일감부동산법학 | 제13호
2016년 8월 33-70쪽
건국대학교 법학연구소

Ilkam Real Estate Law Review
Vol.13, Aug., 2016. pp.33-70
The Institute of Legal Studies, Konkuk Univ.

日本の高齢者住宅・施設の現状と今後の展望

−地域包括ケア時代の住まいのあり方−

Housing for the Elderly in Japan

−Till Now, From Now On, With Integrated Community Care System−

吉村 直子*
Yoshimura, Naoko

목 차

はじめに
Ⅰ. 高齢者住宅・施設の体系
Ⅱ. 高齢者住宅・施設の供給状況
Ⅲ. 介護保険法・高齢者住まい法と高齢者住宅・施設
Ⅳ. 地域包括ケアシステムと高齢者住宅・施設
Ⅴ. 高齢者住宅・施設の今後の課題
おわりに

저출산・고령화가 진행되는 가운데, 대도시권을 중심으로 독신자 및 부부 등이 고령자만으로 구성된 세대가 급증하고 있어, 일상생활지원 및 개호 등의 서비스가 제공되는 거주에 대한 수요가 눈에 띄게 증대하고 있다. 고령자주택・시설이 수행하는 역할은 향후 점점 더 커질 것이다.

2014년 6월에는, 고령화와 인구감소가 진행되어도 유지될 수 있는 의료・개호제도를 목표로 의료개호종합확보추진법이 성립되었다. 의료・

투고일 : 2016. 6. 30. / 심사의뢰일 : 2016. 7. 20. / 게재확정일 : 2016. 8. 5.

* 株式会社長谷工総合研究所上席主任研究員 専門: 住居学(高齢者居住、高齢者住宅・施設)、家政学修士
Senior Researcher, HASEKO Research Institute, Inc.

개호에 대해서 중점적이며 효율적인 급부를 제공하는 한편, 급부억제에 따라 제도의 지속성을 높이는 것을 목표로 하는 법률이지만, 고령자가 안심하고 생활할 수 있는 다양한 거주를 정비하는 것이 의료・개호서비스의 개혁을 추진함에 있어서 불가결한 것이라고 인식하고 있는 점이 주목받고 있다.

최근에는 유료요양원 및 서비스를 제공하는 고령자용 주거가 급증하는 등 고령자주택・시설시장이 성장하고 있는 점은 분명하지만, 지역포괄케어시스템 안에서 건전하게 기능하는 고령자의 주거를 공급하기 위해서는 마을만들기와 연동하여 계획적인 정비를 유도할 필요가 있다. 또, 비즈니스적 방법을 활용하면서도 지역주민・NPO・사회복지법인・기업 등 다양한 주체가 협력하여 만들어가는 소셜비즈니스 및 커뮤니티비즈니스의 시점을 가지는 것도 강하게 요구되고 있는 점이다.

[주제어] 저출산고령화, 고령화세대의 급증, 의료・개호서비스의 개혁, 고령자주택・시설, 유료요양원, 서비스제공고령자용주택, 지역포괄케어시스템

はじめに

かつての 「住宅双六」では、ライフステージの変化に伴う住宅取得を、「下宿(ふり出し)→木賃(木造賃貸)アパート→公団・公社住宅→分譲マンション→庭付き戸建住宅(上がり)」と考えるのが一般的だった。しかし、少子高齢化の進展、個人の価値観の多様化、ライフスタイルの変化などによって、近年このパターンは大きく変わってきている。

長い一生をどこで誰とどのように過ごすのか。生涯の居住シナリオを明確にするためには、ライフステージに合わせた住宅の利用や住まい方を考える必要がある。

各種の統計調査などをみると、多くの人々は高齢期にも住み慣れた自宅に住み続けることを望んでいるものの、身体機能が低下した時に単身や夫婦だけで生活することに不安を感じる人も少なくない。近

年、大都市圏を中心に高齢者のみ世帯が急増していることを考えれば、日常生活支援や介護などのサービスが付いた住まいに対する需要は確実に増大していくと思われる。高齢者住宅・施設の果たす役割は今後ますます大きくなるだろう。

本稿では、日本における超高齢社会の住まいについて、高齢者住宅・施設の動向に注目した上で、今後の展望について考えてみたい。

Ⅰ. 高齢者住宅・施設の体系

1. 高齢者住宅・施設の定義

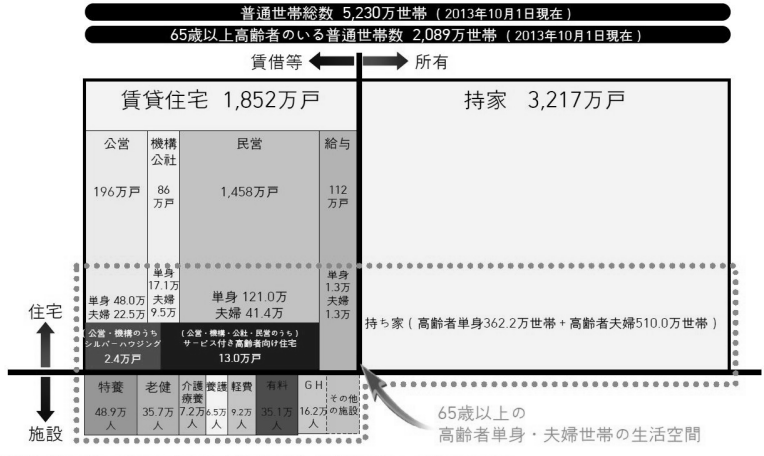
高齢者住宅・施設とは、高齢者のために特別に計画された住宅または施設のことで、ここでは、①1ヵ所に高齢者が複数集まって居住(生活)している、②建物は、高齢者の身体機能や生活特性に配慮した構造・設備・仕様になっている、③居住する高齢者のニーズに合わせた日常生活支援(見守り・安否確認、緊急時対応、家事支援、食事の提供、生活相談など)や介護、健康管理などの何らかのサービスが居住施設の職員などによって提供される、もしくは提供の体制が整っているという3つの条件を備えたものと定義する。高齢者住宅・施設とは、高齢者を対象とし、高齢者の身体特性や生活特性に即した住居とサービスが同時に提供される居住の場といえる。

高齢者住宅・施設では、住宅面の配慮はもとより、サービス面の対応が特に重要となる。人(医療・介護の有資格者や専門家、家族やボランティア、地域の人々など)を介した生活支援やサービス提供の仕組みを、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展開していくことが不可欠となる。

2. 高齢者の住まいの現状

総務省「平成25年住宅・土地統計調査」によると、2013年10月現在、普通世帯総数は5,230万世帯、また65歳以上高齢者のいる普通世帯数は2,089万世帯(普通世帯総数の約4割)である。このうち高齢者のみ世帯(65歳以上の高齢者単身・夫婦世帯1,140万世帯)の居住状況をみると、持ち家に住む世帯が872万世帯(高齢者単身362万世帯、高齢者夫婦510万世帯)と圧倒的に多いものの、賃貸住宅(公営住宅、都市再生機構住宅(UR賃貸住宅)、公社住宅、民営住宅、給与住宅)に住む世帯も262万世帯ある。

図1 住宅と施設の分類とストック量（イメージ）



（注1）住宅戸数等の住宅ストックに関するデータは、総務省「平成25年住宅・土地統計調査」等による（2013年10月1日現在）。
（注2）「公営」とは公営の賃貸住宅、「機構」とは都市再生機構（旧公団）の賃貸住宅、「公社」とは都道府県・市区町村の住宅供給公社・住宅協会・開発公社などの賃貸住宅、「民営」とは国・都道府県・市区町村・都市再生機構・公社以外の民間の賃貸住宅、「給与」とは社宅や公務員住宅など、会社・団体・官公庁などが職員を居住させている住宅をさす。
（注3）シルバーハウジングの戸数は、国土交通省「住生活の安定の確保及び向上の促進に関する施策の実施状況 平成25年度」による（2013年3月末現在）。
（注4）サービス付き高齢者向け住宅の戸数は、一般社団法人すまいづくりまちづくりセンター連合会「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」による（2013年10月末現在）。ただし、当該日時点で登録されているものが対象となっており、建物竣工前や入居開始前のものも含まれる。
（注5）特養（特別養護老人ホーム）、老健（介護老人保健施設）、介護療養（介護療養型医療施設）、GH（認知症高齢者グループホーム）の定員は「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、養護（養護老人ホーム）、軽費（軽費老人ホームA型・B型・ケアハウス）、有料（有料老人ホーム）の定員は「平成25年社会福祉施設等調査」による（いずれも2013年10月1日現在）。なお、有料老人ホームの定員はサービス付き高齢者向け住宅であるものを除いた数値である。
資料：吉村直子作成

一方、一般住宅以外の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、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホームなど高齢者住宅・施設に住む高齢者

は、持ち家や賃貸住宅に住む高齢者に比べれば圧倒的に少ないものの、160万人近くになっている(**図1**)。

わが国では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設など施設系のものは、1960年代以降長い時間をかけて整備されてきたこともあり、一定程度のストックがあるものの、住宅系のサービス付き・ケア付き高齢者住宅については、供給が立ち遅れている面がある。今後は、要介護者向けの居住施設の整備を行う一方で、自立から要介護まで幅広く対応できるような高齢者住宅についても、良質なストックの整備を進めていく必要がある。

