にも満たない。実際に、特定施設入所者生活介護の指定を受けると、対象者分の介護報酬が支給されても、人件費相当の補助金（事務費）が減り、なおかつ介護職員を増員する必要があるため、ケアハウス事業者によると「要介護者が入居者

の6割を超えないと収支が難しい」ということである。しかしながら、現在の入居者がさらに高齢化し、要介護認定者が増えてくると、これまで指定を受けていなかったケアハウスの中からも、指定を受けるケアハウスが多くなるに違いない。

また、最近では、終身介護のニーズにこたえ、十分な介護体制を整えつつ、利用者にも一定の負担をしてもらうことで経営の安定化を図っていこうというケアハウスも登場している。

例えば、2001年に、特定施設入所者生活介護の指定を受けて開設されたケアハウスこうべ（兵庫県・神戸市）は、介護職員の配置基準である3：1を上回る2：1の基準を敷き、介護体制を手厚くし、要介護度が高くなっても継続して住み続けることができる終身介護体制を整えた。そのために、入居一時金として440万円、月額利用料は要介護度によって異なるが、例えば要介護4の人で約20万円（食費、介護費用、光熱費、オムツ代等を含めて）という料金設定にしている。それでも、有料老人ホームよりは、かなり安く、中所得層のニーズをとらえたようで、88の個室と6つの夫婦部屋、すべてがすぐに満室になったということである。

このような従来型のケアハウスの「進化」が見受けられる中で、当然ながら、PFI制度を利用し、特定施設入所者生活介護の指定を受けた新型ケアハウスが少なからず登場するであろう。これは、前述したように、全室個室でホテルコスト（個人スペースに掛かる建築費用・光熱水費等に相当する額）を徴収し、ユニットケアを行う新型特別養護老人ホーム

とサービス内容面、利用料の面において大差がなく、いわば特別養護老人ホームの民間版のようなものである。あるいは、公的な有料老人ホームともいえよう。

一方、特定施設入所者生活介護の指定を受けないで、独自のケアシステムを運用している公営のケアハウスもある。

例えば、さくらハイツ南大井（東京都・品川区）のように、入居時に「介護の安心基金」として500万円を支払うことに同意することによって、介護度が重くなっても、終身利用できるというシステムを導入しているケアハウスもある。この基金は、介護保険の上乗せサービスに対応する基金であり、1割の自己負担で、介護サービスの上乗せサービスを利用することができるというものである。まさに、中所得者向けの有料老人ホームである。

このように、ケアハウスはもともと、健康な人が入居の対象で、要介護状態になったらふさわしい施設に転居する性格のものであったのであるが、時代の流れと共に、ケアハウスに求めるニーズも変化しているといえる。まさに「新型ケアハウス」となると、入居対象が「要介護1以上が優先」とのことであり、名前の通り、「介護施設」にすっかり変容してしまうかのようである。

このようなケアハウスの「介護施設化」さらに言うならば「特別養護老人ホーム化」の動きと共に、もう一つ、高齢者施設において、大きな変化が起きようとしている。それは、特別養護老人ホームにおける変化である。

(2) 個室型特別養護老人ホームの登場

厚生労働省全国介護保険担当課長会議資料（2001年9月28日）によれば、全室個室・ユニット型の特別養護老人ホーム（新型特別養護老人ホーム）の整備推進を図り、2002年度から、新型特別養護老人ホームに対する施設整備費補助を導入するとのことである。

新型特別養護老人ホームとは、以下のような設備を整えたものと考えられている。

- ・個人的空間から公共的空間まで多様な生活空間を重層的に確保し、居住環境を重視した構造とする
- ・全室個室（トイレ面積を除いて、原則8畳以上）
- ・個室内に個人の家具等を持ち込めるようにする
- ・原則、10人前後を生活単位とするユニットケアを行う
- ・ユニットごとに簡単な調理、食事、談話等を通じて交流が図れるように、共用スペースを設ける

