

ISFJ2015

政策フォーラム発表論文

サービス付き高齢者向け住宅で安心して暮らすために

啓蒙活動とガイドライン強化

明治学院大学 西村研究会 医療・介護1

2015 年 11 月2日

要約

現在、日本では少子高齢化が急速に進んでおり、2010 年時点で働き手である生産年齢人口(15～64 歳)の割合が 63.8%なのに対して、高齢者(65 歳以上)の割合が 23.0%になっている。これは高齢者 1 人を養うのに働き手 3 人で支えなければならないということであり、まさしく超高齢化社会と言えよう。さらに懸念されるのが、「2025 年問題」と呼ばれる問題だ。2025 年に団塊世代(1947～49 年生まれ)の人達が、一気に介護年齢になると、老人ホームのパンクや介護サービスが追い付かないという混乱が予想される。以上の状況から、老人ホームなどの介護サービスシステムの拡充、補強は日本にとって不可欠であることが分かる。そこで、特別養護老人ホーム(特養)は増やせないが、有料老人ホームを増やすことはできる。しかし、入居者の経済的事情から、費用が高い有料老人ホームではなく、費用が安い特別養護老人ホーム(特養)に入りたいという人が大勢いて介護難民となっている。

そこで、高齢者向け住宅の整備が急務となった日本において、政府の援助を得て急速に普及しつつある「サービス付き高齢者向け住宅」に着目し分析を進めた。サ高住は、需要が増加していく一方で、登録基準はあるものの、安否確認や生活相談の定義が定まっておらず、不安定であることが分かった。そこで我々は、日本の高齢化の現状を分析し、現在

の日本において必要なサービスとは何かを見極め、入居者に本当に必要な生活相談と安否確認についての政策を提言する。本稿の構成は以下の通りである。

第一章では、現状分析として現在の日本での高齢化や国の政策などについての紹介をする。

第一章第一節では、日本の高齢化の概要として、高齢化による高齢者人口増加の現状だけでなく将来的な高齢者人口の推計を述べ、日本の高齢化というものを明らかにする。

第一章第二節では、介護における現役世代の意識として、現在の日本における高齢者世帯数や『保険クリニック』が実施した、親や自分の介本稿では、少子高齢化が進み平成 26 年 10 月 1 日時点で日本の総人口 1 億 2708 万人のうち 26.0%である 3300 万人が 65 歳以上の高齢者人口で占められるという超高齢化社会となり、高齢者向け住宅の整備が急務となった日本において、政府の援助を得て急速に普及しつつある「サービス付き高齢者向け住宅」に着目し分析を進めた。

サービス付き高齢者向け住宅とは、近年、急速な高齢化に伴い増加が見込まれる独居高齢者や老老世帯に対し介護と医療が連携し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる場所・サービスを提供する目的として民間事業者が運営するバリアフリー構造の住宅のことである。

サービス付き高齢者向け住宅の入居条件として、60 歳以上であれば、健常、要介護、要支援状態である状態であるかにかかわらず賃貸契約を締結することで入居できるが、都道府県単位で認可・登録された民間で運営されるためか、主に自立、軽度の要介護状態の高齢者を受け入れているというのが現状である。

サービス付き高齢者向け住宅を民間事業者が運営するためには都道府県単位で認可・登録することが必要であり、認可・登録を受けるためには登録基準がある。

住宅の設備面では①各入居者の専用部分の床面積が原則 25 m²以上である。（共用の居間・食堂・台所等が十分な面積を有する場合は 18 m²以上）②各入居者の専用部分が、台所・水洗便所・収納設備・洗面設備・浴室を備えたものである。（共用部分に共同して利用するための適切な台所・収納設備・浴室を備えることによって、各入居者の専有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には、各専有部分に台所・収納設備・浴室を備える必要はない）③バリアフリー構造となっている。（各部屋の床に段差がない・トイレなどに手すりの設置・車いすのままでも利用できる廊下幅の確保など）

サービス面では、社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事務所等の職員・医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員・介護職員初任者研修課程修了者といったケアの専門家が少なくとも日中建物に常駐し、安否確認サービスと生活相談サービスの提供することが必須となる。

契約面では、①書面による契約の締結②契約に専用部分が明示された契約③賃貸借方式の契約でも利用権方式の契約でも、長期入院などを理由にした、事業者側から一方的に解約の禁止といった、居住の安定が図られた契約内容となっている④事業者が受領可能な金銭は、敷金、家賃、サービスの対価のみであり、礼金や権利金、その他の金銭の受領の禁止⑤家賃、サービスの対価の前払金を受領する場合、前払金の算定の基礎、返済債務の金額の算定方法を明示・入居後 3 か月以内に解約、死亡により契約が終了した場合、日割り計算した家賃等を除いて、前払金を返却する・前払金に対して保全措置を講じる⑥サービス付き高齢者住宅の建築工事が完了する前に、前払金を受領することの禁止。

以上のような登録基準を設け、サービス付き高齢者向け住宅は認可・登録され、民間で運営されている。

このように、サービス付き高齢者向け住宅は少子高齢化が進み、超高齢化社会となったため高齢者向けの住宅に対する需要が増加していく中で有用な住宅であるが、分析を進めていくとサービス付き高齢者向け住宅における提供が必須のサービスである、生活相談と介護についてのアンケート結果を述べる。

第一章第三節では、介護における問題点として、1947～1949 年生まれのいわゆる「団塊世代」「ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74 歳）に到達し、その 10 年後には介護年齢となる 75 歳以上になる 2025 年問題や現在介護難民という問題がある特別養護老人ホームについて述べる。

第一章第四節では、国の政策の概要として、アベノミクスの第二ステージである『1 億総活躍社会』を実現するための「三本の矢」の一つである『安心につながる社会保障』について述べる。

第一章第五節では、サービス付き高齢者向け住宅の概要として、政府が行ったサービス付き高齢者向け住宅推進の紹介とサービス付き高齢者向け住宅の登録基準やサービスの中身について述べる。

第一章第六節では、サービス付き高齢者向け住宅の登録情報として 2012 年の時の登録情報を整理し、様々な登録情報をグラフで表す。

第一章第七節では、サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの違いとして、提供されるサービスの違い、基準面での違いをサービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの比較をしながら述べる。

第二章では、先行研究及び本校の位置づけとして、介護サービスの問題を俯瞰することで、起こりうるサービス付き高齢者向け住宅の問題とその原因を述べる。

第二章第一節では、先行研究として、今後増加していくサービス付き高齢者向け住宅において危惧される、サービスの質の低下を有料介護老人ホームの例にとり考察する。

第二章第二節では、高齢者の心理として、高齢者福祉に詳しい明治学院大学社会学部社会福祉学科の岡本多喜子氏への取材を通じ、高齢者の行動心理や求めているものの考察をする。

第三章では、分析として、サービス付き高齢者向け住宅への見学や高齢者福祉に詳しい人への取材を実施し、その結果を踏まえ分析をする。

第三章第一節では、サービス付き高齢者向け住宅の实地調査として、東京都港区西麻布にあるアイエスコート西麻布へ取材し、住宅の部屋の実態やサービスについて確認したことを述べる。

第三章第二節では、ヒアリングとして、明治学院大学社会学部社会福祉学科の岡本多喜子教授への取材で判明した高齢者の心理について考察する。

第四章では、政策提言として、第一章から第三章までの問題把握、現状分析を用いてサービス付き高齢者向け住宅を運営するにあたってのガイドラインを設定し、新規事業者や既存の事業者に対し質の低下が起こらないようにする予防としての政策を提言する。

目次

はじめに

第一章 現状分析

第一節(1.1) 日本の高齢化の概要

第二節(1.2) 介護における現役世代の意識

第三節(1.3) 介護における問題点

第一項(1.3.1) 2025年問題

第二項(1.3.2) 介護福祉士不足問題

第四節(1.4) 国の政策の概要

第五節(1.5) サービス付高齢者向け住宅の概要

第六節(1.6) サービス付き高齢者住宅の登録情報

第二章 先行研究及び本稿の位置付け

第一節(2.1) 先行研究

第二節(2.2) 高齢者のインセンティブ

第三節(2.3) 研究の視点

第三章 分析

第一節(3.1) ヒアリング(岡本多喜子教授)

第二節(3.2) 実地調査(アイエスコート西麻布)

第三節(3.3) 調査結果の分析

第四章 政策提言

第一節(4.1) 政策提言の方向性

第二節(4.2) 政策提言

おわりに

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

私たちは将来自分たちが高齢者になっていくうえでの役に立つ、自分たちが恩恵をうけることができる介護・医療のテーマを扱うことにした。しかし現在私たちはいたって健康な若者であるため、寝た切りの生活、終末期のイメージが難しい。そこで元気なまま高齢になって老後人生を楽しまんとする「積極的高齢者」のための政策提言を行う。

第一章 現状分析

第一節(1.1) 日本の高齢化の概要

現在日本では、出生率が低下し総人口に占める 65 歳以上の割合が増加する少子高齢化が進んでいる。

日本の総人口は平成 26 年 10 月 1 日時点で 1 億 2708 万人だが、このうち 65 歳以上の高齢者人口は、男性 1423 万人、女性 1877 万人の計 3300 万人である。この人数は、総人口に占める 65 歳以上の割合である高齢化率で表すと 26.0%という数値である。

