特集【論説】 高齢者居住の問題と課題 ～市場を通じた高齢期の安定した居住確保のために～

高齢者向け居住施設の現状と課題

The Present Status, Problems and Tasks of Housing Facilities for the Elderly

Naoko YOSHIMURA : HASEKO RESEARCH INSTITUTE Inc.

吉村 直子*

As a rapid expansion of the population of older people is underway in our country, there is definitely a growing interest in the housing facilities for the elderly. Both as an alternative residence that is not a hospital or a residential home, where the elderly can live among friends with well-being and welfare, and also can be provided nursing care and personal assistance for their daily lives.

The market for the elderly has been growing larger and larger as a variety of housing facilities for the elderly have been supplied by a for-profit-corporation, a social welfare corporation, and a medical corporation since public nursing insurance system started in 2000. A total of 28,500 housing facilities for the elderly, containing 1.27 million rooms and a capacity of 1.3 million people, have been supplied in our country as of December, 2006. The population of adults as of December 2006 aged 65 and over (the number of the first insured person covered by public nursing insurance system) was about 26,480,000 people. This means that about 4.9% of the elderly population has the ability to live in these housing facilities.

Recently there has been volume control emplaced in regards to elderly homes (pay nursing homes and group homes for demented elders) which started since the latest revision of the nursing insurance system in 2006, which makes it difficult to establish new facilities under many local governments. Meanwhile, it is scheduled that medical care facilities for the elderly requiring long-term care will be abolished in accordance with the health insurance reform by the end of 2011. There are about 230,000 facilities that will be closed in the near future, leaving the patients to be transferred to healthcare facilities for the elderly and pay nursing homes.

Furthermore, as the new system, “the rental housing for the elderly only” has been established by the new policy of the *Ministry of Land, Infrastructure and Transport of Japan*, several measures aimed at the further improvement of the rental housing for the elderly has been implemented.

In order to cope with rapidly aging population, it is necessary to take the adequate measures for the improvement of housing facilities for the elderly based on the present condition. Local governments should satisfy the necessary volumes, based on the total balance of the improvement by accurately analyzing cost and effects of each housing facility for the elderly and grasping customer needs in detail by doing necessary research, not in the shortsighted approach such as a total volume control over the

pay nursing home.

keywords : nursing insurance reform, health insurance reform, housing facilities for the elderly, pay nursing home, rental housing for the elderly only
介護保険制度改革, 医療制度改革, 高齢者向け居住施設, 有料老人ホーム, 高齢者専用賃貸住宅

はじめに

わが国の高齢者人口, 高齢者世帯急増のインパクトは極めて大きい。今後, 一人暮らしや夫婦だけの高齢者のみ世帯が急増し, 特に大都市圏では急速に人口・世帯の高齢化が進行する。それとともに「在宅」のイメージも大きく変容していくものと思われるが, 自宅でも病院でもない第三の居住の場として昨今注目されているのが, 高齢者が集まって住み, 必要に応じて日常生活支援や介護などの諸サービスを受けられる高齢者向け居住施設である。介護保険制度が始まった2000年以降は, 営利法人・社会福祉法人・医療法人などによって様々な形態の高齢者向け居住施設が供給され, 市場も成長・拡大を続けている。

そのような中, 2006年4月に改正介護保険法と改正老人福祉法が施行され, 同年6月には医療制度改革関連法が成立した。立て続けに行われる福祉・医療関連の制度改革により, 高齢者向け居住施設事業の経営環境は大きく変化しつつある。

新介護保険制度では「居住系サービスの充実」が大目標の一つに掲げられているものの, 介護施設としての性格が強い介護付有料老人ホーム(特定施設)や認知症高齢者グループホーム(以下、グループホーム)に対する総量規制が始まり, これら的高齢者向け居住施設は多くの自治体下で新規開設が難しくなっている。一方, 医療制度改革では, 2011年度末までに介護型療養病床を廃止し, 23万床という大量ストックを介護老人保健施設や有料老人ホームなどへ転換するとの方針が打ち出された。さらに, 国土交通省の新施策により「高

齢者専用賃貸住宅」という新たなカテゴリーが創設され, 高齢者向け賃貸住宅のさらなる整備を目指すという動きが出てきている。

複数の制度改革の影響を受け, 2006年春以降混沌としつつある高齢者向け居住施設事業であるが, 今後いったいどうなるのだろうか。制度改革に伴う主な事業変更点を整理するとともに, 今後の経営環境を予測し, あるべき高齢者向け居住施設, 高齢者居住の姿を考察する。