新型特別養護老人ホームの入居者の利用者負担の考え方は、従来の介護、食事に掛かる利用者負担のほか、ホテルコストに掛かる費用を個人負担することを基本とする（2003年度から）。

ただし、低所得者の個室利用が阻害されないように、低所得者についてはホテルコストの負担軽減を行うこととするということである。具体的には、新型特別養護老人ホームに対応した介護報酬体系を設け、その中で低所得者に対する配慮を検討するということである。

(3) ケアハウスと競合する高齢者介護施設

以上が、新型特別養護老人ホームの概要であるが、利用者負担についてみると、現在の5～6万円から、約2倍の10～12万円になる見込みであるといわれている。そうすると、全室個室で、ホテルコストを自己負担しており、ユニットケアを導入し、特定施設入所者生活介護の指定を受けている新型ケアハウスと利用者負担の面、サービス内容面においてあまり大差がないものと思われる。

このように考えると、PFI制度を利用した公設民営型の新型ケアハウスの「競合相手」としては、新型特別養護老人ホームが有力であり、今後、限られた財源の中で、各自治体が介護施設を新設する際にどのように選択し、すみわけが行われていくのか注目に値する。

(4) 今後の施設整備の方向性

これまでは、措置制度時代の影響もあり、要介護の低所得層は特別養護老人ホーム、高所得層は民間の有料老人ホームというすみわけがあり、中間所得層が利用できる施設が少なかった。ところが、特定施設入所者生活介護指定のケアハウスの登場により、これまで中間所得層にとっては利用しにくかった施設介護サービスが利用しやすくなった。介護保険制度の導入の一つのポイントは、これまで福祉制度の狭間に取り残されがちであった中間所得層のサービス利用の向上である。このことは、訪問介護サービスのみならず、施設介護の分野においても当て

はまるのである。

さらに、特別養護老人ホームの個室化によるホテルコストの自己負担化は、ある程度の負担をしても、快適なサービスを受けたいという中間所得層のニーズに対応しているといえる。特定施設入所者生活介護の指定を受けたケアハウスは、まさにその個室型特別養護老人ホームとサービス面、利用者負担面において、大差がない状況となった。

一方、民間の有料老人ホームの中には、遊休社員寮などを活用して、低価格化を実現させているものもある。

このような流れを図示したものが、図表7である。これまでの措置制度の下では、特別養護老人ホームには、介護ニーズの重い人が優先的に入所し、自己負担額は、介護の必要量に関係なく、所得に応じた料金設定になっていた。ケアハウスは、生活支援を目的とした施設であるため身体的自立者を主な対象とし、利用料については、所得に応じた料金設定になっている。このように、これまでの高齢者施設は、介護の必要量というよりも、施設の性格によって、サービス内容や利用料の体系が異なっていた。ところが、新型特別養護老人ホームの登場により、入所環境の改善が図られるかわりに、自己負担も増額となる(図表7の の矢印)。また、新型ケアハウスの登場によって、これまでは身体的自立者が対象であったのが、介護を必要とする人も入所可能となり、要介護度に応じて自己負担が決まるようになる(図表7の の矢印)。

今後は、介護保険制度における低所得者対応策等で基礎的な保障を確保しつつ、

基本的には、介護の必要量に応じた料金設定を行うという、応益負担型の施設を中心に整備され、長期的な施設整備の方向性は、こうした自助努力型の施設を増やしていくという方向に向かっているのではないかと考えられる。