また、高齢者人口で 65～74 歳の前期高齢者人口は 1708 万人であり、これは、総人口の 13.4%を占める。さらに、75 歳以上の後期高齢者は 1592 万人で、総人口の 12.5%を占める。

2010 年時点で働き手である生産年齢人口(15～64 歳)の割合が 63.8%なのに対して、高齢者(65 歳以上)の割合が 23.0%になっている。これは高齢者 1 人を養うのに働き手 3 人で支えなければならないということである。同様に見ていくと、1950 年は高齢者 1 人を働き手 10 人で支えればよく、現在の働き手の負担増は一目瞭然である。さらに将来推計人口を見ると、2050 年には高齢者 1 人を 1.4 人で支えなければならず、まさしく超高齢化社会と言えよう。

『総務省 HP (2) 少子高齢化・人口減少社会』

<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h24/html/nc112120.html>

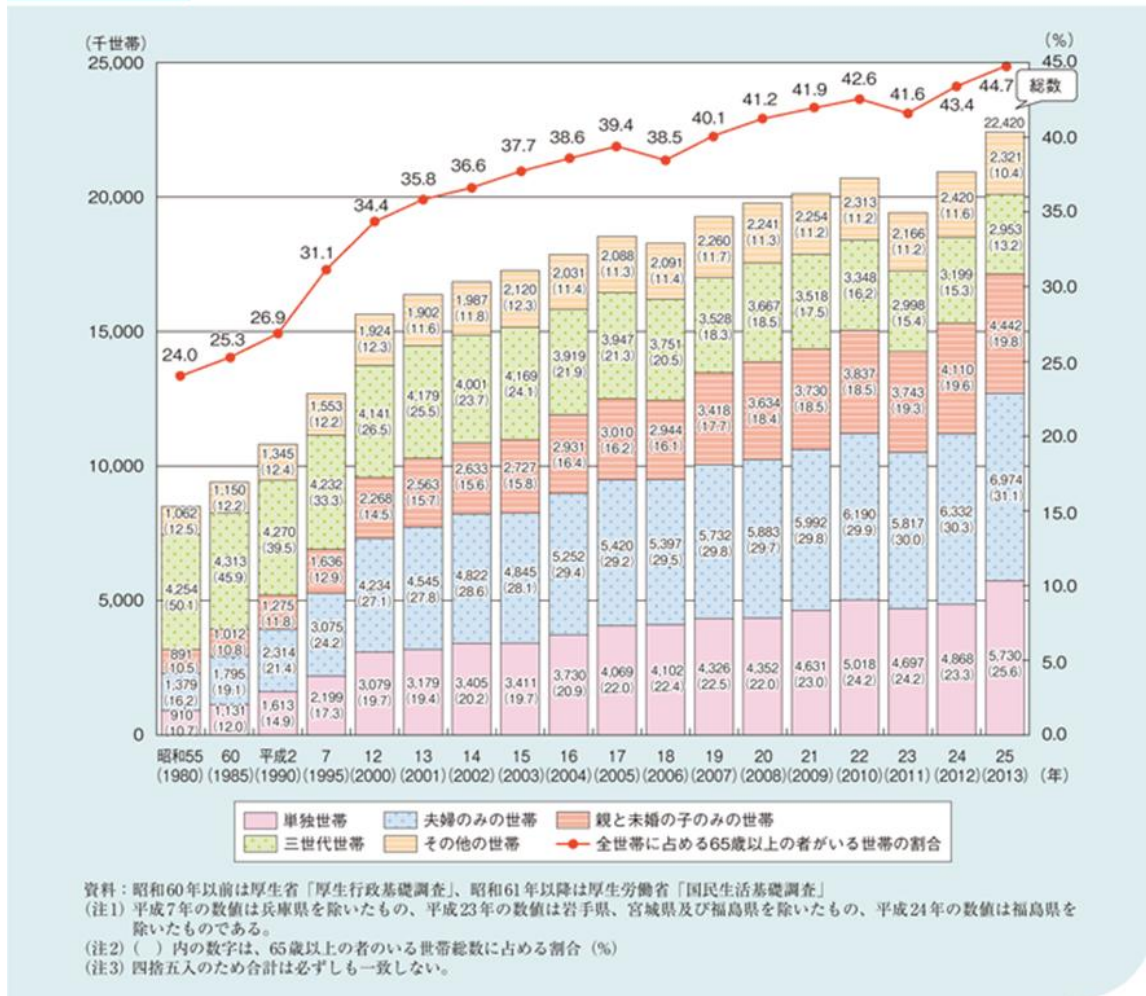
『内閣府 平成 27 年版高齢社会白書(概要版) 高齢化の現状』

(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html)

さらに、高齢化が進むに従い、65 歳以上の高齢者のみか 18 歳未満の未婚者で構成される世帯である高齢者世帯が増加を続けている。

65歳以上の高齢者のいる世帯は、平成25（2013）年には、全世帯数5011万世帯のうち2242万世帯であり、全世帯数の44.7%を占めている。また、三世帯世帯は減少傾向である一方、親と未婚の子みの世帯、夫婦のみの世帯、単独世帯は増加傾向にあり、平成25（2013）年には、夫婦のみの世帯が一番多く3割を占め、単独世帯と合わせると半数を超える。

図1-2-1 65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合（世帯構造別）と全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合



『内閣府 平成27年版高齢社会白書（概要版）1 高齢者の家族と世帯』

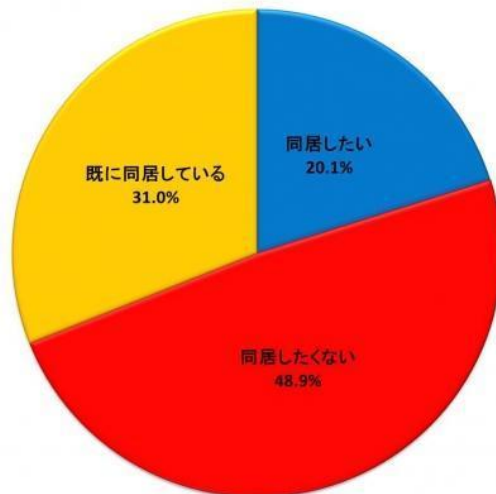
(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_2_1.html)

第二節(1.2) 介護における現役世代の意識

『保険クリニック』では、40歳以上の子世代に、親や自分の介護について男女各250人を対象にアンケートを実施し

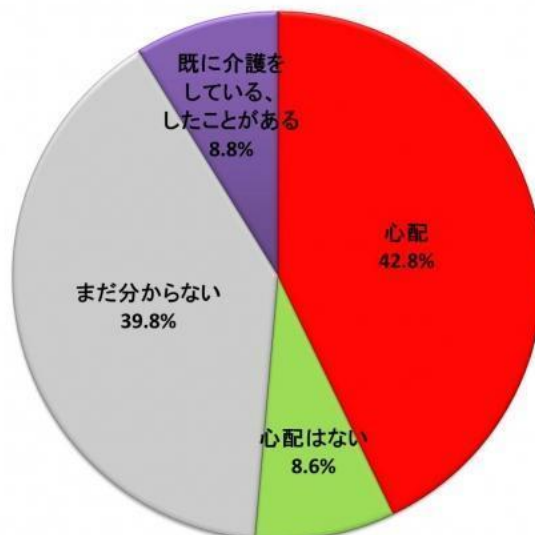
その結果、男女 500 人のうち親が生存している 432 人は、親と「同居したくない」が 48.9%、「同居したい」が 20.1%と親と同居することに反対の人は賛成の 2 倍以上いることが判明した。けれども、「すでに同居している」と答えた人も 31.0%いることが判明した。