1. 高齢者向け居住施設の供給動向

(1) 介護保険制度導入により拡大する市場

高齢者向け事業には様々な種類があるが, その多くは医療・福祉分野との関係性が強いために規制を受けやすく, 事業主体の法人格によって参入できる領域が制限されているのが現状である。しかし, 2000年に介護保険制度が始まったことで状況は大きく変わった。それまで公的セクターや非営利法人の独占状態だった介護市場が営利法人やNPO法人などにも広く開放されることになり, 様々な事業主体が参入できるようになった。これによって, 介護市場にも競争原理がはたらくようになり, 介護ビジネスは急速に拡大したのである。

高齢者向け居住施設の分野にも多くの事業者が参入してくるようになった。とりわけ, 介護保険の給付対象となり, 営利法人も参入可能な有料老人ホーム, グループホームの二分野は短期間で市場が急拡大した。

(2) 高齢者向け居住施設の施設数・居室数・定員

2006年12月現在, わが国で供給されている高齢

者向け居住施設の施設総数は約2万8,500カ所、居室総数は約127万室、総定員は約130万人である。65歳以上の高齢者人口（介護保険の第1号被保険者数）は2006年12月末現在約2,648万人で、高齢者人口に対する高齢者向け居住施設の供給率は4.9%となっている（表1）。

高齢者向け居住施設の種類ごとに定員をみると、社会福祉法人などが開設する特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）が39.1万人、医療法人などが開設する介護老人保健施設が30.5万人、国・地方自治体や医療法人などが開設する介護型療養病床（介護療養型医療施設）が12.9万人となっている。これらの介護保険3施設で82.5万人、全体の約63%を供給していることになる。

一方、営利法人が参入可能な高齢者向け居住施設の定員は27.8万人で、全体に占める割合は21%に過ぎない。しかし、介護保険3施設に比べれば

圧倒的に少ないものの、介護保険制度が始まった2000年以降は、有料老人ホームやグループホームのほうが増加傾向にある。有料老人ホームは、介護保険制度が始まる前の年間供給戸数は2,000戸にも満たない状況だったが、施行7年目の2006年には14倍の2.8万戸に達した。また、グループホームは、介護保険施行前日にはわずか250カ所あまりだったのが、2006年度末には8,800カ所を超えている。

特別養護老人ホームや老人保健施設は、長年にわたる福祉・保健政策の中で時間をかけて供給されてきただけにストックは多いものの、近年になって整備に対する国庫補助が廃止されたため、今後の供給ペースは落ち込む可能性が高い。その一方で、有料老人ホームやグループホームなどの居住系サービスの供給は、その分も補う形でさらに進展すると考えることができる。

表1 高齢者向け居住施設の種類と参入可能法人および施設数・居室数・定員

領域	介護保険 の適用	名 称	所管庁	法人格別の参入可能領域			施設数 (ヵ所)	居室数(室)			定員 (人)	
				営利法人	社福法人	医療法人		要介護者	自立者	合計		
営利法人の参入可能	福祉系	特定施設入居者生活介護	厚生労働省	○	○	○	1,857	85,375	21,988	107,363	111,761	
		有料老人ホーム(住宅型)		○	○	○	450	9,964	2,642	12,606	13,134	
		有料老人ホーム(健康型)		○	×	×	46	—	1,975	1,975	2,370	
		無居ホーム		○	×	×	267	5,469	4,899	10,368	11,348	
	住宅系	グループリビング	厚生労働省	○	○	△	29	—	249	249	299	
		認知症高齢者グループホーム		○	○	○	8,674	117,110	—	117,110	117,110	
		高齢者向け分譲マンション		—	○	×	×	30	—	4,677	4,677	5,612
		高齢者向け優良賃貸住宅		○	○	△	350	—	8,468	8,468	10,162	
特定施設入居者生活介護※	高齢者専用賃貸住宅	国土交通省	○	○	○	208	—	5,001	5,001	6,001		
営利法人の参入不可	福祉系	シルバーハウジング	国土交通省 厚生労働省	×	×	×	793	—	21,235	21,235	25,482	
		軽費老人ホームA型		×	×	×	233	—	13,738	13,738	16,486	
		軽費老人ホームB型	厚生労働省	×	○	×	32	—	1,574	1,574	1,889	
		ケアハウス		△(PFI)	○	○	1,768	11,243	58,399	69,642	81,322	
	生活支援ハウス	△		△	△	563	—	6,904	6,904	8,285		
	養護老人ホーム	×		○	×	918	17,885	47,155	65,040	65,040		
	医療系	特別養護老人ホーム	厚生労働省	×	○	×	5,860	391,448	—	391,448	391,448	
		介護老人保健施設		×	○	○	3,430	305,330	—	305,330	305,330	
		介護型療養病床		×	△	○	3,022	128,638	—	128,638	128,638	
		介護型療養病床		×	△	○	3,022	128,638	—	128,638	128,638	
総 計							28,530	1,072,462	198,904	1,271,366	1,301,716	(100.0%)