国土交通省は、2003年に制定した社会資本整備重点計画法に基づき、社会資本整備事業を重点的、効果的かつ効率的に推進するための社会資本整備重点計画を策定しているが、2015年度から2020年度までの6年間を計画期間とする第4次社会資本整備重点計画(2015年9月閣議決定)において、高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合を2012年の1.8％から2020年には3～5％に、また高齢者施設、障害者施設、子育て支援施設などを併設している100戸以上の規模の公的賃貸住宅団地の割合を2013年度の19％から2020年度には25％にすることを目指し、サービス付き高齢者向け住宅などの供給を促進するとしている。

3．高齢者住宅・施設の歴史的変遷

高齢者住宅・施設は、高齢者人口の急増という社会構造の変化を背景に、その数を増やしてきた。高齢者の年齢や身体条件、経済状況、家族構成、医療や介護サービスの必要性など様々な軸によって分類され、幾度も機能分化を続けてきた。医療・保健・福祉行政(厚生労働省管轄)、住宅行政(国土交通省管轄)という行政区分でみると、高齢者の福祉や居住に関する重要な法律や制度が創設されたり見直されたり

するたびに、高齢者住宅・施設は新たに制度化されるか既存のものから枝分かれして、その種類を増やしてきた。

1960年代以降、年代ごとに区切ってみると、日本の高齢者住宅・施設はおよそ次のような変遷を辿ってきている。

●1960年代: 戦後の高齢者住宅・施設の出発点である老人福祉法の施行(1963年)、「養老施設」から「老人ホーム」への転換

●1970年代: 福祉政策における “住まい”の視点の芽生え

●1980年代: 医療分野での高齢者居住環境整備の取り組み、福祉政策と住宅政策の連携強化を目指す動き

●1990年代: 高齢者福祉の転換期、介護の社会化に対する認識の高まり、介護保険法成立(1997年)

●2000年代: 介護保険法(2000年)と高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者住まい法)(2001年)の施行、自立支援と尊厳保持を基本理念とする高齢者居住のあり方の模索

●2010年以降: 地域包括ケアシステムの整備、改正高齢者住まい法の施行とサービス付き高齢者向け住宅登録制度の開始(2011年)、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(医療介護総合確保推進法)成立(2014年)と施行

4. 高齢者住宅・施設の体系

日本には多種多様な高齢者住宅・施設がある。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、民間企業などによる事業として独自に供給されているものもある[1]。

1) 福祉・住宅政策の中で固有の制度として位置づけられていないものとしては、高齢者を主たる対象とした 「シニア向け分譲マンション」などがあり、現状では一般住

表1　高齢者住宅・施設の種類と概要

カテゴリー	名称		所管庁	入居時の年齢条件	入居時の身体条件 自立	要支援	要介護	概要	
介護保険施設	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）		厚生労働省	65歳以上または要介護者	×	×	○ 要介護3以上	常に介護が必要で、自宅での生活が困難な要介護高齢者が入所し、入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練等を受ける施設。2015年4月より、新規に入所できるのは原則要介護3以上となった。	
	介護老人保健施設				×	×	○	病状が安定期にあり入院治療の必要はないが、リハビリテーションや介護・看護等を必要とする要介護高齢者が入所し、在宅復帰をめざして、看護、医学的管理下での介護、機能訓練、日常生活上の世話を受ける施設。	
	介護療養病床（介護療養型医療施設）				×	×	○	急性期の治療が終わった後、比較的長期の療養を必要とする要介護高齢者が入院し、看護、医学的管理下での介護、機能訓練、日常生活上の世話を受ける病院・診療所。	
居住系施設	養護老人ホーム	養護老人ホーム	特定施設入居者生活介護の提供施設	65歳以上	○	○	○	環境上および経済的な理由により自宅での生活が困難な高齢者が入所し、日常生活上必要なサービスの提供を受ける施設。市町村の措置によって入居が決められる。	
	軽費老人ホーム	軽費老人ホーム A型		60歳以上	○	△	△	家庭や住宅事情等の理由により自宅で生活することが困難な高齢者（または高齢者夫婦）が入居し、食事や入浴等の日常生活上必要なサービスの提供を受ける施設。	【給食型】給食サービス付き。所得制限あり。費用は原則として利用者の全額自己負担だが、事務費（人件費・管理費等）は入居者の所得に応じて負担する。
		軽費老人ホーム B型			○	△	△		【自炊型】自炊ができる程度の健康状態の高齢者が利用する。費用は利用者の全額自己負担。
		ケアハウス			○	○	○ 事例ごとに異なる		自炊ができない程度の身体機能の低下が認められ、高齢等のために独立して生活するには不安があるものの、家族による援助を受けることが困難な高齢者が利用する施設。食事や入浴等の生活サービス、生活相談や緊急時対応サービスが受けられる。「特定施設入居者生活介護」の指定を受けたケアハウスでは、施設職員による介護も受けられる。
	有料老人ホーム	介護付有料老人ホーム		65歳以上	○	○	○ 事例ごとに異なる	高齢者を入居させ、①入浴・排せつ・食事の介護、②食事の提供、③洗濯・掃除等の家事、④健康管理のいずれかのサービス提供を行う施設。（※老人福祉法で規定される	介護や食事等のサービスが付いたホーム。介護が必要になっても、ホームが提供する介護保険の「一般型特定施設入居者生活介護」または「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」のサービスを利用しながら、ホームの居室で生活を継続することができる。
		住宅型有料老人ホーム		概ね60歳以上	○	○	○ 事例ごとに異なる		食事等のサービスが付いたホーム。介護が必要になった場合は、入居者自身の選択により、外部の訪問介護等のサービスを利用しながら、ホームの居室で生活を継続することができる。
		健康型有料老人ホーム			○	×	×		食事等のサービスが付いたホーム。介護が必要になった場合は、契約を解除して退去しなければならない。
	グループホーム	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の提供施設）		65歳以上	×	△ 要支援2のみ	○	認知症高齢者が少人数（5～9人）で1つのユニット（生活単位）を構成し、小規模な生活の場で入浴・排せつ・食事等の介護サービスを受けながら生活する施設。家庭的な雰囲気の中で共同生活を行うことにより、本人の有する能力を引き出し、認知症の緩和を促すことを目的としている。	
	生活支援ハウス	生活支援ハウス		60歳以上	○	△	× 事例ごとに異なる	単身や夫婦のみ世帯で、高齢等のため独立して生活することに不安のある高齢者に対して、介護支援機能、居住機能、地域との交流機能を総合的に提供することを目的として整備される施設。デイサービスセンターに居住部門等の要素を合わせた複合型の施設。	
賃貸住宅	シルバーハウジング		国土交通省 厚生労働省	60歳以上	○	△	△	地方公共団体等による高齢者向けの公的賃貸住宅。高齢者の身体特性に配慮したバリアフリー仕様で、生活援助員（LSA：ライフサポートアドバイザー）による相談、安否確認、緊急時対応サービスが受けられる。	
	サービス付き高齢者向け住宅（一部、特定施設入居者生活介護の提供施設）				○	○	○ 事例ごとに異なる	2011年度に創設された、単身や夫婦等の高齢世帯向けの賃貸等の住まい。安心して居住できるよう、住戸面積や設備、バリアフリー仕様など一定の建物要件を備えるとともに、状況把握・生活相談サービスを提供することが定められている。事業者は都道府県・政令指定都市・中核市に登録を行う。	

資料：吉村直子作成

高齢者住宅・施設は、厚生労働省により医療・保健・福祉政策の中で制度化されたものと、国土交通省により住宅政策の中で制度化されたものに大別できる**(表1)**。

厚生労働省が所管する高齢者住宅・施設は、医療法、老人福祉法、

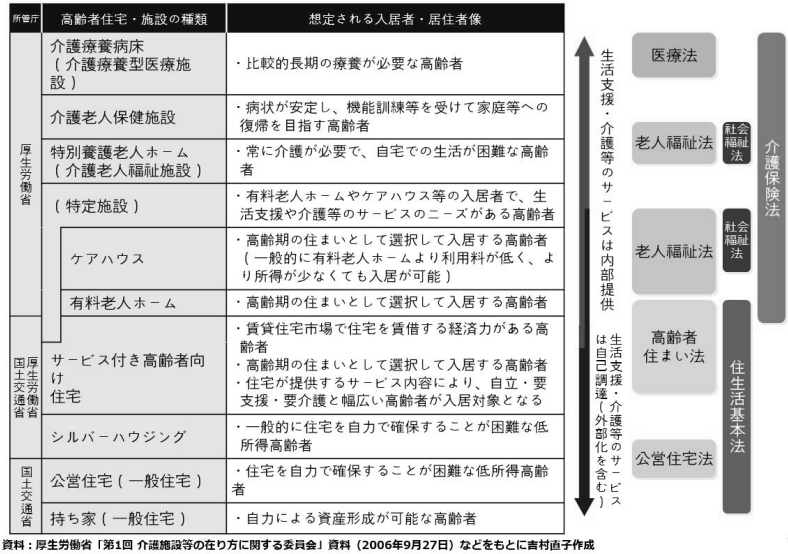
宅と同等の取り扱いとなっている。

社会福祉法、介護保険法によって規定されている。主に日常生活支援や介護、長期療養などを必要とする高齢者を対象としており、生活支援や介護などの諸サービスは事業主体によって提供されるのが普通である。