Q. 親と同居したいですか。

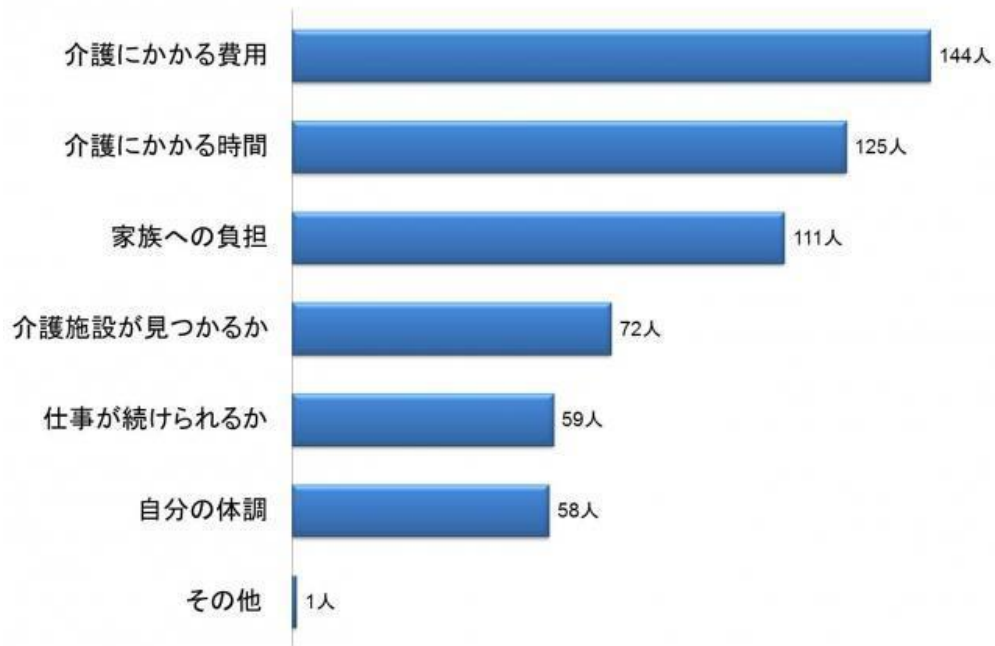


また、親の介護については「親の介護が心配」または「介護経験がある」と回答した人は 51.6%を占め、その大半が費用面での心配を挙げていた。

Q. 親の介護について心配はありますか。

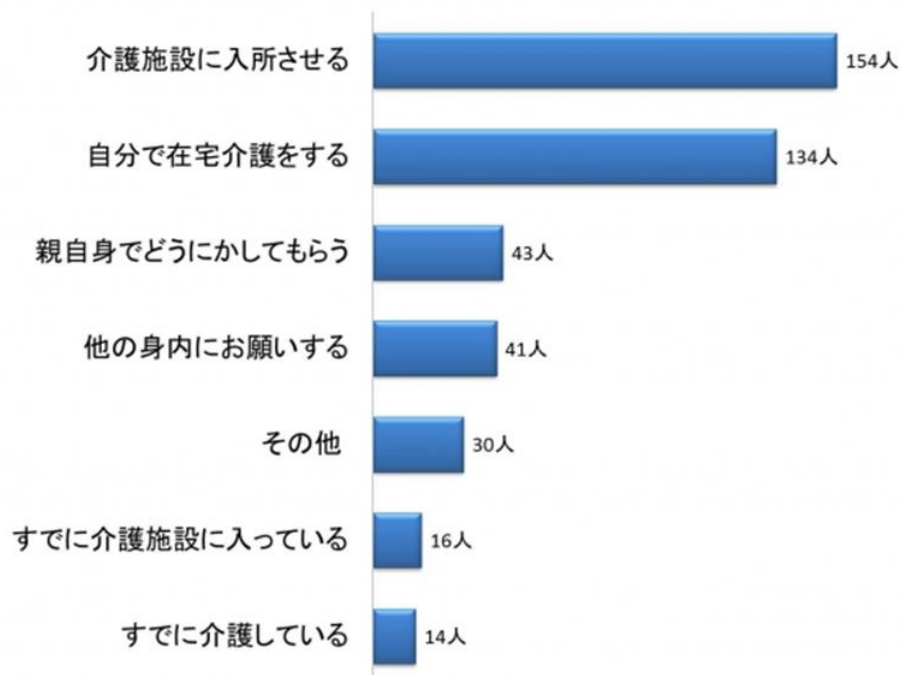


Q. 親の介護について心配な事はなんですか。(いくつでも)



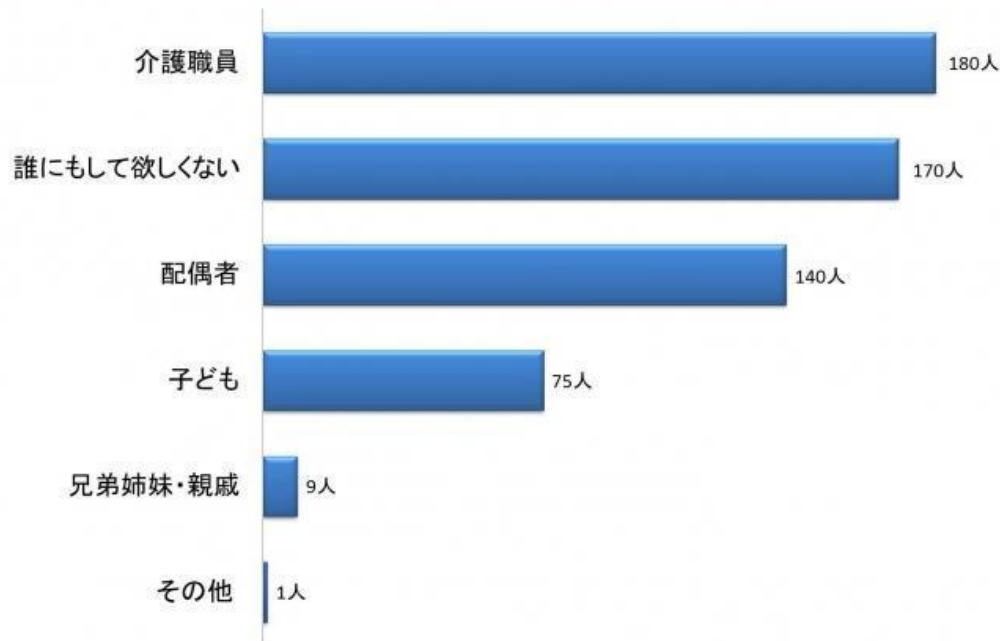
親が生存している 432 人に親が介護状態になったらどうするかという質問をしたところ、回答の第一位は「介護施設に入所させる」で 154 人（35.6%）、第二位は「自分で在宅介護する」で 134 人（31%）であった。

Q. 親が介護状態になったらどうしますか。



また、自分が介護状態になってしまった場合、だれに介護を頼みたいかを質問したところ、36%が「介護職員」、34%が「誰にもして欲しくない」との回答であった。

Q. 自分が介護状態になった時、誰に介護して欲しいですか。(いくつでも)



『保険クリニック 親と同居「したくない」は「したい」の2倍以上！「親の介護が心配」
「自分の介護が心配」はほぼ同数 40歳以上の子世代に聞く、敬老の日アンケート』
(<http://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000257.000001256.html>)

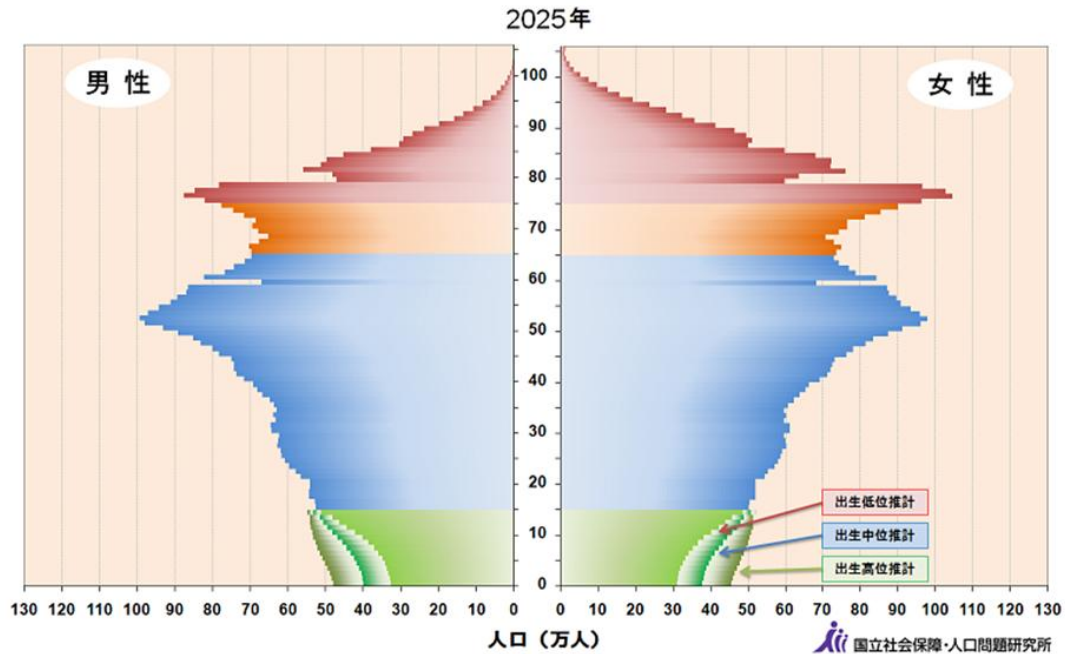
以上のことから、親の介護について費用面の心配はあるけれども、同居は望ましくなく、介護状態になってしまったら介護施設へ入所させたいと考え、自分が介護状態になった場合でも、身内に迷惑をかけたくないがため介護職員に介護されたいという人や、誰にもして欲しくないという人がいることから、高齢者が安心して暮らせる施設や住宅の整備が早急に求められると考えられる。