注1) 施設数・居室数のデータ出所は(株)タムラプランニング & オペレーティング。2006年12月現在。

注2) 有料老人ホーム、無居ホーム、ケアハウスの定員は、要介護者向けホームは1室あたり1人、自立者向けホームは1室あたり1.2人として試算した。

注3) 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、介護療養型病床は、居室数と定員を同一とした。

注4) 高齢者向け分譲マンション、高齢者向け優良賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、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) 高齢者専用賃貸住宅は、一定の要件を満たした適合高齢者専用賃貸住宅のみ「特定施設入居者生活介護」の指定を受けることができる。

注6) 養護老人ホームは「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」のみ指定を受けることができる。

注7) 医療法人による有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅の経営は、第5次医療法改正により2007年度から許可された。

資料：長谷工総合研究所作成

(3)地域差の大きい高齢者向け居住施設の供給率

全体像を見ている限りはわかりづらいが、高齢者向け居住施設の供給率には都道府県ごとに大きな差がある。

介護保険3施設と介護専用の居住系サービス(介護専用型の特定施設、グループホーム)の供給率を都道府県別にみると、総じて大都市圏に属する都府県で介護保険3施設の供給率が低く、居住系サービスの供給率も全国平均かそれ以下という自治体が多いことがわかる(図1)。

大都市圏ではもともと地価が高い上に、大規模な介護施設を建設できるようなまとまった土地の確保が難しく、従来多額の国庫補助があった特別養護老人ホームや老人保健施設などですば整備を

推進することは容易ではなかった。営利法人が手がけられる有料老人ホームでも、高地価などによる土地確保の難しさが事業化の際のハードルになっていることは確かである。また、1ヵ所あたりの定員が最大18人に制限されているグループホーム事業ではスケールメリットを追求できないがために、地価の高い大都市圏での事業化は有料老人ホーム以上に困難であるという事情がある。

2. 介護保険制度改革が高齢者向け居住施設事業にもたらす影響

2000年4月に始まった介護保険制度は、当初の総費用(保険給付額、公費負担額、利用者負担額の合計)3.6兆円(実績)が、2007年度には7.4兆円(予算ベース)にまで膨張し、10年も経たないうち

図1 都道府県別介護保険3施設・居住系サービスの供給率

注1) 介護保険3施設の供給率とは、要介護高齢者(介護保険の要介護認定者のうち要介護2~5の者)の数に対する介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設の定員割合である。要介護高齢者数は厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定)」(2006年9月分)による。
 注2) 居住系サービスの供給率とは、要介護高齢者(介護保険の要介護認定者のうち要介護2~5の者)の数に対する特定施設(入居時要介護を条件とする介護付有料老人ホーム)および認知症高齢者グループホームの定員割合である。要介護高齢者数は厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定)」(2006年9月分)による。

資料：(株)タムラプランニング&オペレーティング「高齢者住宅マーケティング・レポート全国版」(2007年3月)

に巨大介護市場を創り上げた。5年目の制度改革によって、2006年4月には改正介護保険法が施行されたが、これに伴い高齢者向け居住施設事業をとりまく環境も大きく変化している。

(1) 老人福祉法改正と有料老人ホーム

① 有料老人ホーム規定の見直し

有料老人ホームについては、介護保険制度改革に伴う老人福祉法の改正（2006年4月施行）により、定義の変更や入居者保護策の強化など、大幅な規定の見直しが行われた。

ア. 定義の変更

従来、有料老人ホームは「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って、老人福祉施設*1でないもの」と定義されていた。法改正により、10人以上の人数要件が撤廃されるとともに、①食事の提供、②介護の提供、③洗濯・

掃除等の家事、④健康管理のいずれかのサービスを提供していれば、有料老人ホームに該当することになった（図2）。

サービス提供は、事業主体自らが行う以外に、外部のサービス事業者に委託して行う場合や、現在提供していなくても将来提供することを約束しているような場合もあるが、これらもすべて有料老人ホームの範疇に含めると明示された。