一方、国土交通省が所管する高齢者住宅・施設(現在は国土交通省・厚生労働省の2省共管となっている)は、高齢者住まい法、住生活基本法によって規定されている。自立度の高い高齢者だけでなく、要支援・要介護の高齢者を対象とするものもあり、

特徴は高齢者住宅・施設によって様々である。生活支援や介護などの諸サービスは、必要に応じて居住者が自ら外部の介護サービス事業者などを手配して利用するという場合が多いが、高齢者住宅・施設事業者がサービス提供を行う例もある**(図2)**。

図2 高齢者住宅・施設において想定される入居者像



資料：厚生労働省「第1回 介護施設等の在り方に関する委員会」資料（2006年9月27日）などをもとに吉村直子作成

高齢者住宅・施設は、複数の法律や制度が創設され見直される中で、様々な形態のものが供給されてきた。現在では多種多様な高齢者住宅・施設が存在しているが、入居者の身体状況と経済力という二軸を用いてそれぞれの位置づけをみると、重複する部分があったり、逆に対策が手薄な部分があったりもする。

近年課題として取り上げられているのは、中所得・資産階層向けの高齢者住宅・施設の整備である。中所得・資産階層は人口ボリュームが大きく、また高齢者人口の増加、とりわけ都市部での単身や夫婦のみの高齢者世帯の急増を考えると、この分野の高齢者住宅・施設の整備を急ぐ必要がある。2011年10月には、高齢者向け賃貸住宅を再編した「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度を国土交通省・厚生労働省の2省が共管で創設した。こうした国の新たな取り組みが、高齢者が安心して居住できる住宅の整備にどのような成果をもたらすのかについて注目したいところである。

さらに、今後は低所得・資産階層で、社会的なつながりによる支援が乏しいなどの理由で、地域での継続居住が困難な高齢者が増加するとの指摘もあり、中所得・資産階層向けの対策とはまた異なった住宅セーフティネットの充実を図ることも重要である。

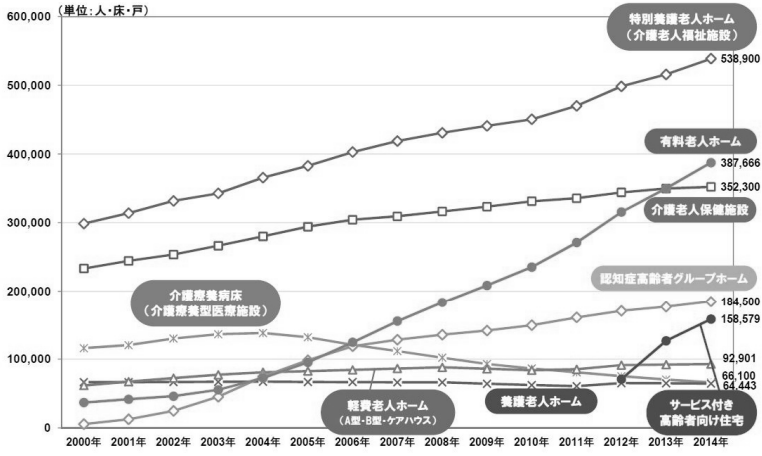
Ⅱ. 高齢者住宅・施設の供給状況

1. 高齢者住宅・施設の供給状況

介護保険制度が始まった2000年以降で主な高齢者住宅・施設の定員・利用者数の推移を比較すると、特別養護老人ホームが最も多い(2014年10月現在利用者数53.9万人)。この15年間では有料老人ホームが大幅

に増加し、2014年には介護老人保健施設を追い抜いた(同38.8万人)。また、2011年に創設されたサービス付き高齢者向け住宅が短期間で急増している(2014年10月現在登録戸数15.9万戸)**(図3)**。

図3 高齢者住宅・施設の定員・利用者数の推移

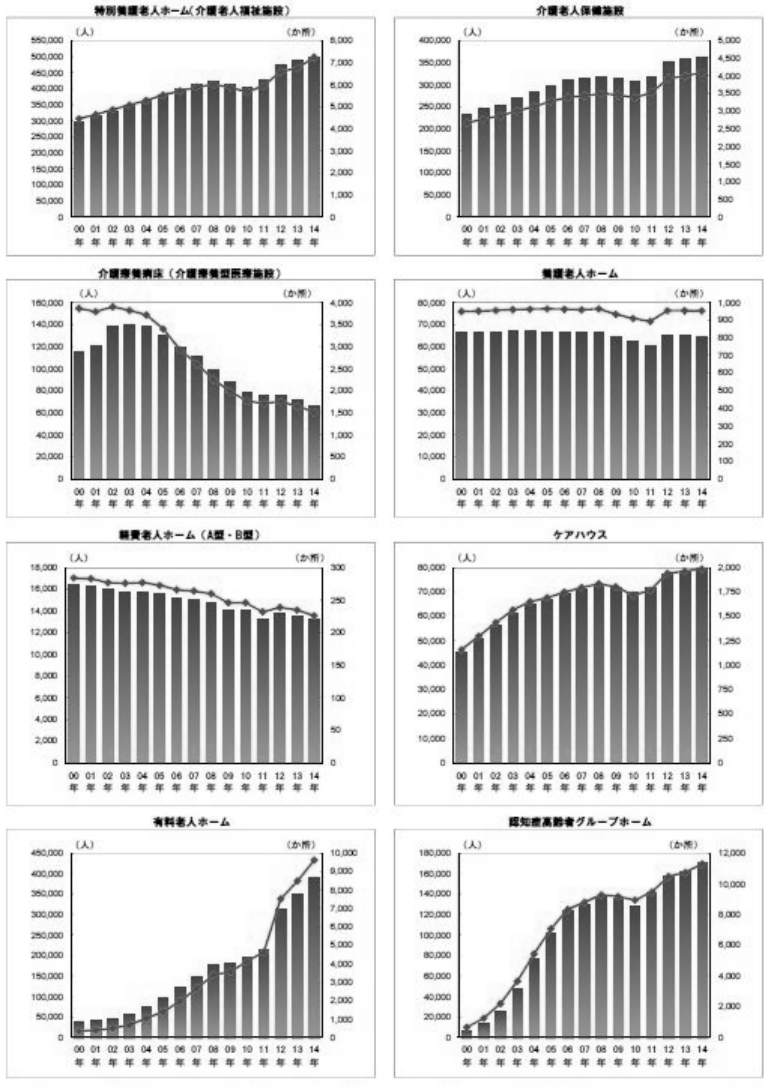


注1）介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10月1日時点）【2000・2001年】」および「介護給付費実態調査（10月審査分）【2002年～】（定員数ではなく利用者数）」による。
注2）介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。
注3）認知症高齢者グループホームは、2000～2004年は痴呆対応型共同生活介護、2005年～は認知症対応型共同生活介護により表示。
注4）養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「平成26年社会福祉施設等調査（10月1日時点）」による。ただし、2009～2011年は調査方法等の変更による回収率変動の影響を受けていることに留意する必要がある。2012年以降は基本票の数値。
注5）有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7月1日時点）による。
注6）サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9月30日時点）」による。

出典：厚生労働省老健局高齢者支援課「厚生労働省（老健局）の取組について」資料（2015年3月19日）を一部改変して作成

高齢者住宅・施設の種別ごとにその動向をみると、以下のようになる**(図4)**。

図4 高齢者住宅・施設の種別ごとにみた施設数・定員の推移



（注1）介護保険施設（特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、介護老人保健施設、介護療養病床（介護療養型医療施設））、認知症高齢者グループホームは厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」による。2009年以降は調査方法等の変更等による回収率変動の影響を受けているため、施設数・定員（介護療養病床は病床数）の実数は前年以前と単純に年次比較できない。また、2012年以降調査方法が変更され、本図では、介護保険施設については都道府県を対象とした「基本票」調査、また認知症高齢者グループホームについては「詳細票」調査の数字を用いているため、2011年以前と単純に年次比較できない。

（注2）養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームは厚生労働省「社会福祉施設等調査」による。2011年以前は、調査票が回収された施設のうち活動中の施設について集計している。2009年～2011年は、調査方法等の変更による回収率変動の影響を受けていることに留意する必要がある。2012年以降は、基本票として都道府県・指定都市・中核市が把握する施設について活動中の施設を集計している。

資料：吉村恵子作成

●特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、ケアハウス: 施設整備のための国庫補助が2004年度までで廃止された影響もあり、近年は新規供給の伸びが鈍くなっていたが、2011年以降はいずれも施設数・定員ともに再び増加傾向にある[2]。特別養護老人ホームについては、厚生労働省調査によれば、2014年3月時点で現在の定員と同程度の入所申込者(52.4万人)がおり、特に高齢者人口の多い大都市部を中心に供給不足が指摘されている。

●介護療養病床(介護療養型医療施設): 2006年の時点で、2012年3月末までに介護介護老人保健施設に転換するなどして廃止するとされたため[3]、新たに増えることはなく、2003年をピークに以降は年々減少している。