第三節(1.3) 介護における問題点

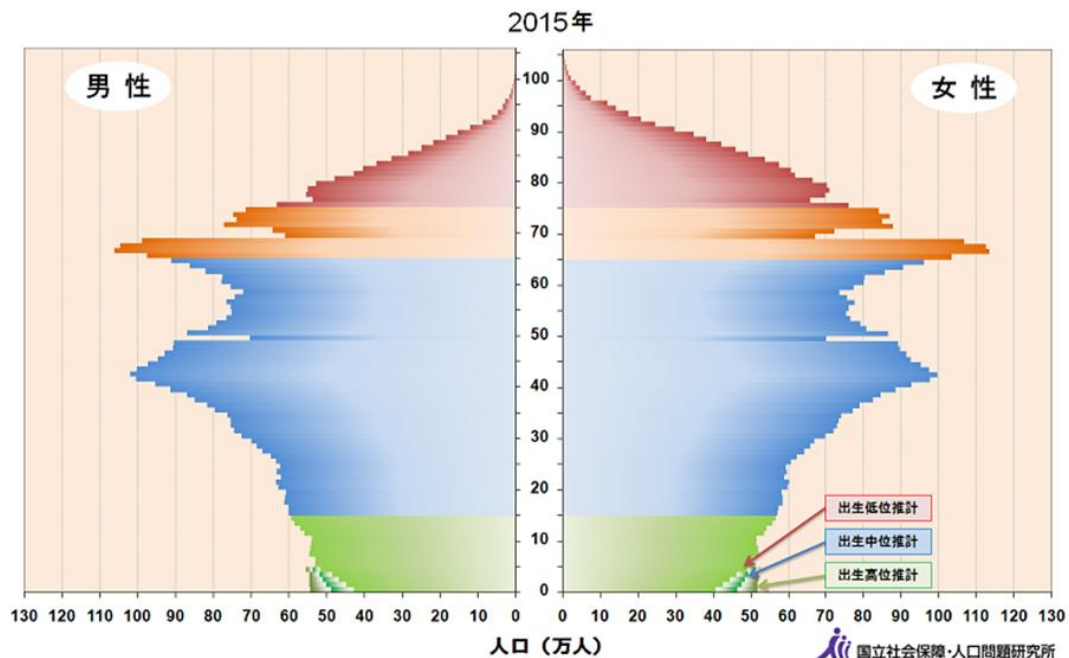
第一項 (1.3.1) 2025年問題

平成27年度には、1947～1949年生まれのいわゆる「団塊世代」「ベビーブーム世代」と呼ばれる約1000万人が前期高齢者(65～74歳)に到達し、その10年後である、平成37(2025)年には介護年齢とされる75歳以上になり、高齢者人口は約3500万人に到達する

と推計されている。その人達が一気に介護年齢になると老人ホームのパンクや介護サービスが追い付かないという混乱が予想される。



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』。



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』。

『人口ピラミッドは国立社会保障・人口問題研究所から引用』

特別養護老人ホーム（特養）は増やせないけれども、有料老人ホームを増やすことはできる。しかし、入居者の経済的事情から、費用が高い有料老人ホームではなく、費用が安い特別養護老人ホーム（特養）に入りたいという人が大勢いて介護難民となっている。

特別養護老人ホーム（特養）とは、国が運営をしているものである。現在は6300件ほどあり、入居金が0円、月額利用料も10万円程度と費用を安く抑えられるのが特徴である。一方民営の老人ホームは「有料老人ホーム」と呼ばれ、その中でも「1 介護付き有料老人ホーム」「2 住宅型有料老人ホーム」「3 健康型有料老人ホーム」と細分化される。3は日本にはほぼ存在していないが、1と2はそれぞれ3000件ずつほどあり、サービスの質は各事業所によって異なる。サービスにもよるが、入居金が数千万円、月額利用料が12～40万円かかる。

特養と有老を比べると、その他経費（おむつ代は個人負担、食事代、その他費用）で値段が変動するとはいえ、初期費用がゼロで入居できる特養は魅力的であり、入居申し込みが殺到しているのもそこから来ている。逆に有老はサービスによっては入居待ちの必要がないところもある。

特別養護老人ホームの入居申し込み者数は平成26年厚生労働省の発表では約52.4万人で、要介護度別の内訳として、要支援等の申込者は9,425人（全体の1.8%）、要介護1の申込者は67,052人（全体の12.8%）、要介護2の申込者は101,874人（全体の19.5%）、要介護3の申込者は126,168人（全体の24.1%）、要介護4の申込者は121,756人（全体の23.3%）、要介護5の申込者は97,309人（全体の18.9%）であり、要支援者や比較的軽い要介護度1～2の申込者が178,351人（全体の34.1%）と高い割合で申し込んでいる。

特別養護老人ホーム（特養）に入所したいと希望している高齢者の申込者数である約52.4万人のうち約9万人弱が要介護4と5の状態の高齢者が在宅で待機しているという現状であり、要介護4は排泄や入浴、日常生活のほとんどが介護を必要としている状態で、要介護5は全面的な介護を必要とする最も重い状態の高齢者である。

しかし、このように要介護度が高い高齢者が特養への入所を希望しているということは、在宅での介護は限界に近くなっていると考えられ、必要な人間に介護がいきわたっていないと考えられる。

特養への入所希望者については、特に早い段階で十分な数の施設が供給されるのが待たれるけれども、土地が少ない都市部では新たに建設するのが難しい背景もある。

老人ホームの施設が足りないと言われている状況の中で、ベッドは空いているけど入所希望者がいないという現象も起こっている。

入所希望者の多くは料金が安い大部屋を希望しているのに、大部屋はなかなか空きが出ないため入所できない状態になっている。

ベッドが空いている個室は料金も高額になるため、そこまで費用を支払えないという家族の意向で空いたままの状態が続いている施設も多い

そこで国は、平成 27 年 4 月から特別養護老人ホーム（特養）に入所できるのは原則として要介護 3 以上の人からに限定した。

けれども、要介護 1 や要介護 2 に人でも、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な人（①認知症で、日常生活に支障をきたすような症状が頻繁にみられる②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状が頻繁にみられる③深刻な虐待が疑われるなどにより、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること④単身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分であることなど）は、特例的に入所は可能である。

特別養護老人ホーム（特養）の入所が難しく介護難民が増えてしまうのならば、有料老人ホームの費用を安くすることで、経済的な事情から特別養護老人ホーム（特養）への入居しか選択肢がない高齢者を分散させ、有料老人ホームが増え、介護難民問題が解消できるのかというとそういうわけではない。

実際、多くの需要があると見込んで多くの企業が有料老人ホームを作ったが、肝心の入居者がいなければ意味がないため、入居者獲得のため、有料老人ホームの質を向上させるのだが、有料老人ホームの質が頭打ちになったときに、有料老人ホームの低価格化が進んで価格競争が勃発している。

しかし、有料老人ホームの低価格化を進めるためにコストの削減が不可欠なる。そこで、最も早く確実にコスト削減ができるものとして真っ先に削られるのは人件費である。人件費が削られることで、もともと人材不足の状態にある介護分野で、さらにコスト削減で人件費が削られ、人材の補給がなされない場合、施設内で深刻な人材不足が発生し従来のサービス提供というものが難しくなってしまう上に、どんなに頑張っても、給料は一般水準より低いといった介護従事者が報われない状態が続くことで、新しい人材の育成ができず、ケア技術の向上もできずに技術力の低下が進んでいく。

このような状態では、入居者が獲得できず、有料老人ホームは増えるどころかつぶれていっているというのが現状である。

そこで国は、アベノミクスの第二ステージとして、『1 億総活躍社会』の実現を目指している。そのために、従来の「三本の矢」に加え、新しい「三本の矢」を放つとし、そのうちの第三の矢、『安心につながる社会保障』に少子高齢化社会で仕事と介護の両立が大きな課題となっている現在「介護離職ゼロ」という、明確な旗を掲げている。



『自民党 安倍晋三総裁記者』

(<https://www.jimin.jp/news/press/president/130574.html>)

第二項(1.3.2) 介護福祉士不足問題

政府は介護離職ゼロの実現へ向け、特養の増設を行う方針を固めた、首都圏で不足する特養などの介護施設を増やすため、国有地を民間相場の4分の1程度の格安で事業者に貸し出す方針も固めた。

全体的に介護が必要な入居待機者を、2020年代初めまでに解消することを目標に掲げ、16年度当初予算から特養の増設を拡充する。

特養入居待機者は、13年度で全国に約52万人、このうち身の回りの世話が一人ではできず、自宅で待機している「要介護3」以上の約15万人をゼロにすることを目標とする。

特養を増やす具体策としては、消費税増税分を原資とする「地域医療介護総合確保基金」

(15年度の介護分724億円)を財源として活用し、社会保障の財源としては将来、家庭に眠っているタンス預金を掘り起こすことが期待される「無利子非課税国債」の発行が検討される可能性もある。

しかし、特養の増設には批判の声も多くある、介護離職ゼロのニュースが流れると同時に、ツイッターへの投稿が殺到し、24日の朝にはトレンドの2位になった。内容は待遇改善を訴えるものがほとんど。