特例として、老人福祉施設やグループホーム、適合高齢者専用賃貸住宅（後述）は除外されるものの、高齢者を集めて、何らかの日常生活支援サービスを提供していればすべて有料老人ホームとなる。今まで無届ホームや高齢者向け賃貸マンションとして運営されてきたものも、有料老人ホームとして都道府県知事への届出*2を求められることになり、幅広く規制の網がかかるようになった。

イ. 入居者保護策の充実

今回の法改正では、入居者保護を目的とした規

図2 有料老人ホームと他の高齢者向け居住施設との関係

※サービス付きの分譲集合住宅は、居住者自ら自宅に居住していることになり、有料老人ホームには該当しない。

資料：厚生労働省資料をもとに長谷工総合研究所作成

定が数多く盛り込まれたのも特徴である。その内容は、①帳簿の作成と保存、②重要事項の情報開示、③前払金（一時金）の算定根拠明示と保全措置、④都道府県による立入検査、⑤改善命令、⑥改善命令の公表の6点に分けられる（表2）。

これらの中で事業者側に大きな影響を及ぼしそうなものが、一時金保全措置の義務づけである。2006年4月以降に開設の届出を行う有料老人ホームで一時金を徴収する場合には、500万円か債務残高のいずれか低いほうの金額を、金融機関などと結び連帯保証契約や信託契約、社団法人全国有料老人ホーム協会の入居者基金制度などによって保全することが義務づけられた。

この規定は新規ホームだけの問題とは限らない。老人福祉法とともに2006年4月に改正された厚生労働省の「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では、義務づけの対象とはならない有料老人ホームに対しても保全に対する努力義務を課しており、

都道府県によっては、既存ホームにも同等の措置を求めるところが出てくることもあり得る。

保全の方法は複数提示されているが、今回の措置は自己資金の少ない中小事業者にとっては大きなハードルとなる。一定の資本金があるか、金融機関から与信を得られる事業者でなければ、高額な一時金を徴収する有料老人ホームは今後手がけられなくなりそうである。

(2)介護保険法改正と特定施設

①特定施設入居者生活介護の見直し

有料老人ホーム市場では、2000年以降は、介護付有料老人ホーム*3としての届出を行った上で、介護保険法で定める「特定施設入居者生活介護」（以下、特定施設）の指定をとる事業者が大半を占める。

従来、特定施設は1種類のみだったが、法改正で、①地域密着型、②地域密着型以外の介護専用

表2 有料老人ホーム規定の見直し（老人福祉法第29条）

項 目	根拠	内 容
定義の変更	第1項	■ 有料老人ホームとは：老人を入居させ、入浴・排泄・食事の介護、食事の提供、その他の日常生活に必要な便宜であって厚生労働省令で定めるもの（洗濯・掃除等の家事、健康管理）を供与（委託・将来の約束を含む）する事業を行う施設。ただし、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居、その他省令で定める事業（適合高齢者専用賃貸住宅）は除く。
帳簿の作成と保存	第3項	■ 有料老人ホーム設置者は、一定の要件により、当該事業に関する帳簿を作成し保存しなければならない。
重要事項の情報開示	第4項	■ 有料老人ホーム設置者は、入居者または入居検討者に対して、一定の要件により、提供する介護サービス等の内容やその他の事項に関する情報を開示しなければならない。
前払金（一時金）の算定根拠明示と保全措置	第5項	■ 終身にわたり受領すべき家賃等の全部または一部を前払金として一括受領する有料老人ホーム設置者は、前払金の算定の基礎を書面で明示するとともに、返還債務を負うことになる場合に備えて、一定の要件により必要な保全措置を講じなければならない。
都道府県による立入検査	第6項	■ 都道府県は、有料老人ホーム設置者（または管理者、設置者から介護サービス等の提供を委託された者）に対して、運営状況に関する事項の報告を求めたり、当該有料老人ホームに立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査したりすることができる。
都道府県による改善命令	第8項	■ 都道府県は、①有料老人ホーム設置者が第3～5項までの規定に違反したと認める時、②設置者が入居者の処遇に関し不当な行為を行ったり、運営内容が入居者の利益を害していると認める時、③その他入居者の保護のために必要があると認める時は、当該設置者に対して改善に必要な措置を採るべきことを命ずることができる。
都道府県による命令の公表	第9項	■ 都道府県は、第8項に基づく改善命令をした時は、その旨を公示しなければならない。