●養護老人ホーム、軽費老人ホーム(Ａ型・Ｂ型): 養護老人ホームは、施設数・定員ともにほぼ横ばい傾向にある。また、軽費老人ホーム(Ａ型・Ｂ型)は、2008年以降はケアハウスへの一元化が進められているため、既存施設が存続しているのみであり、徐々に減少傾向にある。

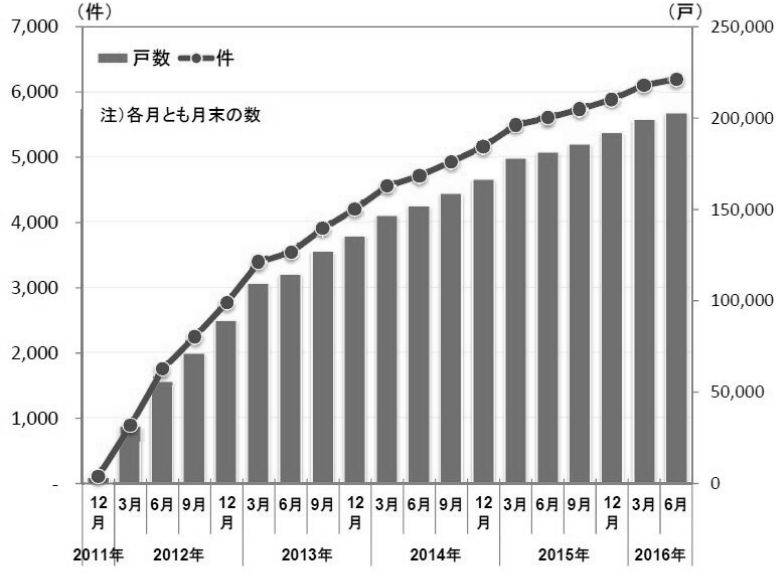
●有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム: 介護保険制度導入後に急増し、増加傾向は継続している。有料老人ホームについては、介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受ける介護付有料老人ホームは、2006年度以降、新規開設に制限を設ける地方自治体も多く、近年はそれほど伸びていないが、一方で特定施設入居者生活介護の指定を受けない住宅型有料老人ホームは増加しており、全体では、2012年以降施設数・定員ともにさらに顕著な増加傾向がみてとれる。

---

2) ただし、2009年~2010年の数値の落ち込みについては、調査方法の変更などによる影響を考慮する必要がある。

3) その後、2011年に転換期限の見直しが行われ、2018年3月末まで延長された。

図5 サービス付き高齢者向け住宅の登録件数・戸数の推移



資料：一般社団法人すまいづくりまちづくりセンター連合会「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」で公開されているサービス付き高齢者向け住宅の情報をもとに吉村直子作成

●サービス付き高齢者向け住宅: 制度創設からそれほど長い時間は経っていないが、建物の建設・改修費に対する補助や土地・建物に対する各種の税制優遇など国の積極的な供給促進策の効果もあり、短期間で急増している。しかし、制度開始直後に比べると、昨今は新規登録の伸びがやや鈍くなってきている**(図5)**。

2016年4月現在、日本で供給されている主な高齢者住宅・施設の施設総数は約5万ヵ所、居室数は201.4万室(床)で、定員は207.7万人である。高齢者人口に対する主な高齢者住宅・施設の供給率は、65歳以上人口(2016年4月現在概算で3,435万人)に対して6.1％、また75歳以上人口(同1,674万人)に対して12.4％、85歳以上人口(同520万人)に対して39.9％となっている**(表2)**。 高齢者住宅・施設の種類ごとに定員をみる

と、特別養護老人ホームが57.1万人、介護老人保健施設が36.9万人、介護療養病床が6.3万人となっている。これらの介護保険3施設で100.3万人、全体の約5割を供給している。従来は、この介護保険3施設の定員割合が高かったが、介護保険制度が始まった2000年以降は有料老人ホームや認知症高齢者グループホームが増加し、2011年以降はサービス付き高齢者向け住宅も急増している。この3種類の高齢者住宅・施設を合わせた定員は84.5万人で、全体の4割を占めるまでになっている。

表2 高齢者住宅・施設の種類と参入可能法人および施設数・居室数・定員

2016年4月現在

領域	名称	所管庁	法人格別の参入可能領域			施設数	居室(床)数（室）			定員			1施設あたり居室(床)数
			営利法人	社会福祉法人	医療法人	（カ所）	要介護者	自立者	合計	人数	前年同期比伸び率	領域別ストック	
営利法人の参入可能	有料老人ホーム	厚生労働省	○	○	○	11,279	379,009	32,789	411,798	444,083	8.5%	86.4万人（41.6%）	36.5
	介護付					3,735	185,819	24,738	210,557	227,873	3.6%		56.4
	住宅型					7,528	193,190	7,502	200,692	215,516	14.4%		26.7
	健康型					16	－	549	549	694	-20.4%		34.3
	無届ホーム（有料老人ホームとして未届け）	（規制外）	○	×	×	227	4,172	2,603	6,775	7,388	6.9%		29.8
	認知症高齢者グループホーム	厚生労働省	○	○	○	12,972	197,857	－	197,857	197,857	2.4%		15.3
	シニア向け分譲マンション	（一般住宅扱い）	○	○	×	64	－	10,068	10,068	12,082	4.9%		157.3
	サービス付き高齢者向け住宅	国土交通省 厚生労働省	○	○	○	6,043	160,206	35,451	195,657	202,747	11.2%		32.4
営利法人の参入不可	シルバーハウジング		×	×	×	890	－	23,813	23,813	28,576	0.0%	21.0万人（10.1%）	26.8
	軽費老人ホームA型	厚生労働省	×	○	×	203	171	11,825	11,996	14,361	-2.6%		59.1
	軽費老人ホームB型		×	○	×	16	－	718	718	862	-24.3%		44.9
	ケアハウス		△(PFI)	○	○	2,049	21,751	59,229	80,980	92,826	1.2%		39.5
	生活支援ハウス		△	△	△	578	－	7,071	7,071	8,485	0.0%		12.2
	養護老人ホーム		×	○	×	958	27,321	37,177	64,498	64,498	-0.3%		67.3
	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）		×	○	×	9,461	570,904	－	570,904	570,904	3.4%	100.3万人（48.3%）	60.3
	介護老人保健施設		×	○	○	4,205	369,187	－	369,187	369,187	1.5%		87.8
	介護療養病床（介護療養型医療施設）		×	△	○	1,424	62,687	－	62,687	62,687	-7.8%		44.0
総計						50,369	1,793,265	220,744	2,014,009	2,076,542	4.0%	（100.0%）	40.0

注1）各施設の施設数・居室数および有料老人ホーム・無届ホームの定員のデータ出所は(株)タムラプランニング＆オペレーティング。
注2）認知症高齢者グループホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床は、居室数と定員を同一とした。
注3）シニア向け分譲マンション、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウスの定員は、要介護者向けは1室あたり1人、自立者向けは1室あたり1.2人として試算した。
注4）シルバーハウジング、軽費老人ホーム（A型・B型）、生活支援ハウスは、1室あたり1.2人として試算した。
注5）サービス付き高齢者向け住宅は2016年4月までに登録されたもの、それ以外は2016年4月までに開設されたものを対象としている。
注6）有料老人ホームの届出も行っているサービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームとして集計した。

資料：吉村直子作成

2. 高齢者住宅・施設の事業主体

介護保険制度は 「福祉の民営化」をもたらし、それまで公的主体の寡占状態だった官製市場は多様な事業主体が競争する市場へと移行した。介護市場が営利法人やNPO(Non-Profit Organization)などにも広く開放されたことによって、高齢者住宅・施設の分野にも株式会社など

多くの民間事業者が参入してくるようになった。

現在、営利法人の参入が可能な高齢者住宅・施設は、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、シニア向け分譲マンションである。2000年以降は、介護保険の給付対象となる有料老人ホーム事業、グループホーム事業に参入する営利法人が増え、短期間で施設数は急増した。さらに、サービス付き高齢者向け住宅の登録制度が創設されたことで、いっそう多くの営利法人が高齢者住宅事業に参入するようになり、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅を中心に施設数は増え続けている。

医療法人を取り巻く状況も大きく変化した。従来、医療法人は有料老人ホームや高齢者向け賃貸住宅の運営を認められていなかったが、医療法の改正に伴う「医療法人の附帯業務について」[4]により、2007年4月から有料老人ホームが、また同年5月からは適合高齢者専用賃貸住宅か、生活指導・相談や安否確認、緊急時対応サービスを提供するなど一定の要件を満たした高齢者専用賃貸住宅の運営が行えるようになった[5]**(表2)**。

Ⅲ. 介護保険法・高齢者住まい法と高齢者住宅・施設

1. 介護保険制度の改革と高齢者住宅・施設

2000年4　月に始まった介護保険制度は、3年ごとの介護保険事業計画の改正とともに、介護報酬の改正が行われてきた。

4) 平成19(2007)年3月30日付け医政発第0330053号、厚生労働省医政局長通知。

5) 2011年のサービス付き高齢者向け住宅の創設により、2011年10月以降はサービス付き高齢者向け住宅の運営が行えるようになった。

施行後5 年目には制度の持続可能性と新たな介護システムの構築を柱とする大幅な見直しが行われ、2005年に改正介護保険法が成立し、2006年4 月に、改正法に基づく新介護保険制度が始まった(一部は2005年10月に施行)。