「特養増やしても、働く人いないのに。まずは、職員の待遇改善から考えてほしい」

「ただでさえ人手不足なのにこんなことしても待機解消にもならないし、虐待問題増やすだけなんじゃないの？」

政府が目指す、家族の介護を理由に仕事を辞めるという意味での介護離職者ゼロではなく、まず先に、介護職に従事する人の離職者ゼロに着手しなければ、施設に空きがあっても、職員不足のために入所待機者がいる現状は解消できないとの指摘が相次いでいる。介護職員の数は2012年度には149万人と推計されているが2025年度には237～249万人が必要だとされている。厚生労働省の調べによると2014年12月時点で介護分野での求人倍率は2.68倍、神奈川県や三重県では4倍を超えている。

東京都社会福祉協議会が305の特養にアンケートを行ったところ、47.2%の施設が「職員不足」と回答。6か月以上不足の状態が続いている所は82施設にのぼり、対策として「入所の抑制」（特養9、ショートステイ7）や「閉鎖」（特養3、ショートステイ2）といった措置が取られているという。

つまり介護分野では、離職率が高く特養の数を増やしても、介護人材の増加が見込まれなければ単なるハコモノと化してしまう。

国は、このような介護業界の現状を理解できていないと考えられる。

老人ホームと老後について 施設の供給が追い付かない

(<http://roujin65.net/problem/supply/>)

厚生労働省 特別養護老人ホームの入居申し込み者の現状

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf>

『介護の実態:介護相談.net』

(<http://xn--xmq629gxfncua.net/kaigo/?p=2392>)

『ガジェット通信 介護離職ゼロへ「特養増設」に批判殺到 「足りないのは施設ではなく職員だ!」』

(<http://getnews.jp/archives/1160770>)

また、看護師や介護の仕事は労働環境が他業種より悪いことで知られており、「きつい」「きたない」「きけん」の労働環境の悪さを表す3Kと略されて言われることもある。しかし、看護師と介護福祉士の給与を比較すると、男女計の平均年数や勤務年数は同じだが給与額は看護師が322.0千円、福祉施設介護員は215.8と看護師の3分の2程度しかないのである。3Kに加えて、「きゅうりょうがやすい」の4Kが介護福祉士の増えない要因であることは間違いない。

		男女計			男性				女性			
		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)
産業別	産業計	40.9	11.6	328.8	67.9	41.7	13.1	369.3	32.1	39.1	8.6	243.1
	医療業	38.8	8.2	333.0	25.3	39.3	8.6	465.1	74.7	38.7	8.0	288.3
	社会保険・社会福祉・介護事業	39.0	7.1	242.4	25.6	38.5	7.7	282.9	74.4	39.2	6.9	228.5
	サービス業	37.9	9.3	369.0	70.9	39.6	10.6	407.7	29.1	33.8	6.0	275.0
職種別	医師	40.9	4.8	888.9	78.8	42.4	5.0	937.8	21.2	35.3	4.3	706.7
	看護師	35.9	6.8	322.0	6.2	33.8	6.0	312.2	93.8	36.0	6.9	322.6
	准看護師	44.5	9.9	277.1	8.3	38.0	9.7	292.5	91.7	45.1	10.0	275.7
	理学療法士、作業療法士	30.1	3.8	274.7	50.6	30.9	3.5	279.8	49.4	29.3	4.0	269.4
	保育士	33.5	7.7	215.9	4.7	31.3	6.5	252.2	95.3	33.6	7.8	214.1
	ケアマネジャー	44.9	7.1	260.3	24.2	39.9	7.0	286.8	75.8	46.5	7.1	251.8
	ホームヘルパー	43.9	4.4	211.7	16.2	36.3	3.4	242.7	83.8	45.4	4.6	205.6
	福祉施設介護員	35.8	5.2	215.8	31.4	32.7	5.1	231.7	68.6	37.2	5.3	208.6

厚生労働省 介護職員処遇改善交付金について

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

第四節(1.4) 国の政策の概要

日本は国民皆保険のもと、世界の中でも高水準の医療と介護を実現した。その証拠に WHO が 2015 年 5 月 13 日に発表した平均寿命ランキングでは、女性が 87 歳で世界 2 位、男性が 80 歳で世界 6 位という結果を残した。

しかし、平均寿命が延びる一方で出生率は低下傾向であり、少子高齢化が進んでいる。そのため、世帯主が 65 歳以上の単独世帯、夫婦のみの世帯が増加している。

厚生労働省によると、国民の 60%以上が自宅での療養を望み、ケアマネジャーの 50% 近くが医師との連携がとりづらいつと感じているなど医療・介護に連携が十分に取れてはいない。

そこで国は、医療・介護提供体制を「施設から在宅へ」と転換を図り、在宅医療の拡充、重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築を目指している。

『在宅医療・介護の推進について』

(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_00.pdf)

しかし、在宅医療では家族に負担が多くかかり、そのことから、患者自身が家族に迷惑をかけたくないと在宅医療のいようというものはあまり進んでいない。

国土交通省は、生活基本法に基づく住生活基本計画において 2020 年までに、高齢者人口に対する高齢者向け住まいの割合を 3～5%まで高めることを掲げている。

そこで、高齢者住居の安全に関する法律、通称高齢者住まい法を創設して高齢者向け住宅の促進を図った。しかし、高齢者が住宅を確保するにあたり、入居先の確保を容易にするために、高齢者の入居を拒まない賃貸住宅の情報を都道府県などに登録し、公開する「高齢者円滑入居賃貸住宅」、専ら高齢者を受け入れる住宅の情報提供をする「高齢者専用賃貸住宅」、事業者がバリアフリー仕様や緊急通報装置の設置など一定の整備基準を満たし、入居に当たっては、年齢が満 60 歳以上であることなどの制限がある「高齢者向け優良賃貸住宅」と似たような高齢者住まいが乱立してしまい、どの住宅を使えばいいのかがわからないという複雑な状況になった。

そのため、高齢者住まい法を改定し、上記の高齢者向け住宅をサービス付き高齢者向け住宅の創設することで一本化した。複雑な高齢者向け住まいの体系をシンプルにし、ハード・ソフトの最低基準を設け、質を担保しつつ、補助金や税制優遇、融資による支援措置を実施し、供給促進が図られている。

第五節(1.5) サービス付高齢者向け住宅の概要

サービス付き高齢者向け住宅とは、近年、急速な高齢化に伴い増加が見込まれる独居高齢者や老老世帯に対し介護と医療が連携し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる場所・サービスを提供する目的として民間事業者が運営するバリアフリー構造の住宅のことである。

サービス付き高齢者向け住宅の入居条件として、60 歳以上であれば、健常、要介護、要支援状態である状態であるかにかかわらず賃貸契約を締結することで入居できるが、都道府県単位で認可・登録された民間で運営されるためか、主に自立、軽度の要介護状態の高齢者を受け入れているというのが現状である。

サービス付き高齢者向け住宅を民間事業者が運営するためには都道府県単位で認可・登録することが必要であり、認可・登録を受けるためには登録基準がある。

住宅の設備面では①各入居者の専用部分の床面積が原則 25 m²以上である。（共用の居間・食堂・台所等が十分な面積を有する場合は 18 m²以上）②各入居者の専用部分が、台所・水洗便所・収納設備・洗面設備・浴室を備えたものである。（共用部分に共同して利用するための適切な台所・収納設備・浴室を備えることによって、各入居者の専有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には、各専有部分に台所・収納設備・浴室を備える必要はない）③バリアフリー構造となっている。（各部屋の床に段差がない・トイレなどに手すりの設置・車いすのままでも利用できる廊下幅の確保など）

サービス面では、社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事務所等の職員・医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員・介護職員初任者研修課程修了者といったケアの専門家が少なくとも日中建物に常駐し、安否確認サービスと生活相談サービスの提供することが必須となる。

契約面では、①書面による契約の締結②契約に専用部分が明示された契約③賃貸借方式の契約でも利用権方式の契約でも、長期入院などを理由にした、事業者側から一方的に解約の禁止といった、居住の安定が図られた契約内容となっている④事業者が受領可能な金銭は、敷金、家賃、サービスの対価のみであり、礼金や権利金、その他の金銭の受領の禁止⑤家賃、サービスの対価の前払金を受領する場合、前払金の算定の基礎、返済債務の金額の算定方法を明示・入居後 3 か月以内に解約、死亡により契約が終了した場合、日割り計算した家賃等を除いて、前払金を返却する・前払金に対して保全措置を講じる⑥サービス付き高齢者住宅の建築工事が完了する前に、前払金を受領することの禁止。