資料：長谷工総合研究所作成

型、③介護専用型以外の混合型の3種類に区分され、③はさらに、(a)要介護1～5の人が利用する特定施設と、(b)要支援1・2の人が利用する介護予防特定施設の2つに分類された。また、③は介護サービスなどの提供方法の違いにより、(イ)包括型と(ロ)外部サービス利用型とに区分されることになった(図3)。

特定施設の指定を受けられる高齢者向け居住施設の対象も拡大され、従来、介護付有料老人ホームと軽費老人ホームのみだったのが、2006年4月以降は、一定の要件を満たした高齢者専用賃貸住宅(適合高齢者専用賃貸住宅)と養護老人ホームも対象に加えられた。指定対象が広がった上に、特定施設の種類が増えたことで、特定施設事業の仕組みが複雑化したが、民間事業者の場合、法規制や経営上のメリットなどを考えると、有料老人ホームか適合高齢者専用賃貸住宅のいずれかを選

択し、包括型特定施設の指定申請を行うケースが大半になるものと思われる。

②外部サービス利用型特定施設の可能性

新介護保険制度では「居住系サービスの充実」が大目標の一つに掲げられており、具体策の一つとして「早めの住み替え」に対応できるような高齢者住宅の供給促進が目指されている。こうした高齢者住宅の整備には、2006年度より新たに設けられた外部サービス利用型特定施設を活用することが考えられる。

外部サービス利用型特定施設の特徴は、介護サービスの提供を外部のサービス事業者へ委託できるという点である。特定施設の事業主体は、生活相談、安否確認や緊急時対応、介護サービス計画の作成を自ら行うが、介護サービスは、外部事業者と契約して提供する仕組みを整えればよい。入居者に対する介護サービスの提供責任・管理責

図3 特定施設入居者生活介護の指定の仕組み

資料：長谷工総合研究所作成

任は特定施設自体にあるが、自ら介護サービスを提供する体制がとれなくても、コーディネーターおよび管理者としての役割を果たすことができれば、入居者の要介護度や介護ニーズに合わせた柔軟な運営が可能となる。

従来の特定施設の指定基準や報酬体系は、特別養護老人ホームを雛型にしてつくられており、要介護状態になる前の「早めの住み替え」を想定した高齢者住宅にはそぐわないとの指摘がなされていた。しかし、外部サービス利用型特定施設であれば、要介護状態ではない高齢者のニーズにも対応しやすい。自立・要支援者のための良質な高齢者住宅の必要性は今後さらに高まると思われるが、こうした高齢者住宅の供給に対して、外部サービス利用型特定施設が積極的に活用されるのかどうか、今後の展開には注目したいところである。

③総量規制の波紋

今後短期間のうちに高齢者人口・高齢者世帯が爆発的に増える大都市圏では、高齢者向け居住施設に対するニーズもいっそう増大するものと思われる。介護保険3施設だけでは対応しきれないボリュームの需要に対しては、有料老人ホームやグループホームなどの果たす役割もますます大きくなるだろう。ところが、2006年4月の介護保険法改正では、特定施設に対する総量規制が導入されることになり、波紋をよんでいる。

総量規制とは、地域密着型特定施設については市町村が、それ以外の特定施設については都道府県が、介護保険事業（支援）計画^{*4}に定める計画数値（必要利用定員総数）を超える場合は指定拒否できるようになったことを指す。当初は、介護専用型特定施設だけが対象となるはずだったが、三位一体改革の影響^{*5}による都道府県からの要望などもあり、最終的には、自立者や要支援者も入居する混合型特定施設まで総量規制の対象に組み込まれてしまった。

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）

についても、特定施設同様の総量規制が進んでいる。グループホームは従来、都道府県が指定を行っていたが、2006年の法改正で地域密着型サービスとして扱われることになり、市町村の指定を受けるようになった。この7年間で9,000カ所に迫る勢いで増えてきたグループホームだが、指定権者が変わったこともあり、2006年度以降は多くの自治体で新たな指定を行わない状況となっている。

今回の総量規制の背景には、「特定施設やグループホームの急増は介護保険財政を悪化させ、被保険者の介護保険料の引き上げにつながる」という保険者（市町村）の懸念がある。しかし、2005年度の介護保険の利用状況^{*6}をみると、第1号被保険者に対する給付総額5兆4,976億円のうち、介護保険3施設に対する給付が2兆6,717億円（給付総額に占める割合48.6%）であるのに対し、特定施設は1,024億円（同1.9%）、グループホームは2,614億円（同4.8%）に過ぎない。