この制度改革以降も、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係の変化などから、高齢者の尊厳を重視しながら自立支援を行うという介護保険制度の目的を実現するために、さらなる制度の見直しが必要とされてきた。2011年6 月に、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布された。この法律により介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法などの改正が行われ、2012年4 月1 日に施行された(一部は公布日に施行)。

2011年の改正介護保険法等では、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが地域の中で切れ目なく提供される 「地域包括ケアシステム」の推進に向けた施策が実施されている。高齢者の住まいの整備も柱の一つとして掲げられ、2011年に創設されたサービス付き高齢者向け住宅の供給促進や、有料老人ホーム等における利用者保護策の強化[6]が行われている。

2014年6月に 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(医療介護総合確保推進法)」が成立し、同月に公布された。この法律における介護分野の制度改革については、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のための見直しに関する事項が盛り込まれており、同法により介護保険法も主に2015年4月以降に改正施行された。

高齢者住宅・施設に関連するものとしては、主に以下のような取り組みが行われることになった。

---

6) 利用者保護規定として、①短期間で契約解除する場合の前払金の返還ルール、②権利金等の受領の禁止が追加された。

●中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応として、特別養護老人ホームの新規入所者を原則要介護3以上に限定する(既入居者は除く)。
●リハビリテーション専門職の配置などを踏まえ、介護老人保健施設における在宅復帰支援機能のさらなる強化を目指す。
●高齢者住宅・施設における看取り期における対応の充実・強化を重点的に評価する(特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護事業所(有料老人ホーム等)、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所)。
●有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅に住所地特例[7]を適用する[8]。

2. 高齢者住まい法とサービス付き高齢者向け住宅

2.1 高齢者住まい法の改正とサービス付き高齢者向け住宅の創設

高齢者人口の増加、とりわけ都市部を中心に単身や夫婦のみの高齢者世帯が急増していること、また要介護認定率や認知症の発生率などが高い75歳以上の高齢者が増加することを考えると、在宅での生活を支える医療・介護の仕組みをつくるとともに、サービスやケアの付いた高齢者住宅を地域の実情に合わせて適切に供給していくという発想が必要になる。

---

7) 介護保険の被保険者が住所地以外の市町村に所在する介護保険施設等に入所・入居した場合、住所を移す前の市町村が引き続き保険者となる特例措置。施設等を多く抱える市町村の財政負担が過大にならないようにするために行われている。

8) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸借方式のサービス付き高齢者向け住宅も対象となる。ただし、介護保険3施設、特定施設、養護老人ホームは2015年の施行前から住所地特例の対象である。

こうした中、国土交通省は2010年5 月に「国土交通省成長戦略」を発表したが、この中で、2005年時点で高齢者人口の0.9％にとどまっている高齢者向けの住まい(介護保険施設を除く高齢者向け賃貸住宅や有料老人ホーム、ケアハウスなど)の割合を、2020年をめどに欧米並みの3～5 %[9]に引き上げると明記し、サービス付きの高齢者住宅の法律上の位置づけを明確にし、各種の供給促進策を講じるとした。

この目標を実現するための施策の一つとして、介護・医療と連携しながら高齢者の生活を支えるサービスを提供する 「サービス付き高齢者向け住宅」の創設などを目的に、「高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律」が2011年4　　月に成立し、公布された後、同年10月に施行された。

2.2 サービス付き高齢者向け住宅の概要

2.2.1 サービス付き高齢者向け住宅の定義

サービス付き高齢者向け住宅とは、単身や夫婦などの高齢者世帯が安心して住まえる賃貸借方式や利用権方式の住宅のことで、住宅面ではバリアフリー設計など高齢者が安全に生活できるよう配慮されているほか、サービス面では少なくともケアの専門家による状況把握(安否確認)・生活相談サービスが付いている。入居対象は60歳以上の者、または要介護認定もしくは要支援認定を受けている者である。

事業者は、住宅・サービスの基準や契約内容など一定の要件を満たした上で、都道府県・政令指定都市・中核市の長に登録する。登録された住宅の詳細な情報が一般社団法人すまいづくりまちづくりセンター連合会のホームページにある 「サービス付き高齢者向け住宅情報

9) 2020年時点の推計高齢者人口3,590万人から試算すると110万～180万人分に相当する。

提供システム」[10]などで一般に公開されるため、高齢者やその家族は自らのニーズに合った住宅を選びやすい。

現在、高齢者が一人でも入居しており、食事、介護、家事、健康管理のいずれかのサービスを提供する高齢者住宅・施設は、利用権方式・賃貸借方式を問わず、すべて老人福祉法上の有料老人ホームに該当し、都道府県知事等への届出が求められる[11]。サービス付き高齢者向け住宅もこれらのサービスを提供していれば、法的解釈としては有料老人ホームという位置づけになるが、所定の登録を行えば、老人福祉法に定める有料老人ホームの届出などに関する規定は適用されない。

サービス付き高齢者向け住宅の創設に伴い、国土交通省により制度化されていた高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅の3つの高齢者向け賃貸住宅の制度は廃止され、サービス付き高齢者向け住宅に一本化された。

登録は建物ごとに行い、5年ごとの更新制となる。また、登録していない建物が 「サービス付き高齢者向け住宅」やこれに類似する名称を名乗ることはできない。

2.2.2 サービス付き高齢者向け住宅の登録基準

サービス付き高齢者向け住宅では、住宅面、サービス面、契約関連の登録基準が設けられている**(表3)**。

住宅面(建物の構造・設備)については、以下の要件を満たすことが求められる。

①規模: 各居住部分の床面積は原則25㎡以上とする(ただし、居間、食堂、台所その他の部分が高齢者が共同で利用するために十分な面積を有する場合は18㎡以上で可)。

---

10) サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム http://www.satsuki-jutaku.jp/.

11) 老人福祉法で規定される老人福祉施設、認知症高齢者グループホームは除く。

表3 サービス付き高齢者向け住宅の登録基準等

登録基準	入居者の条件		① 単身高齢者、②高齢者＋同居者(配偶者／60歳以上の親族／要介護・要支援認定を受けている60歳未満の親族／病気などの特別な理由により同居させる必要があると都道府県知事が認める者) ※高齢者＝60歳以上の者、または要介護・要支援認定を受けている者
	規模・設備等		● 規模:各居住部分の床面積は原則25㎡以上(ただし、居間、食堂、台所その他の部分が高齢者が共同で利用するために十分な面積を有する場合は18㎡以上で可)※ ● 構造・設備:各居住部分に台所、水洗トイレ、洗面設備、浴室、収納設備を設置(ただし、共用部分に共同で利用するために適切な台所、浴室、収納設備を備えている場合は、各居住部分にはトイレ・洗面のみでも可)※ ● 加齢対応構造等:バリアフリー構造であること(段差のない床、手すりの設置、廊下幅の確保 等)※
	サービス		● 少なくとも状況把握(安否確認)サービス、生活相談サービスを提供すること。 ➢ 次の者のいずれかが原則として、夜間を除き、サービス付き高齢者向け住宅の敷地、または当該敷地に隣接するか近接する土地にある建物に日中常駐して、サービスを提供。※ ・医療法人、社会福祉法人、介護保険法上の指定居宅サービス事業者等の職員 ・医師、看護師、准看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員(ケアマネジャー)、介護職員初任者研修課程を修了した養成研修修了者 ➢ 常駐しない時間帯は、各居住部分に緊急通報装置等を設置して対応。※ ➢ 状況把握サービスは、毎日1回以上、各居住部分への訪問その他適切な方法により提供すること。※
	契約関連	全般	● 書面による契約であること。 ● 居住部分が明示された契約であること。 ● 敷金、家賃、サービス費、家賃・サービス費の前払金以外に、権利金等の金銭を受領しないこと。 ● 長期入院や心身状況の変化等の理由で、入居者の同意を得ずに事業者が一方的に住戸を変更したり、契約を解約することはできない。 ● 工事完了前に敷金・家賃等の前払金を受領しないこと。
		前払金を受領する場合	● 家賃等の前払金の算定基礎、返還債務の金額の算定方法を明示すること。 ● 入居後3ヵ月※※以内に契約解除、または入居者の死亡により契約が終了した場合、(契約解除までの日数×日割計算した家賃等)を除き、家賃等の前払金を返還すること。 ● 返還債務を負うことになる場合に備えて、家賃等の前払金に対して必要な保全措置を講じること。
登録事業者の義務			● 誇大広告の禁止 ● 登録事項の公示(情報開示)
行政による指導監督			報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査、業務に関する是正指示、登録取消
老人福祉法との調整			登録住宅は「老人福祉法」に規定する有料老人ホームの届出は不要
その他			名称の使用制限(登録住宅以外、「サービス付き高齢者向け住宅」や類似の名称を使用することは不可)

(注)※部分については、都道府県知事が策定する高齢者居住安定確保計画において、告示で定める基準に従い、登録基準の強化または緩和ができる(※※は期間の延長のみ可)。