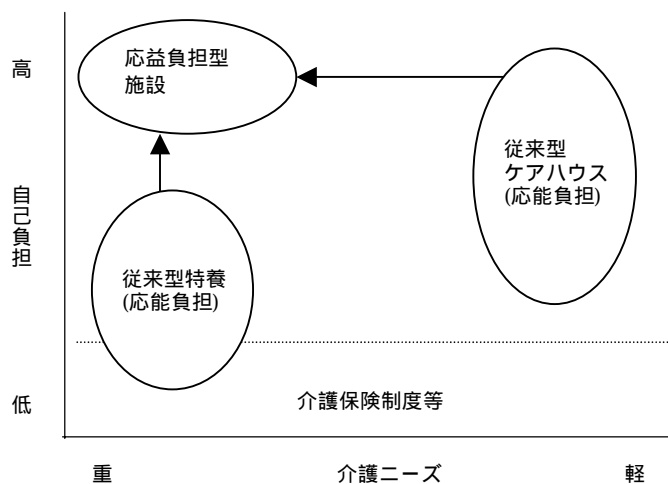
このような施設整備の方向性は、これからのメイン利用者となる中間所得層にターゲットを合わせているようでもあり、今後、多様な施設サービス供給がなされ、質の競争が高まり、サービスの向上がなされることを期待したい。

(5) ケアハウス等の負担関係

ただし、質の競争を厳密に行うには、多様な事業主体が参入している状況においては、競争条件の平準化がある程度、図られる必要がある。

現行制度においては、特別養護老人ホームは、自治体もしくは社会福祉法人のみ設立が許され、これらの主体が、土地、建物を用意し、運営も行う(ただし、施設整備補助を国や自治体から受けることができる)(図表8)。

図表7 介護ニーズと自己負担の関係から見た施設のあり方



資料：筆者作成

図表8 ケアハウス等の負担関係

・特別養護老人ホーム(新型特養も同じ)		
土地・建物・運営	自治体・社会福祉法人	施設整備補助 利用者負担
・PFI方式のケアハウス		
土地・建物	自治体	国・県からの施設整備費(買い取り費用)補助
運営	民間	↑ 賃料の支払い 利用者の利用料 自治体からの事務費(人件費等)補助
・有料老人ホーム		
土地・建物・運営	民間	利用者負担

資料：筆者作成

従来のケアハウスもこれに近いものであったが、PFI方式により公設民営が許されるようになると、民間事業者による設立が可能となった。すなわち、土地・建物は、国・県からの施設整備費(買取り費用)補助を受けて用意することができ(ただし、賃料を支払う)、また運営も、利用者の利用料と自治体からの事務費補助により賄うという方式である。したがって、利用者から見て、新型特別養護老人ホームとは、利用料の面でも大差がないであろう。

一方、民間有料老人ホームについては、土地・建物は自前で用意し、自ら運営を行う方式である。したがって、企業努力により利用料を抑えることを図るものの、利用者は一定の利用料を払うことになり、その額は、低価格化傾向にあるといっても、低所得層にはなじまないものである。

同じようなサービスを提供するということが前提であるが、このような設立主体の多様化に伴い、利用者負担の公平化をどのように図るかが今後の課題である。

5. おわりに

PFI導入により、ケアハウス事業に多様な供給主体が参入できるようになることは、施設数の拡大のためには、歓迎すべきことである。特に、都市部において、特別養護老人ホームに代表される介護施設への入所希望者が増大傾向にある中で、介護施設としての新型ケアハウスが整備されることは、特別養護老人ホー

ムへの入所希望者の受け皿としての役割も果たせることになる。

最後に、ケアハウスの設置主体の規制緩和を行うことによる、地方自治体、民間事業者、そして利用者のメリット及び今後の課題について考察し、その上で、高齢者施設整備における公民の役割について提言し、まとめとしたい。

(1) PFI導入によるケアハウスの公設民営化に対する公・民間事業者・利用者のメリット

まず、PFI方式を導入して、ケアハウスの公設民営化を図ることによる公(地方自治体)のメリットとしては、自治体自らがケアハウスをつくる従来の方式よりも、建設及び運営費を安く抑えられるということがある(図表9)。