介護保険財政の安定を目指すのであれば、本来は、保険給付費が割高な介護保険3施設を、特定施設やグループホームなどの居住系サービスに徐々に切り替え、コストダウンを図っていくほうがよい。しかし、今回の総量規制を盾にして、多くの自治体が特定施設やグループホームの新規開設を認めない方向に一斉に走り出してしまった。

介護保険制度下で有料老人ホームやグループホーム事業を新たに手がけようとする事業者、また拡大展開を目指す事業者にとって、この総量規制の影響は極めて大きく、地域によっては計画の見直しや凍結を余儀なくされている。第3期計画期間（2006年度～2008年度）中については、どのような事業戦略・方針を立てて難局を乗り切るのか、事業者ごとにその手腕が問われている。

3. 医療制度改革が高齢者向け居住施設事業にもたらす影響

2006年6月に医療制度改革関連法が成立したが、

今後進められる医療制度改革は、高齢者向け居住施設事業にも大きな影響を及ぼしそうである。注目しておかなければならないのは、療養病床^{*7}の行方である。現在、療養病床には、医療保険の対象となる医療型療養病床（25万床）と介護保険の対象となる介護型療養病床（13万床）があるが、2011年度末までに医療型療養病床のみの15万床にまで減らし、残りの23万床分は介護老人保健施設や有料老人ホーム、ケアハウスなどへ移行させることが決まっている（図4）。

療養病床から居住系サービスへの転換を促すために、2007年度からは医療法人による有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅の経営も解禁された。また、大量の療養病床を老人保健施設や特定施設へ転換するために、第4期介護保険事業計画（2009年度～2011年度）では、介護保険施設と居住系サービスの参酌標準（国が示す整備量のめやす）が見直される可能性が高い。いずれにせよ、今ま

で病院や診療所という環境の中で長期療養していた要介護高齢者23万人分の受け皿を今後数年間で用意していかなければならず、良質な居住環境とケアサービスを併せて提供できる高齢者向け居住施設の役割はいっそう高まるものと思われる。

仮に、今後多くの医療法人が有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅事業に参入してきた場合、営利法人にとっては脅威となりそうである。昨今、介護専用型の有料老人ホームでは、ターミナルケアをどの程度まで手がけられるのかについて、入居（検討）者の期待は大きく、また選択眼も厳しくなっている。介護サービスだけでなく、医療サービスを自ら提供できる医療法人が有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅事業に参入し、十分なターミナルケアを行える医療・看護体制を敷くところが数多く出てきた場合、要介護者向けの高齢者住宅事業は、今以上に競争の激しい時代を迎えることになるかもしれない。

図4 医療制度改革に伴う療養病床の再編

資料：「第23回社会保障審議会医療部会資料」（2006年2月23日）をもとに長谷工総合研究所作成

4. 国土交通省施策による高齢者専用賃貸住宅の可能性と課題

(1) 高齢者専用賃貸住宅の登場

特定施設の指定対象となる介護付有料老人ホームの開設が厳しい中、注目を集めているのが高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）である。「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住法）」に基づき、国土交通省が2005年10月に創設した高齢者住宅の新たなカテゴリーで、高齢者であることを理由に入居を拒まない高齢者円滑入居賃貸住宅（2001年創設）のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅のことをいう（表3）。

高齢者向けの賃貸住宅を探す高齢者に詳細情報を提供する目的で、2005年12月から高専賃の登録制度が始まり、事業者（賃貸人）は、住宅の戸数や構造・設備、入居費用や前払家賃の概算額、共同利用施設の有無、日常生活支援サービスの有無

などに関する情報を各都道府県に設置された指定登録機関へ登録する。契約方式は賃貸借契約に限定され、利用権方式を採用することはできないが、建物の設備・構造などに特段の定めはなく、入居者募集も事業者の判断で自由に行える。

民間事業者が高専賃に注目するのは、適合高齢者専用賃貸住宅（以下、適合高専賃）という特別枠がつくられたためである。高専賃のうち一定の要件（①各戸面積が原則25㎡以上（特定の環境条件であれば18㎡以上で可）、②原則各戸に水回り・収納設備がある、③前払家賃に対する保全措置を講じている、④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）を満たせば適合高専賃となり、有料老人ホームの届出をせずに特定施設入居者生活介護の指定申請を行うことができる。