資料:高齢者の居住の安定確保に関する法律、同法施行令、同法施行規則などをもとに吉村直子作成

②構造・設備: 各居住部分に台所、水洗トイレ、洗面設備、浴室、収納設備を設置する(ただし、共用部分に共同で利用するために適切な台所、浴室、収納設備を備えることにより、各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は、各居住部分にはトイレ・洗面のみでも可)。

③加齢対応構造等: バリアフリー構造とする(段差のない床、手すりの設置、廊下幅の確保など)。

サービス面については、少なくとも状況把握(安否確認)サービスと生活相談サービスを提供することが条件となる。これらのサービスについては、医療法人、社会福祉法人、介護保険法上の指定居宅サービス事業者の職員、または医師、看護師、准看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員(ケアマネジャー)、介護職員初任者研修課程を修了した養成研修修了者がサービス付き高齢者向け住宅の敷地また

は当該敷地に隣接するか近接する土地にある建物に日中常駐して提供する。また、常駐しない時間帯は、各居住部分に緊急通報装置などを設置して対応することが必要である。さらに、状況把握サービスについては、毎日1回以上、各居住部分への訪問など適切な方法により提供しなければならない。

事業者と入居者との契約についても規定がある。契約は書面によることとし、居住部分(住戸番号など)が明記された契約でなければならない。入居者から徴収できる金銭は、敷金、家賃、サービス費、家賃・サービス費の前払金のみで、権利金、礼金、更新料などの徴収はできない。また、入居者が入院したことや心身状況が変化したことなどを理由に、入居者の同意を得ずに、事業者から一方的に居住部分の変更や契約解除を行ってはならないと規定している。

家賃やサービス費の前払金を受領する場合には、その算定基礎や退去時の返還金の算定方法を明示するとともに、法律に定める方法により必要な保全措置を講じなければならない。また、入居後3ヵ月以内に契約が解除されるか、入居者の死亡により契約が終了した場合、家賃等の月額を30で割った額に入居日から契約解除日までの日数を乗じた額を前払金の総額から除き、残りの額を返還しなければならない。

2.2.3 登録事業者の義務と行政の指導監督

事業者に対しては、契約締結前にサービス内容や費用について書面を交付して入居者に説明することや、登録事項の情報開示などが求められている。また、誤解を招くような広告表示も禁止されている。

一方、登録を受け付ける行政の指導監督権限は有料老人ホーム並みに強化されている。報告徴収(業務内容などの報告を求めること)、事務所や登録されたサービス付き高齢者向け住宅への立入検査、業務に関する是正指示ができるほか、指示違反や基準不適合の住宅に対して

は登録の取り消しを命じることができる。これらの指導監督を、都道府県等の住宅部局と福祉部局が連携して行う。

2.2.4 サービス付き高齢者向け住宅への各種支援策

国は、「国土交通省成長戦略」(2010年)で掲げた目標などに基づき、サービス付き高齢者向け住宅の供給促進を目指しており、事業主(建築主)に対して各種の支援策を設けている。

第一に、建物の建設・改修費に対する補助である。住宅部分については新築10分の1、改修3分の1(それぞれ上限は1戸あたり100万円[12])、住宅に併設する高齢者生活支援施設(総合生活サービス窓口、生活相談サービス施設、食事サービス施設、交流施設、健康維持施設、介護関連施設(訪問介護事業所、通所介護事業所など)、病院・診療所など)についても住宅と同様に新築10分の1　、改修3分の1(それぞれ上限は1施設あたり1,000万円)の割合で、国が直接補助を行う。

第二に、土地・建物に対する各種の税制優遇である。所得税・法人税の割増償却のほか、固定資産税の減額、不動産取得税の軽減が行われる[13]。ただし、対象は賃貸借契約によるものに限定されており、利用権方式のサービス付き高齢者向け住宅では、これらの税制優遇を受けることはできない。

第三に、住宅金融支援機構の融資制度である。サービス付き高齢者向け住宅として登録し、かつ一定の条件を満たすものについては、住宅金融支援機構から建設費、中古住宅購入費に係る長期の低利融資を受けることができる。

---

12) 2015年度補正予算におけるサービス付き高齢者向け住宅の制度拡充策により、2015年12月より1戸あたり120万円等に引き上げられ、2016年度も継続実施されている(詳細は21ページ参照)。

13) 固定資産税・不動産取得税の優遇については、上述した建設費補助を受けていることが要件となる。

2.3 サービス付き高齢者向け住宅の現状と今後の課題

2.3.1 供給動向

サービス付き高齢者向け住宅は、制度創設から短期間しか経っていないものの登録住宅は急増し、2016年6月末時点で約6,200ヵ所、20.3万戸に達している。営利法人をはじめ医療法人や社会福祉法人などの参入もあり、登録住宅の増加傾向は依然として続いている。一方で、国が推進する地域包括ケアシステムの実現に向け、自立期でも要介護期でも安心して暮らせる住まいとしての役割を期待されながら、実際は生活利便性の低い郊外立地の住宅が少なくないこと、またワンルーム型の狭小住戸が多数を占めるなど、高齢期の多様な居住ニーズに応えられるような住宅整備がなされているとはいえない側面がある。

国土交通省などの調査によれば、サービス付き高齢者向け住宅の昨今の供給動向には主に次のような特徴がみられる。

- ●制度開始以降、大阪府、北海道での登録が多いが、首都圏(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県)における供給も拡大している。
- ●登録事業主体は、高齢者住宅事業や在宅介護事業を行う事業者が半数近くであり、医療法人、社会福祉法人を合わせると、これらの事業者が7割を占める。
- ●建物は、3階建以下、30戸未満の小規模物件が多数を占める。
- ●住戸面積は18㎡台に集中している。各居住部分に台所、トイレ、洗面設備、浴室、収納設備を完備した住戸は2割に過ぎない。
- ●介護サービス事業所などを併設する住宅が7割を占める。

2.3.2 整備等のあり方に関する検討

国土交通省では、2014年秋に「サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会」を設置し、現在の整備状況について見直

しを行った。検討会では、地価の安い市街化区域外に偏在傾向にあることを指摘し、事業者に事前の需要予測を徹底させることや、市町村が質や立地をマネジメントできるような方策、公的不動産を活用した公募方式による供給などを検討するべきであると提案した。

また、住宅面については、特別養護老人ホームや介護付有料老人ホームなどと同等程度の狭小住戸が数多く供給されているとして、夫婦世帯向けを含め、住戸面積の広い住宅の供給促進を求めた。

さらに、サービス面については、サービス付き高齢者向け住宅では相対的に入居者あたりの職員数が少ないため、サービス提供者の質の向上や人員体制の強化が必要であること、将来重度の要介護者や認知症高齢者が増えることを見込んで、医療・介護サービスと連携し、ターミナルケアや看取りまで対応できる住宅の供給を検討することが重要であるとした。

一方で、介護サービスを利用する入居者が総じて登録事業主体と同一グループの事業所の訪問介護・訪問看護などを利用しているものが一定数存在しており、さらには生活保護受給者が多く入居する住宅の場合、入居者に費用の自己負担を求めなくても一定の売上を確保できるため、医療・介護サービスの過剰提供を誘発する恐れがあるとして、指導指針の策定などによる地方自治体の指導監督の強化や、介護保険の保険者によるケアプランの点検強化が必要であるとした。

同検討会は、2016年5月に最終とりまとめを公表し、今後取り組むべき主な対策として、①適切な立地の推進、②空間の質の向上、③サービスの質の確保・向上、④適切な医療・介護サービスが利用できる地域コミュニティの形成、⑤適切な競争や選択がなされるような環境の実現、⑥低所得の高齢者の住まいの確保――の6点を提示した。具体的には、地域へのサービス供給の拠点としての機能を備える「拠点型サービス付き高齢者向け住宅」の整備を促進するため、定期巡回・

随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護、在宅療養支援診療所などの併設事業所の整備を重点的に支援することや、空き家・空き室などの既存住宅ストックを有効活用した「分散型サービス付き高齢者向け住宅」(住戸ごとに分散して登録するサービス付き高齢者向け住宅)の整備促進のための規制緩和の必要性などを挙げた。

2.3.3 「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」の改正とサービス付き高齢者向け住宅

この検討会でも指摘された「指導指針の策定などによる地方自治体の指導監督の強化」については、2015年3月、厚生労働省が「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」を改正し(同年7月に施行)、従来その枠外にあったサービス付き高齢者向け住宅についても、有料老人ホームの定義に該当するもの[14]については同指針の対象とし、自治体が指導できるようにした。

同指針では、サービス付き高齢者向け住宅の近隣に設置されている介護サービス事業所についても入居者に情報提供することや、住宅事業者が入居者の自由なサービス選択と自己決定を阻害してはならない旨を明示した。また、事業運営について入居者の積極的な参加を促すとともに、外部との連携により透明性を確保する観点から、管理者・職員と入居者による運営懇談会を設置し、入居者の状況やサービス提供の実態、入居者が支払う費用に関する収支状況などを定期的に報告・説明し、入居者の要望や意見を運営に反映させるよう努めることと規定した。

14) 有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅とは、①食事の提供、②介護の提供、③家事の供与、④健康管理の供与のいずれかを行うものを指す。