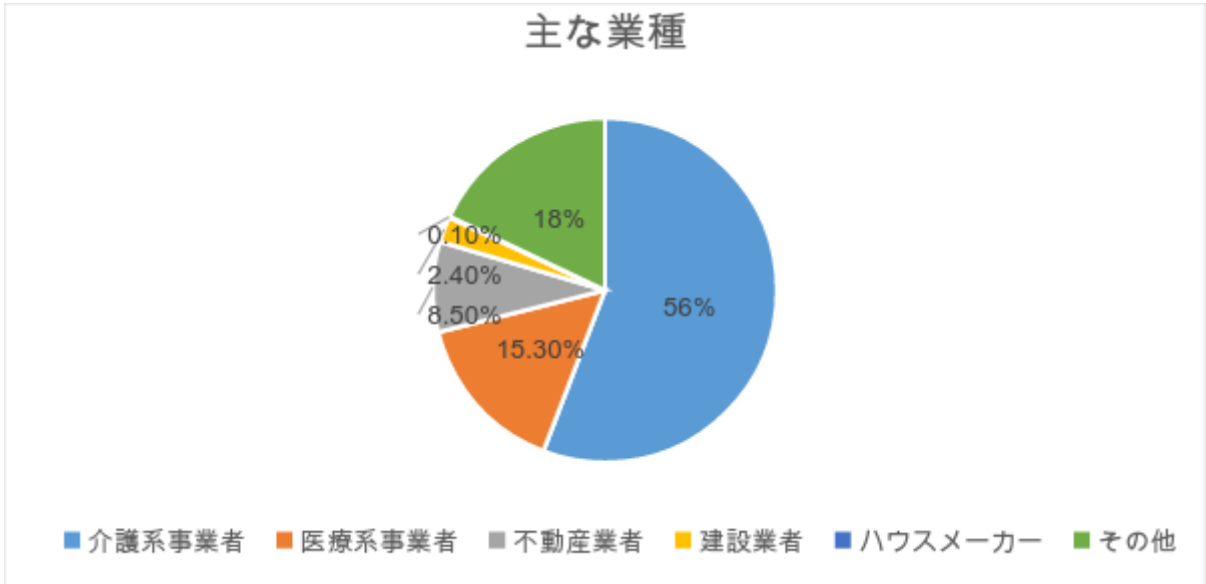
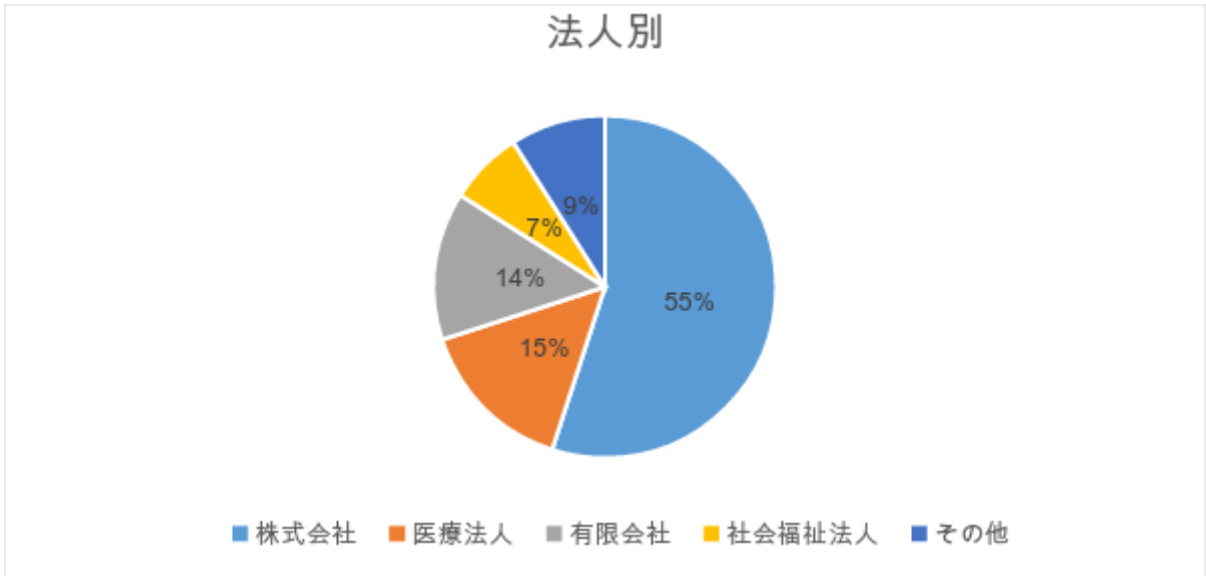
以上のように設備面、サービス面、契約面の 3 つの分野での基準があるがサービス面の基準ハードルが低い理由としては既存の高齢者住宅からの円滑な移行や新規参入を狙ったためとする考えがある。

サービス付き高齢者向け住宅のメリットは、①高齢者が契約しやすい②高齢者が住みやすい③入居者の権利が守られる④特定施設生活介護の指定を受けた施設も存在する⑤入居者自身の選択肢が多い、といったメリットがある。

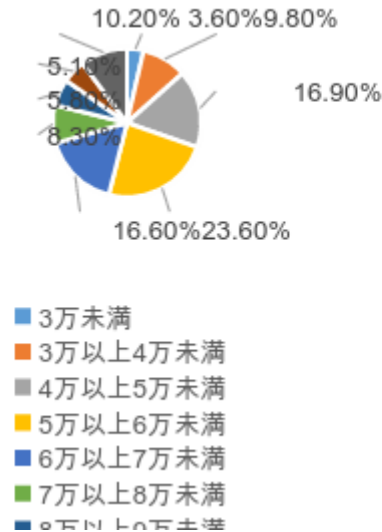
一方、サービス付き高齢者住宅のデメリットは、①比較的家賃が高い②連帯保証人を求められる③重度の介護状態や認知症では基本的に住み続けられない、といったデメリットが存在する。

第6節 サービス付き高齢者住宅の登録情報

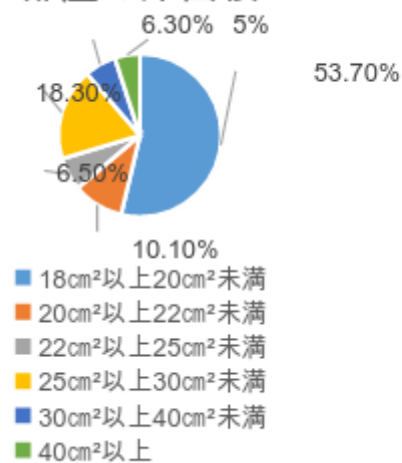
この章では参考文献を下に 2012 年の時の登録情報を整理し、一般的にサービス高齢者住宅の業種や担っている法人、床面積、家賃など様々な観点から見ていく。以下様々な登録情報をグラフで表した。※ 1 1



サービス付き高齢者住宅の月額家賃



部屋の床面積



第二章 先行研究及び本稿の位置付け

第一節 (2.1) 先行研究

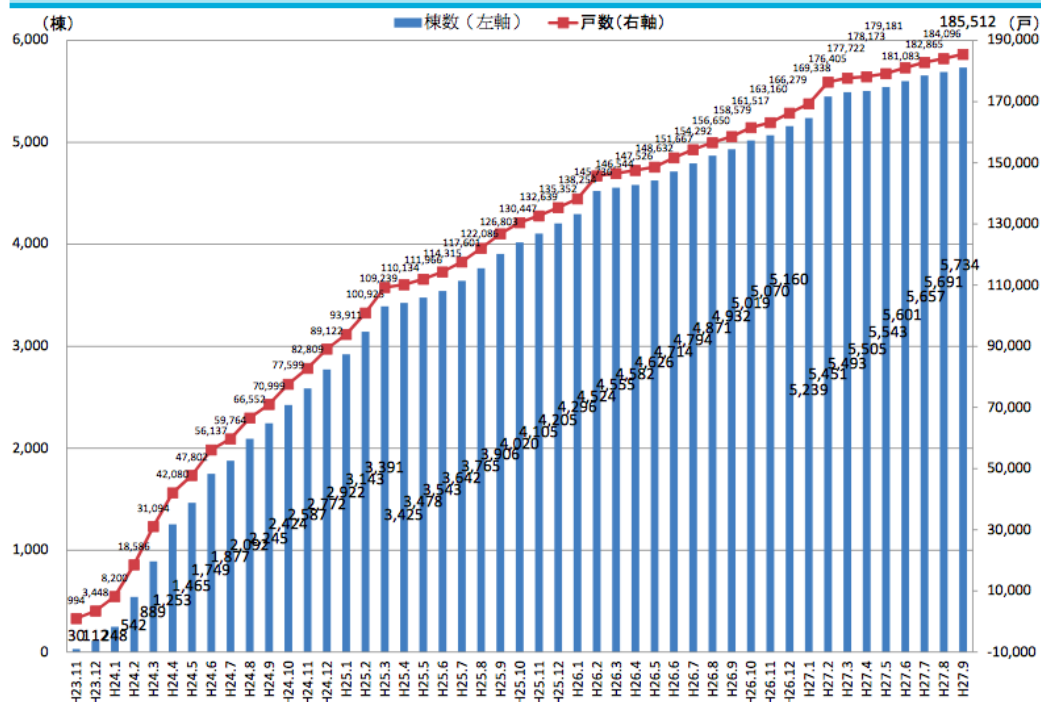
本章では私たちは研究にあたりサービス付き高齢者住宅と老人ホームの違いはわかったものの、介護のサービスの問題を俯瞰することで、起こりうるサービス付き高齢者住宅

の原因と問題点を考えたい。さらにトラブルにならないように事前に高齢者がサービス付き高齢者住宅に求めているものや心理を明治学院大学社会学部社会福祉学科岡本多喜子教授の教えの下、考察をする。これがあることでトラブルを防ぐ方法を少しずつ浮き彫りにしたい。