このことにより、限られた財源の中で、施設数を増やすことも可能となり、住民に対するサービスの向上が図られ、行政として住民に対する使命を果たすことができる。

民間事業者にとってのPFI活用のメリットは、これまで、土地代から建設費用まですべてを自前で用意するには、多額の資金を必要としていたが、PFI方式を活用することによって、公有地を利用して建設することができるので、土地代が不要となる。また建設費も、後に自治体買い取ってくれるので、全額回収できる。このことにより、それほど自己資金を用意しなくても、ケアハウスに参入できるというメリットがある。

さらに、ケアハウス参入のメリットとしては、堅実な経営を行っていれば、制

度上、事業の安定性も確保され、かつ地域に対する信用力も得られる。また、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も期待できるであろう。

利用者にとってのメリットは、従来よりも建設・運営費が安く抑えられることによって、最終的に利用者の負担が軽減されることも期待できる。あるいは、負担に見合ったサービスの提供を得ることができよう。

そして、多様な経営主体がケアハウス事業に参入することによって、施設の供給量が増えれば、利用者としてのサービスの選択肢が拡大する。そして、そのことによりサービスの質の競争が高まれば、サービスの質の向上が見込まれるであろう。

このように、PFI導入によるケアハウスの公設民営化については、限られた財源の中で、住民サービスの向上を図るという点において、多くのメリットが考えられる。

(2) ケアハウス公設民営化時代における公・民間事業者・利用者の課題・役割

しかしながら、一方で、図表10にあるように、新型特別養護老人ホームの登場等、同じようなサービスを提供する高齢者施設が用意されるようになり、利用者がサービスを見極めるのに非常にわかりにくいという一面もある。

したがって、公（地方自治体）としては、一層の低所得者対策は当然のこと、住民に対する情報の提供、及び相談・苦情処理体制の強化を図る必要がある。また、施設サービスの直接的な供給主体としてのみでなく、地域におけるニーズを見極め、整備計画を練り、サービスの質の管理をする監督者としての役割が重要になってくる。

一方、利用者も、このような状況においては、自ら情報収集を積極的に行い、自己責任意識をもつ必要もあるであろう。

また、民間事業者においては、利用者に対するサービスの質の向上を図りつつ、経営努力を行い、効率的なサービス提供

図表9 ケアハウス参入事業者についての規制緩和による公・民間事業者・利用者のメリットと課題

	公（地方自治体）	民間事業者	利用者
PFI活用のメリット	・建設・運営費を安く抑えられる	・巨額の自己資金を用意しなくても、ケアハウス事業に参入できる	・利用者負担の軽減（コストパフォーマンスの向上）が期待できる
ケアハウスの規制緩和のメリット	・公的負担が減る ・施設数を増やすことができる	・信用力が高まる ・多様なサービスを提供できる ・顧客の拡大が見込まれる	・選択肢が増える ・サービスの質の向上が見込まれる
課題	・サービスの質の管理 ・低所得者対策 ・情報提供 ・相談・苦情処理体制の強化	・経営の安定性 ・経営努力 ・効率的なサービス提供	・情報収集 ・自己責任意識

資料：筆者作成

を実施し、安定的に事業を進めていかなければならない。

以上のようなことが、公・民・利用者の課題であるが、それがそのまま、それぞれの立場の役割ともいえよう。すなわち、民間事業者は、経営努力を行いながら、安定的にサービスを提供することが重要である。公（地方自治体）は、サービス供給者としてのみでなく、サービスの質の監督者として、利用者保護の体制を整えることが大きな役割である。

(3) 高齢者施設整備に関する今後の課題

このように、新型ケアハウス事業を、民間事業者、NPO、医療法人、社会福祉法人などが運営できるようになり、このようなケアハウスの公設民営化の規制緩和により、高齢者施設事業に対して、