2.3.4 さらなる供給促進策

政府は、日本の構造的な問題である少子高齢化に真正面から取り組むとして、2015年10月に一億総活躍国民会議を設置した。同会議では2015年11月に「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」を取りまとめ、現行の介護保険事業計画などで整備対象としている在宅・施設サービスに加えて、サービス付き高齢者向け住宅の供給にも力を入れるとした。

そのため、国は2015年度補正予算においてサービス付き高齢者向け住宅の制度拡充策を盛り込み、①住戸面積30㎡以上などの条件を満たした夫婦向けの住宅(100万円/戸→135万円/戸)、②既存ストックを改修して活用する住宅(100万円/戸→150万円/戸)、③小規模多機能型居宅介護事業所などを併設する住宅(1,000万円/施設→1,200万円/施設)については、建物の建設・改修費に対する補助限度額を引き上げることとした[15]。この補助の拡充については、2016年度も引き続き実施されている。

Ⅳ. 地域包括ケアシステムと高齢者住宅・施設

1. “Aging in Place” の時代

従来、高齢者や障害者は「社会的弱者」、「ハンディキャップのある人」とみなされることも多く、こうした人々のための居住の場の整備は住宅政策から切り離され、福祉政策の中で行われてきた。福祉の領域では、本人の意思で “自立して住まう”というよりは、行政判断で“弱者を収容する”という考え方が強く、高齢者や障害者が集団で生活

15) ①~③以外の住宅についても補助限度額を引き上げた(100万円/戸→120万円/戸)。

する場は「住宅」ではなく「施設」とみなされることが多かった。

しかし、2000年に始まった介護保険制度が契機となり、高齢者施設を取り巻く環境は大きく変化している。介護保険制度は介護の社会化をもたらし、提供される介護サービスや生活環境は質が問われる時代となった。これに伴い、高齢者施設の位置づけも「収容の場」から「暮らしの場」へと明確に変わり、質の高い住環境とサービスを実現することが求められるようになってきている。

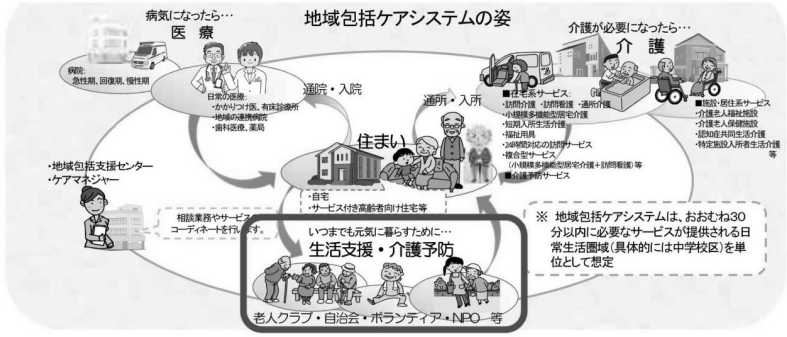
高齢者が安心・安全に暮らせる環境整備を考える際、近年、”Aging in Place”という概念が提唱されるようになってきている。Aging in Placeとは、高齢期に虚弱化しても、自宅や地域にとどまりたいという本人の希望に応え、高齢者が尊厳を保ち、自立して、住み慣れた自宅や地域で暮らすことをいう。この概念はアメリカで生まれたとされており、高齢化の進む欧米諸国では、大規模な高齢者施設建設の時代(1960～70年代)、大規模施設に代わる高齢者向けの住まいとケアの新たな形を模索する時代(1980年代)を経て、1990年代に入って注目されるようになった。

Aging in Placeの発想は、旧来型の「施設」では高齢者のプライバシーや自立、自己決定能力が奪われているという反省から生まれている。「施設」に代わるものを模索しながら、住み慣れた地域での継続居住を実現するためには、高齢期にも安心して住まえる「住宅」の提供とともに、変化する高齢期の生活ニーズを適切に把握した上で、個々に合ったケアを提供し、最期まで生活を保障する仕組みが必要となる。

日本ではこの仕組みとして、住み慣れた地域で、その人らしく自立した日常生活を送ることを支援するために、地域の様々な社会資源を活用し、適切に組み合わせる「地域包括ケアシステム」の推進を目指しているが、この地域包括ケアシステムの根幹にある概念がAging in

Placeといえるだろう。

図6　地域包括ケアシステムの構築



出典：厚生労働省老健局総務課「介護保険制度の改正について（地域包括ケアシステムの構築関連）」（2014年7月）

2. 地域包括ケアシステムにおける高齢者住宅・施設の役割

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」のことであり、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本単位とするとしている[16]。

地域包括ケアを支えるサービス提供体制のあり方としては、団塊世代が75歳以上となり高齢化がピークとなる2025年の実現を目指して、「地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様

16) 地域包括ケア研究会、三菱UFJリサーチ＆コンサルティング 『地域包括ケア研究会報告書』2010.3 による。

なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている」と、その将来像を描いている[17]。

地域包括ケアシステムでは、従来型の高齢者施設(介護保険施設など)の整備もさることながら、高齢者住宅(サービス付き高齢者向け住宅など)の整備がいっそう重要になる。かつては、医療や介護が必要になると、高齢者はケアの体制に合わせて、種類の異なる施設を転々と移動することを余儀なくされていた面があったが、高齢期にも長く住み続けられる高齢者住宅が地域で整備され、高齢者の状態やニーズの変化に応じて、必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせて提供する体制が整えば、Aging in Placeを実現することができる**(図6)**。

3.「住まい」と「ケア」の関係と高齢者住宅・施設

現在、日本には多種多様な高齢者住宅・施設があるが、ケアサービスの提供の仕組みという観点からみると、「介護一体型」と「介護選択型」に二分することができる。

「介護一体型」の高齢者住宅・施設は、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。特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、介護老人保健施設、介護療養病床(介護療養型医療施設)、認知症高齢者グループホーム、特定施設入居者生活介護の提供施設(介護付有料老人ホーム、ケアハウス、一定の要件を満たしたサービス付き高齢者向け住宅など)が該当する。一事業者から居住の場とケアを併せて受けられるという点に安心や利便性を感じる利用者も多く、今後も高齢化・長寿化の進展に伴う要介護高齢者の増大により、供給の

17) 同上。

必要性は継続するだろう。

一方、「介護選択型」の高齢者住宅・施設は、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、介護保険の区分支給限度基準額の範囲内で利用する[18]。特定施設入居者生活介護の指定を受けないサービス付き高齢者向け住宅やケアハウス、住宅型有料老人ホームなどが該当する。

地域包括ケアシステムを推進しようとする中で、高齢者住宅については、今後わが国でもデンマークなどのように、住まいとケアを分けてそれぞれを充実させ、高齢者一人ひとりの状況に合わせて柔軟に提供する体制を構築するべきであるとの意見がある。この仕組みが実現すれば、住居とサービスの提供者は別々でもよく、個々の入居者が自分に必要なサービスを自由に選択できる 「介護選択型」の高齢者住宅の整備がいっそう進むものと思われる。

こうした高齢者住宅が適切に機能するためには、医療・介護・予防・生活支援のサービスが地域で不足することなく十分に提供されることが大前提となる。また、包括的かつ継続的、また多職種協働により在宅医療・介護などを一体的に提供できる体制を目指すことで、最終的には、在宅か施設かといった、住んでいる場所の種類に関係なく、安心・安全な生活環境を実現することにつながるだろう。

地域包括ケアシステムでは、「生活の基盤として必要な住まいが整備され、その中で高齢者本人の希望にかなった住まい方が確保されていることが前提になる」とされ、住まいと住まい方は地域での生活の基盤をなす”植木鉢 “に例えられている。そして、この”植木鉢 “に、生活支援・福祉サービスという”養分を含んだ土 “が満たされて初めて、医療・介護・予防という”花や葉 “が育つと表現されている[19]。

18) 区分支給限度基準額を超えた場合の上乗せ部分は自己負担となる。

信頼できる”植木鉢 “の役割を果たすためにも、住まいとケアが利用者の状態やニーズの変化に応じて柔軟に提供される良質な高齢者住宅が増え、地域包括ケアシステムの構築に寄与することを期待したい。

Ⅴ. 高齢者住宅・施設の今後の課題

1. 転換点に立つ高齢者向け住宅施策

日本は現在、世界で最も高齢化率の高い国であるが、人口・世帯が減少する中で高齢化が進行しているという点で、今後他国が経験したことのない困難に直面するといっても過言ではないだろう。

2014年6月には、高齢化と人口減少が進行しても維持できる医療・介護制度を目指し、医療介護総合確保推進法が成立した。これは持続可能な社会保障制度を再構築する一環として制定されたものであり、医療・介護について重点的かつ効率的な給付を進める一方で、給付抑制により制度の持続性を高めることを目的としている。同法に基づく各種の取り組みが進む中で注目したいのは、「高齢者が安心して暮らせる多様な住まい」を整備することが、医療・介護サービスの改革を推進する上でも不可欠であるとの認識に立っている点である。北欧などでは、「福祉は住宅に始まり、住宅に終わる」という発想が福祉政策の中に根付いているが、こうした考え方の重要性が日本でもようやく認知されてきたということだろう。