特定施設の総量規制が厳しいため、適合高専賃

表3 高齢者専用賃貸住宅の概要

所管庁	国土交通省				
根拠法令	高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住法）				
創設年月	2005年10月（登録制度は2005年12月開始）				
定義	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者円滑入居賃貸住宅のうち専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅。住宅の情報を各都道府県に設置された指定登録機関に登録し、公開する。 ● 一定の要件（下記①～④）を満たすものは適合高齢者専用賃貸住宅となり、介護保険法で定める特定施設入居者生活介護の指定対象となる。適合高齢者専用賃貸住宅は有料老人ホームの届出が不要。 				
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者単身世帯、高齢者夫婦世帯等（年齢等は事業者判断による） ● 募集方法に特段の定めなし 				
事業主体（賃主）	● 高齢者居住法第7条に違反しない者				
基準・条件等	<table border="1"> <tr> <td>契約方式等</td><td> <ul style="list-style-type: none"> ● 賃貸借契約に限定（利用権方式は対象外） ● 家賃や入居時費用（敷金等）については特段の定めなし </td></tr> <tr> <td>設備基準等</td><td>● 戸数要件、住戸面積、構造、住戸設備、高齢者仕様の導入等に特段の定めなし</td></tr> </table>	契約方式等	<ul style="list-style-type: none"> ● 賃貸借契約に限定（利用権方式は対象外） ● 家賃や入居時費用（敷金等）については特段の定めなし 	設備基準等	● 戸数要件、住戸面積、構造、住戸設備、高齢者仕様の導入等に特段の定めなし
契約方式等	<ul style="list-style-type: none"> ● 賃貸借契約に限定（利用権方式は対象外） ● 家賃や入居時費用（敷金等）については特段の定めなし 				
設備基準等	● 戸数要件、住戸面積、構造、住戸設備、高齢者仕様の導入等に特段の定めなし				
高齢者専用賃貸住宅に求められる登録事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 賃貸住宅の位置、戸数（うち高齢者専用賃貸住宅の戸数）、規模、構造または設備 ● 賃貸住宅の家賃・共益費の概算額 ● 敷金その他入居時に受領する費用（前払家賃を除く）の概算額 ● 前払家賃の概算額、前払家賃の保全措置の有無 ● 共用部分における共同利用施設の有無：居間、食堂、台所、収納設備、浴室 ● 介護や日常生活上の世話の提供の有無：食事、入浴・排泄等の介護、緊急時対応や安否確認、その他 				
適合高齢者専用賃貸住宅となるための基準	<ol style="list-style-type: none"> ① 各戸の床面積が原則として25㎡以上。ただし、共同利用（共用の居間、食堂、台所その他の住宅部分、高齢者が共同で利用するものとして十分な面積を有する）の場合は18㎡以上で可。 ② 原則として、各戸が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えていること。ただし、共同利用の場合、各戸は水洗便所、洗面設備を備えていればよい。 ③ 前払家賃に対する保全措置が講じられていること。 ④ 入浴・排泄・食事の介護、食事の提供、洗濯・掃除等の家事、健康管理のいずれかのサービス提供がある。 				

資料：長谷工総合研究所作成

であっても特定施設の指定をとることは容易ではない。しかし、適合高専賃が「早めの住み替え」にも対応する住まいとして、自立・要支援者のための良質な高齢者住宅の市場を形成する呼び水になるとの期待感も大きく、医療法人や賃貸住宅管理を本業とする不動産会社など今まで高齢者住宅には関わりの薄かった事業者も含めて、高専賃には数多くの事業者が参入することが予想される。

(2)適合高専賃の光と影

一方、適合高専賃の問題点を指摘する声も聞こえるようになってきている。それは、適合高専賃が一定要件を満たしていることを条件に、有料老人ホームの届出を“免れる”ことに対する疑問である。

老人福祉法の改正により、有料老人ホームに対する行政指導が厳しくなったにもかかわらず、適合高専賃であれば、その規制を受けずに済んでしまう。また、適合高専賃は「老人ホーム」ではなく「共同住宅」とみなされるため、有料老人ホームに比べると建築規制も緩やかで、容積率の緩和措置（共同住宅の共用部分（廊下・階段など）の床面積は延べ面積に参入しなくてもよい）などを受けることもできる。

有料老人ホームも適合高専賃も、高齢者に対して住居とケアサービスを併せて提供するという点では全く同じであるにもかかわらず、このような差異があることをどう捉えるべきだろうか。適合高専賃の登場によって逆にグレーゾーンが生じ、高齢者住宅市場における玉石混交の度合いがいつそう激しくなると指摘する業界関係者もいる。

実際、行政の監視逃れをうかがわせるような事態も発生している。公正取引委員会は2007年2月、職員配置や医療・介護サービスの内容に関する広告記載と実態が異なるとして、ある事業者が運営する住宅型有料老人ホームに対して排除命令を出した。しかし、この事業者は、公正取引委員会が排除命令を公表する前に、有料老人ホームの届出