多様な供給主体が参入できる道がひらかれた。しかしながら、サービスの質の競争を公平に行うためには、現行の制度では限界がある。民間事業者と医療法人、社会福祉法人、NPOは、それぞれ税金や補助金等の面で、しくみが異なるからである。このような法人制度が、多様な供給主体による施設整備の展開にどのような影響を与えるか、見極める必要がある。

有料老人ホームを含めて、高齢者施設は公共性、公益性が高い事業である。利用者から見れば、設置者が自治体であろうと、医療法人、社会福祉法人、民間企業であろうとほとんど同じである。補助金や税のしくみを通じて、限られた財源である公費の配分を正しく行わなければ、市場に不公正な競争が持ち込まれ、結果

図表10 各種高齢者施設の特徴

	特別養護老人ホーム		ケアハウス			有料老人ホーム	
	新 型	従来型	新 型	従来型		特定施設	指定以外
			特定施設	特定施設	指定以外		
企業参入	不可	不可	可 (PFI方式)	不可	不可	可	可
介護保険給付	有	有	有	有	無	有	無
運営費補助	有	有	有*1	有	有	無	無
建設費補助	有	有	有*2	自治体・社会福祉法人のみ 有り		無	無
入居費用	ホテル コスト 自己負担	自己負担 少ない	ホテルコスト等自己負担			ホテルコスト等 自己負担	
終身利用	可	可	可	可	?	可	可
施設構造	全室個室 ユニットケア	相部屋	全室個室 ユニットケア	全室個室		全室個室	

* 1 ...事務等人件費について、ケアハウス入居者の収入の状況に応じて負担軽減措置があり、事業者が事務費徴収額の減額を行った場合には、事業者が負担した部分は、「軽費老人ホーム事務費補助金」に基づく助成の対象となる。

* 2 ...建設費の民間事業者に対する直接的な補助ではないが、建物については、民間事業者が建設した後、地方自治体によって買い取られ、民間事業者に貸与される。この地方自治体の買い取り費用に対して、社会福祉施設整備費・設備整備費の補助が行われる。

資料：筆者作成

的に利用者及び納税者としての住民が被害を被ることになりかねない。

特別養護老人ホームにしても、ケアハウス(特定施設入所者生活介護指定)有料老人ホーム(特定施設入所者生活介護指定)にしても、利用者にとっては、「終の棲家」となる「住居」である。施設の設置主体により利用者負担が異なるというのでは、不公平である。誰でもが、経済的にも、サービス内容的にも納得して生活できるように、施設整備を図らな

ければならない。そのためには、経過措置的に、コミュニティケア改革を経験したイギリスのように利用者に対する入居手当制度も一つの案であるが、将来的には、法人制度のあり方の検討も必要であろう。今後の高齢者施設の整備に当たっては、供給量の拡大を目指すことも必要であるが、更に進んで、法人制度、補助金制度など、限られた財源の中で、効率的な供給のためのしくみ作りについて考える必要もあると思われる。

(研究開発部 副主任研究員)

【脚注】

- *1 PFI制度を利用して、従来型(介護機能を内包していないタイプ)のケアハウスを建設することも不可能ではないが、2002年度からは、介護機能を有したケアハウスに対して、優先的に国庫補助が行われることとなっている。

【参考文献】

- ・風の村記録編集委員, 2001, 『風かおる終の棲家』ミネルヴァ書房.
- ・亀井弘和, 1999, 「医療・福祉分野におけるPFIの可能性」<ISEISレポート No.3> 社会基盤研究所.
- ・厚生労働省, 2001, 「平成12年社会福祉施設等調査の概況」
- ・シニアライフ情報センター編, 2001, 『最新ケアハウスガイド』中央法規.
- ・武川正吾・塩野谷祐一編, 1999, 『先進諸国の社会保障1 イギリス』東京大学出版会.
- ・早川浩士, 2001, 『介護保険データブック2001』ぎょうせい.
- ・丸尾直美・塩野谷祐一編, 1999, 『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』東京大学出版会.