第一節 先行研究

サービス付き高齢者住宅は今後増えていく。2020年には60万戸を目標に急速に政府推奨の下で登録と建設が行われている。

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(H27.9末時点)



このような状況下で危惧されるのが、サービスの質の低下である。有料老人ホーム、高齢者住宅などの介護施設での様々な問題は日々私たちの耳に入ってくる。施設従事者から高齢者への虐待、金銭トラブルなど多種多様な問題が起きている。そのなかでも介護職員らによる虐待は増え続けており、厚労省によると、2013年度の相談・通報は962件で、前年度より約3割増えた。虐待と認定されたのは約4割増の221件。また、虐待の合った施設・事業所の別を見ると、「特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)」が69件(31.2%)

で最も多く、次いで「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」34 件（15.4%）、「介護老人保健施設」26 件（11.8%）、「有料老人ホーム」26 件（11.8%）という内訳になっている。介護職員による虐待の原因として最も多いのが「教育・知識・介護技術等に関する問題」が 128 件（66.3%）、次いで「職員のストレスや感情コントロールの問題」51 件（26.4%）、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ」25 件（13.0%）となっている。このような問題は急増する介護施設に対して働き手の数が追いつかない事による、人手不足が関係する。この人手不足の理由として介護労働実態調査（2013 年度）においてあげられたのは、「採用が困難」と回答した事業所が大多数。その原因（複数回答）については「賃金が低い」（55.4%）と回答した事業所が最も多く、次いで「仕事がつき（身体的・精神的）」（48.6%）、「社会的評価が低い」（34.7%）、「休みが取りにくい」（21.5%）などが続いた。このような問題から介護人材の確保が難しくなってしまう、人手不足が起き、一人一人の負担が増大し、ストレスを抱え、虐待に繋がってしまう。

※1

全国 1,741 市町村（特別区を含む。）及び 47 都道府県で平成 25 年度中に新たに相談・通報があった事例や平成 24 年度中に相談・通報があったもののうち、平成 25 年度中に事実確認や対応を行った事例についての虐待の程度（深刻度）の割合は、生命・身体・生活への影響や本人意思の無視等が 213 人（53.0%）である一方、最も重い生命・身体・生活に関する重大な危険は 22 人（5.5%）であった。虐待による被虐待高齢者の死亡事例はなかった。

※2

しかし、昨年、介護職員の虐待による死亡事故が起きてしまった。昨年 11 月 4 日、川崎の老人ホームで、4 階に暮らしていた男性当時 87 歳が転落。12 月 9 日に 4 階の同じ部屋から女性当時 86 歳が転落、同 31 日には、6 階の女性当時 96 歳が転落死した。いずれも未明に転落したとみられている。介護保険法に基づき、同社の子会社が運営する大阪府豊中市の介護付き有料老人ホームでの虐待問題も含め業務指導管理体制を調査。介護施設の増加に伴い虐待は急増しているが、早期に気づきにくいのが実情で、厚労省の職員は検査後、報道陣に「本社から各施設への支援体制が不十分で、事故の情報などがほかの施設

に共有されていなかった」と述べ、改善を勧告する見通しを示した。同社からは第三者委員会を設置し、改善策を検討するとの報告を受けたという。

虐待以外の問題もあり、介護士が必要な研修を受けないまま入所者に栄養剤注入などの医療行為を施したとして大阪府警が大阪府羽曳野市の介護付き有料老人ホーム「グランパ羽曳野」の元施設長ら計22人を医師法違反などの疑い、運営法人を社会福祉士及び介護福祉士法違反の疑いで書類送検した。2013年1月～14年9月、介護士が法的義務のある研修を受けないまま、入所者2人に対し、鼻に管を入れて栄養剤を注入する「経管栄養」を計659回実施し、別の入所者2人に計1365回、糖尿病のインスリン注射をした。厚生労働省によると、経管栄養の実施は12年の社会福祉士及び介護福祉士法改正で、研修を受ければ介護職員らも可能になった。インスリン注射は、医療行為として介護職員らが行えば違法行為にあたる。経管栄養は窒息などを引き起こすリスクがあり、研修には約50時間の座学と現場実習などがあり、期間は半年～1年、費用は1人あたり10万～20万円かかる。家族から「施設でしてほしい」と要望され、違法行為の認識がないまま職員が担当。認知症になるなどして自力でできない入所者に代わって介護職員がするようになった。有料老人ホーム等の高齢者施設で医療行為ができる人は看護師や医師の指導を受けた高齢者の家族に限られている。介護職員は医療行為を行うことができない。爪切りや歯磨き、耳垢の除去、ストマ装着のパウチにたまった排泄物の廃棄、カテーテルの準備、体位保持、などは介護職員でも行えるが、たんの吸引や点滴の抜針、人工肛門の管理、インスリン注射（糖尿病治療のための注射）、導尿などが医療行為の代表的なものとなっている。

ホーム・住宅内に特別な医療を受けている入居者が1人以上いるホーム・住宅の割合をみると、介護付ホームでは6割以上のホームに「経管栄養」の入居者がいる。また、「酸素療法」や「吸引処置」、「褥瘡の処置」などを受けている入居者がいるホームも4割前後を占めている。住宅型ホームでも「経管栄養」や「酸素療法」、「褥瘡の処置」等の割合が高いが、いずれも22～25%台であり、介護付ホームに比べるとその割合は低い。また、サービス付き高齢者向け住宅でも「酸素療法」や「経管栄養」、「褥瘡の処置」等が多いが、その割合は住宅型ホームと同程度である。介護付ホーム、住宅型ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のいずれにおいても特別な医療を受けている入居者が一定割合みら

れるのは、ほとんどのホーム・住宅において在宅療養支援診療所・病院またはその他の医療機関等との連携体制ができていることが影響しているためと考えられる。

虐待の問題も医療行為を引き受けてしまう場合も、施設の介護職員不足によって起きている。職員体制として介護職員比率は有料老人ホームのうち、「介護付有料老人ホーム」では、3人の要介護者に対し、1人以上の介護または看護の職員を配置することが義務付けられている。これを単純表記すると「3:1」となる。特定施設入居者生活介護の指定を受けている介護付ホームの職員体制をみると、「3.0:1以上」は30.9%、「2.5:1以上」が30.2%を占めるが、「2.0:1以上」や「1.5:1以上」などの手厚い人員配置を行っているホームも30%を占めている。ただし、これは、要介護者3名に対し、24時間常に1名の職員を配置するという意味ではなく、「3:1」は要介護者3名に対する常勤換算した職員の人数である。この人数で、早番・日勤・遅番・夜勤・公休とシフトを組んで援助体制をとることとなるので、常時に換算すると10名に1名程度となってしまう。多くの施設では1日のなかでも入浴や食事対応など人手を多く必要とする時間帯には、多くのスタッフを配置し、一方夜間は、少人数で対応するといった体制をとっている。

次に職員数（介護付ホーム）は特定施設の指定を受けている介護付ホームの職員数（常勤換算）をみると、全体平均では、看護職員は3.5人、介護職員は20.1人であるが、居室規模が大きくなるに従い看護・介護職員数も多くなっている。夜間帯の介護・看護職員の体制では、全体平均では介護職員が2.3人、看護職員は0.2人となっている。資格を有する職員がいる割合（複数回答）は有料老人ホームの職員が有する資格をみると、介護付ホームでは基本的に「看護師・准看護師」や「介護福祉士」、「介護支援専門員」など看護・介護分野の専門職が配置されている。また、「社会福祉士」など福祉全般の支援に携わる専門職を配置しているホームも30%を超える。医療機関との連携内容（過去半年間での実績）（複数回答）は在宅療養支援診療所・医療機関やそれ以外の医療機関との協力・連携体制をとっているホーム・住宅に対して、調査時点から過去半年間の医療機関との協力・連携の実績を確認した。

職員体制では3人の要介護者に対し、1人以上の介護または看護の職員を配置することが義務付けられていることから、人手不足を感じさせないが、この数字は常勤換算された職員の数であり、実際は10人の高齢者を1人の職員が見ている状況であり、人では十分ではない。

第2節 高齢者の心理

次に私たちは高齢者福祉に詳しい明治学院大学社会学部社会福祉学科の岡本多喜子氏への取材をし、高齢者の行動心理や求めているものとは何かを聞き出し、考察した。

高齢者になってくる前、現役のときから年を重ねるごとに自分の身体の衰えについては、敏感であり、そして自分が高齢者になった時、家で過ごすことが長くなったときや相手と一緒にいる時間が長くなった時に老いという問題を真剣に考えはじめる。もうここから自分の身体は強くなることはなく、衰えるしかないとおもう。さらに自分の子供に迷惑をかけたくなく、自分を邪魔者扱いされたくないという心理も働く。