を取り下げ、適合高専賃に切り替えてしまった。有料老人ホームから適合高専賃に切り替えること自体は違法ではないものの、このようなケースの場合、やはり不自然さが残る。

高専賃に対する関心が高まる中で、こうしたことが繰り返される恐れはないのか。今後、高専賃市場がどのような形で拡大していくのかは、期待感とともに相当の冷静さをもってみていかなければならないだろう。

おわりに

わが国は高齢化のスピードがきわめて速く、欧米の先進諸国では何十年もかかって緩やかに高齢化してきたのに対し、わずか二、三十年で一気に進むという他国が経験したことのない道を辿っている。世界一の超高齢国家となった今、高齢者向け居住施設の整備についても、高齢者居住の全体像を俯瞰した上で、そのあり方や方向性を冷静に考えていく必要がある。

しかし、特定施設に対する総量規制を実施するなど、実態と乖離した施策がとられているのも事実である。有料老人ホームもグループホームも、介護保険施設に比べれば、その供給量はまだまだ少ない。自治体は、近視眼的に総量規制に走るのではなく、介護保険施設と居住系サービスそれぞれの費用対効果を正確に分析し、地元の利用者ニーズも的確に掴んだ上で、高齢者向け居住施設の整備バランスを考え、必要量を整備していくべきだろう。そうした発想で考えていかなければ、特に大都市圏では、今後十数年の間に急激に進む高齢者の増加に全く対応できなくなってしまう。

介護保険制度や医療保険制度など福祉・医療にかかわる制度改革が立て続けに行われ、高齢者向け居住施設をとりまく環境も激変しているが、従来の型や様式、経験、実績にこだわらない新たな事業の模索、21世紀型の在宅を支える住まいの提案がより積極的に行われるようになることを期待

したい。

注

- * 1 老人福祉施設：老人デイサービスセンター，老人短期入所施設，養護老人ホーム，特別養護老人ホーム，軽費老人ホーム，老人福祉センター，老人介護支援センターをいう（老人福祉法第5条の3）。
- * 2 有料老人ホームの届出：有料老人ホームの事業化に際しては，各都道府県が定める「有料老人ホーム設置運営指導指針」により，「建築確認後速やかに都道府県知事への届出を行うこと」「都道府県知事への届出後に入居募集を行うこと」と規定されている。
- * 3 有料老人ホームの類型：厚生労働省の定める「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」により，有料老人ホームは介護サービスの提供体制によって，①介護付（一般型特定施設入居者生活介護）＝特定施設入居者生活介護の指定を受けて介護サービスを提供する，②介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）＝外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けて介護サービスを提供する，③住宅型＝介護が必要になった場合は，入居者の個別契約により外部の訪問介護サービスを利用する，④健康型＝介護が必要になった場合は契約を解除して退去する，の4タイプに分類されている。介護保険法で定める特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームでは，広告やパンフレットなどで「介護付き」「ケア付き」を標榜することはできない。
- * 4 介護保険事業支援計画と介護保険事業計画：介護保険事業支援計画は，各都道府県が決められた計画期間にわたり，要支援者・要介護者の人数や，介護保険給付の対象となるサービス量を見込み，サービス確保のための方策や介護保険事業費用の見通しを明らかにする計画で，介護保険事業運営の基礎となるものである。また，介護保険事業計画は保険者である市町村が策定するもので，都道府県の介護保険事業支援計画は市町村の介護保険事業計画の内容を包含する。計画期間は3年を1期とし，現在は第3期計画期間（2006年度～2008年度）となる。
- * 5 三位一体改革の影響：国の三位一体改革により，介護保険3施設と特定施設について，給付費に対する国の負担割合が25%から20%へと引き下げられ，その分，都道府県の負担が12.5%から17.5%に引き上げられることになった。このため，介護専用型特定施設だけでなく，混合型特定施設についても数量の調整ができるようにすべきとの要望が都道府県からあがることになった。
- * 6 介護保険の利用状況：厚生労働省「2005年度介護保険事業状況報告（年報）」による。
- * 7 療養病床：要介護1以上の認定を受けている高齢者で，長期の療養を必要とする人が入院できる病院・診療所の病床区分の一つ。一般病床（急性期の医療を受ける病床）よりも医師や看護師の数が少なくてもよいが，介護職員や介護補助者が必要となる。療養病床には，医療保険が適用される医療型療養病床と，介護保険が適用される介護型療養病床の2種類がある。