この 「多様な住まい」の有望な候補として近年にわかに注目されているのがサービス付き高齢者向け住宅である。高齢者住まい法に基づ

19) 三菱UFJリサーチ＆コンサルティング『地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』2013.3 による。

き2011年10月に創設されてから約4年半しか経過していないものの、建築主に対する建設・改修費補助、税制優遇など国による積極的な供給促進策もあり、短期間で急増した。

サービス付き高齢者向け住宅は、2015年11月に政府が発表した「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」の名の下さらなる供給促進策がとられる一方で、 「量から質へ」の転換点を迎えていることも確かである。20万戸超の登録戸数の8割は25㎡未満の要介護者向け狭小住戸であり、夫婦世帯などが暮らせる広め住戸は全体の1割にも満たない。また、生活利便性の低い郊外立地の物件が少なくないことや、建物に併設された介護事業所による利用者の “囲い込み”や、必要以上に介護保険サービスを利用させる “過剰サービス”などの問題も一部で指摘されている。さらに、供給過多になっている地域では思ったように入居者が集まらず、空き家化や運営面での不安が懸念される事態も出てきている。

加えて、これだけ大量のサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム、グループホームが供給されているのとは別に、いずれの種別にも属さず法規制の対象から外れた無届け老人ホームも年々増え、2016年1月末時点で1,650ヵ所もあることが厚生労働省の調査により判明している。

2. まちづくりの視点での高齢者住宅整備

高齢者向け事業の常として、法規制が強化されるほど、消費者保護策がある程度明確になる一方で、事業者の創意工夫や商品・サービスの独創性・多様化が阻害されかねないというリスクを孕むことにもなる。近年の高齢者住宅・施設に関する法令・制度の改正動向をみると、サービス付き高齢者向け住宅も含めてより “施設的”な方向へと軌

道修正しているようにもみえるが、無届け老人ホームなどそうした流れに乗らないものが多数出てきている実態も踏まえた上で、地域包括ケアシステムの中で健全に機能する高齢者の住まいとは何なのかを冷静に考えてみる必要がある。

第一に、いずれの高齢者住宅・施設についても、まちづくりと連動した計画的な整備を誘導する必要があるだろう。とりわけ人口・世帯減が進行する日本においては、都市計画の視点に立った供給コントロールが必須である。そのためにも、サービス付き高齢者向け住宅に対する全国一律の建設・改修費補助などの施策はもっと慎重に行われてしかるべきである。

第二に、高齢者住宅の事業スキームの再考である。現在は介護保険制度の介護報酬に依拠したビジネスモデルを採る高齢者住宅が多数を占めるが、国が 「持続可能な社会保障制度を再構築する」と謳っている以上、介護保険制度も3年毎の見直しの度に介護報酬の減額や軽度者を給付対象から外すなどの改正が行われる可能性が高い。事業者には、介護報酬依存型ビジネスモデルからの脱却と、介護保険外サービス[20]の拡大が求められるだろう。また、特定の企業による独占的な営利事業といった発想ではなく、ビジネス手法を活用しながらも、地域住民・NPO・社会福祉法人・企業など様々な主体が協力しながら取り組むソーシャルビジネスやコミュニティビジネスの視点を持つことも強く求められるようになるだろう。

都市部では、一般分譲マンションとサービス付き高齢者向け住宅の複合開発事例なども徐々に増えている。従来、高齢者住宅・施設といえば、それだけを単体で開発し、入居者の側だけを向いたサービス提供が当たり前だったが、今後は地域との共生や多世代共住などの視点も取り入れた “安心住まい”の供給が進むことを期待したい。

---

20) 消費者の全額自己負担によるサービスで、必ずしも「介護」に限定されるものではない。

おわりに

高齢期の安心居住を考える上で、一点大きな懸念がある。それは、高齢期に持ち家を活用した資金調達が困難になる高齢者が今後増加するのではないかということである。地方部や大都市郊外部では、人口・世帯減により持家の資産価値が急激に劣化していく可能性が高い。現役時代に勤労所得の大半を居住用不動産につぎ込んだ人ほど、高齢期に高齢者住宅・施設などに住み替えようにも身動きがとれないという問題を抱えやすくなるのではないか。ライフステージに合わせた住み替えを希望しても、それが資産デフレの影響でかなわないとなれば、一体どうすればよいのだろうか。

日本は戦後一貫して持ち家政策に主軸を置いてきた国家であるが、持ち家による含み資産の獲得を期待しづらい時代を迎えつつある今、「誰が高齢期の住み替え先の住居費や生活費を負担するのか」という問いに、国としても正面から向き合う必要がある。

参考文献

厚生労働省『平成27年版 厚生労働白書』、2015.10.
内閣府『平成27年版 高齢社会白書』、2015.7.
エイジング総合研究センター編著『新 図表でわかる少子高齢社会の基礎知識』中央法規出版、2010.7.
国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障Ⅳ』、2005.3.
国土交通省住宅局住宅政策課監修、住宅法令研究会編集『最新 日本の住宅事情と住生活基本法』ぎょうせい、2006.6.
日本福祉文化学会監修、河畠修・厚美薫・島村節子著『現代日本の高

齢者生活年表　1970－2007年』日本エディタースクール出版部、2008.7.
日本福祉文化学会監修、河畠修・厚美薫・島村節子著『増補 高齢者生活年表 1925－2000年』日本エディタースクール出版部、2001.12.
藤井賢一郎監修『介護保険制度とは… 改訂第13版』社会福祉法人東京都社会福祉協議会、2015.9.
小濱道博『まるわかり!2015年度介護保険制度改正のすべて』日本医療企画、2014.11.
山田芳子『図解でわかる介護保険の改正ポイント』アニモ出版、2014.11.
『介護サービス利用法』社会福祉法人東京都社会福祉協議会、2013.3.
一般社団法人日本医療福祉建築協会『医療福祉施設 計画・設計のための法令ハンドブック』中央法規出版、2012.7.
大阪市立大学大学院生活科学研究科・大和ハウス工業総合技術研究所編著『エイジング・イン・プレイス 超高齢社会の居住デザイン』学芸出版社、2009.9.
財団法人高齢者住宅財団『高齢者住宅必携 平成24年度版』財団法人高齢者住宅財団、2012.10.
京極髙宣監修、井上由起子・高橋正・深澤典宏・宮島渡・山田尋志著『サービス付き高齢者向け住宅の意義と展望』大成出版社、2013.11.
一般財団法人高齢者住宅財団監修『実践事例から読み解くサービス付き高齢者向け住宅 地域包括ケア時代の住まいとサービスを目指して』中央法規出版、2013.10.
サービス付き高齢者向け住宅研究会編著『サービス付き高齢者向け住宅の手引き』大成出版社、2012.7.
『サービス付き高齢者向け住宅 法令通知ハンドブック 2012年度版』厚生行政出版会、2012.5.

吉田修平法律事務所編著『Ｑ＆Ａサービス付き高齢者向け住宅のすべて』一般財団法人金融財政事情研究会、2011.12.
中田雅美『高齢者の「住まいとケア」からみた地域包括ケアシステム』明石書店、2015.3.
東京大学高齢社会総合研究機構編『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』一般財団法人東京大学出版会、2014.4.
白川泰之『空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」「住まい」と連動した地域包括ケア』中央法規出版、2014.7.
白澤政和『地域のネットワークづくりの方法 地域包括ケアの具体的な展開』中央法規出版、2013.2.
髙橋紘士・武藤正樹著『地域連携論 医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』オーム社、2013.11.
髙橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社、2012.3.
地域包括ケア研究会、三菱UFJリサーチ＆コンサルティング『地域包括ケア研究会報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書)』2010.3.
三菱UFJリサーチ＆コンサルティング『地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点(平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)』2013.3.

[Abstract]

日本の高齢者住宅・施設の現状と今後の展望

−地域包括ケア時代の住まいのあり方−

吉村 直子*

少子高齢化が進む中、大都市圏を中心に単身や夫婦などの高齢者のみ世帯が急増しており、日常生活支援や介護などのサービスが付いた住まいに対する需要は確実に増大している。高齢者住宅・施設の果たす役割は今後ますます大きくなるだろう。

2014年6月には、高齢化と人口減少が進行しても維持できる医療・介護制度を目指し、医療介護総合確保推進法が成立した。医療・介護について重点的かつ効率的な給付を進める一方で、給付抑制により制度の持続性を高めることを目的とした法律だが、高齢者が安心して暮らせる多様な住まいを整備することが、医療・介護サービスの改革を推進する上でも不可欠であるとの認識に立っている点は注目に値する。

近年では有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が急増するなど、高齢者住宅・施設市場は確実に成長しているものの、地域包括ケアシステムの中で健全に機能する高齢者の住まいを供給していくためには、まちづくりと連動した計画的な整備を誘導する必要がある。また、ビジネス手法を活用しながらも、地域住民・NPO・社会福祉法人・企業など様々な主体が協力しながら取り組むソーシャルビジネス

* 株式会社長谷工総合研究所上席主任研究員 専門: 住居学(高齢者居住、高齢者住宅・施設)、家政学修士

やコミュニティビジネスの視点を持つことも強く求められる。

[Key Words] 少子高齢化、高齢者のみ世帯の急増、医療・介護サービスの改革、高齢者住宅・施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、地域包括ケアシステム