そんな心理の中、サービス付き高齢者住宅にどのような期待を寄せるか。まず衰えるということを念頭におくと、まずバリアフリー構造である部屋は魅力的であり安心できる。生活相談サービスを施設にいるケアの専門家から聞けるとなると、不安事や相談事の解消にもなりうる。安否確認サービスをしてくれることで親族にも安心させることができるし、なにより自分に異変が起こった時に助けてくれる人がいるという点は非常に大きい。もしこのような施設が自分の住んでいる街にあれば、最高である。なぜならば高齢者は住み慣れた土地や街を離れるのが基本的にはためらう傾向にあるからだ。これは妥協になるが土地は離れたとしても、町さえ離れないようにあれば良いであろう。

そして近年では医療行為が行えたり、認知症入居可のサービス付き高齢者住宅が増えており、これから衰えていく高齢者の生活の入り口としては優良であると評価している。

ただ問題点があるならば、その中身が不安であること。介護をつかさどる住まい系の住宅としての業務である各種サービスがどこまでできればよいのか。想定されている介護の役割が老人ホームより簡易的ではあるものの、住まい系の福祉としての機能を果たせているのか疑問が残る。生活相談した入居者に対しどのような言葉をかけているのか。安否確認サービスの内容は確認できているのかなどがあげられた。

第3節 サービス付き高齢者住宅と有料老人ホームの違い

研究の視点を述べる前に、サービス付き高齢者向け住宅と同じく高齢者の施設として有料老人ホームというものがあるがそれらの違いについて説明する。提供されるサービスの違いとして、サービス付き高齢者向け住宅は、自分が受けるサービスの内容は一律なものでなく、自分で受けたい内容を選択することのできるプラン制度をとっているため、享受するサービスの自由度が高く、外出も入居者が自由にできるという、入居者の自由度の高

さが保障されていることから、介護による生活サポートというよりは住宅補助サービスによる生活の補助という色が強い。しかし、重度の病気や認知症となってしまった場合、退去となる可能性があり、退去後の移転先を自分で探さなければならない可能性も存在する。

一方、有料老人ホームでは、介護スタッフが24時間必ず常駐しており、家事・排泄・食事まで全面サポートを行う。このため、病気や認知症の高齢者でも老人ホームへの入居は可能である。しかし、享受するサービスにおいて入居者が自由に選択することができない、外出に制限があり届け出が必要となるといった入居者の自由度は低い。以上のようにサービス面では、サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの違いとして、サービス内容の選択といった入居者の自由度、病気や認知症に対しての対応といった違いがある。

基準の面での違いは、サービス付き高齢者向け住宅では、上記で述べたように、①各入居者の専用部分の床面積が原則25㎡以上である。（共用の居間・食堂・台所等が十分な面積を有する場合は18㎡以上）②各入居者の専用部分が、台所・水洗便所・収納設備・洗面設備・浴室を備えたものである。（共用部分に共同して利用するための適切な台所・収納設備・浴室を備えることによって、各入居者の専有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には、各専有部分に台所・収納設備・浴室を備える必要はない）③バリアフリー構造となっている。（各部屋の床に段差がない・トイレなどに手すりの設置・車いすのままでも利用できる廊下幅の確保など）という、3つである。

それに対して、有料老人ホームでは、常時1人以上の老人を入所させ、食事、護、家事、健康管理のいずれかの生活サービスと提供する。職員の配置として、常勤の管理者としての施設長・事務員・常勤換算で利用者100人につき1人以上の生活相談員・常に1人以上の介護職員・利用者が30人未満の場合は、1人以上で利用者が30人以上の場合は30人を超えて50人またはその端数を増すごとに1人を加えた数以上の看護師または准看護師である看護職員・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有するもので1人以上の機能訓練指導員・栄養士・調理員・専従で1人以上の介護支援専門職員である計画作成担当者という上記の職員を提供するサービスに応じて配置しなければならない。また、消防法施行令が改正されたため、2015年4月1日から小規模な介護施設であってもスプリンクラーをといった消防用設備の設置を義務付けられている。

以上のように基準面ではサービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの違いとして、サービス付き高齢者向け住宅では、安否確認と生活相談を最低限のサービスとして提供し

住宅としての基準であるのに対し、有料老人ホームは老人が1人以上入所しており、生活サービスを提供し、一定の職員の配置が必要であるという違いと大前提において老人ホームは介護を受ける必要がある人が利用する施設でサービス付き高齢者住宅は高齢者用の住宅なのである。

第4節研究の視点

第1節で介護の問題をあげた。数は老人ホームは従来まで増加傾向にあった。しかし介護を司る職員の職場や労働面、人員不足などからなるストレスやなどが原因で虐待事故が起こってしまった。さらには不法な医療行為の原因は事業者の悪徳なその心構えが招いた事故である。二つに共通するのは数が増えた背景において、その老人ホームの中身が形骸化してしまった傾向にある。事故案件一つでもあればそれは重大なことである。数が増えても心構えと厳しくも実現可能な義務を課して統制を図ることで事故の予防となろう。

先程も述べたように、サービス付き高齢者向け住宅には安否確認と生活相談が登録の条件で必須である。しかし、具体的な方法すなわち頻度や手段、内容などは特に決まりがない。各事業によって個別設定されている。どのように安否を確認しているかが各サ高住ごとに違くと、それはサ高住の質に直結する。例えば、【毎日朝9時と夜18時に玄関のインターホンを鳴らして、返事があれば元気であるという判断をする。反応がない時が3回以上あれば管理人室の鍵を使い中に入る。】という方法があったとしよう。確かに入居者の安否の確認だけはできているが、本当にこれだけでいいかと言われればそれは不十分である。安否とは「無事であるかということ。（広辞苑 第4版）」とあるが、ドアの外から声が返ってきただけで無事だと判断できるのであろうか。それは早計ではないか。しっかりと顔を突き合わせ、会話をして初めて入居者が無事に生活しているということが判断できるのではないか。

生活相談サービスの面では、何を話したか、どのような様子であったかなどのサービス時の様子がうかがえそうな記録がないと、サービスを行えているのかが親族からすると不十分であり安心できない。記録があれば色々と有効活用もできる。

前も述べたがサービス付き高齢者住宅は数の増加でその中身が形骸化される恐れが老人ホームでの事故案件などから不安視される。サービス付き高齢者住宅の担う2つの必須

サービスは登録条件であるものの、具体的な内容などを事業者に任せている状態は極めて危険である。この2つのサービスが高齢者ニーズとなっている以上、しっかり応えられるように、質の低下を防ぐために早急に対策が必要と考えている。

第三章 分析

第1節(3. 1.) 実地調査(アイエスコート西麻布)

先程も述べたように、サービス付き高齢者向け住宅には安否確認と生活相談が必須である。しかし、具体的な方法(頻度や手段、内容)などは特に決まりがない。各事業によって個別設定されている。どのように安否を確認しているかが各サ高住ごとに違っていると、それはサ高住の質に直結する。例えば、【毎日朝9時と夜18時に玄関のインターホンを鳴らして、返事があれば元気であるという判断をする。反応がない時が3回以上あれば管理人室の鍵を使い中に入る。】という方法があったとしよう。確かに入居者の安否の確認だけできているが、本当にこれでいいかと言われればそれは不十分である。安否とは「無事であるかということ。(広辞苑 第4版)」とあるが、ドアの外から声が返ってきただけで無事だと判断できるのであろうか。それは早計ではないか。しっかりと顔を突き合わせ、会話をして初めて入居者が無事に生活しているということが判断できるのではないか。

しかし自分たちだけで安否確認の方法を考えても実情に即してなく、行き詰ってしまうため、私たちは実際にサービス付き高齢者向け住宅に取材を行った。

まず部屋の案内をしていただいた。アイエスコート西麻布は4階建てだが、上の階の移動はエレベーターを使う。階段も滑り止めのゴムがついていたりしていたが、使う人はいないそうだ。

各階に3部屋ずつ部屋があり、いまは空いている101号室の見学をした。玄関には二重の扉があり、玄関入ってすぐ右手がダイニング、キッチン、左手がトイレ、風呂となっていた。奥にベッドスペースがある。全体的にバリアフリー構造となっており、床の段差はなく、玄関の段差はスロープをつけることが可能とのことだった。手すりがあちこちに設置しており、どこの移動も手すりをつたいながら移動することは可能そうであった。病院の

ベッドについているような緊急ブザーがトイレ、キッチン、ベッドの三ヶ所についていて、押したら管理人または ALSOK 職員が駆けつける仕組みになっている。

ダイニングにはインターホンがあり、管理人室と通話可能である。部屋に供給される水道管にはセンサーがついており、12 時間水道供給がないと通報がなされる仕組みとなっている(夜間は 18 時間)。

部屋の案内をしていただいた後は管理人室で取材を行った。

アイエスコート西麻布は青山メディケアというサービス付き高齢者向け住宅も経営しており、より住宅に近い形態なのがアイエスコート、医療介護寄りなのが青山メディケアというように棲み分けをしているそうだ。

あくまで住宅のかたちをとってはいるが、青山メディケアの方は食堂、キッチン、風呂は共同、という老人ホームに近い住宅構造がなされている。アイエスコートは本当にただのマンションと見た目は変わらない。今は 9 部屋一人暮らし、2 部屋が夫婦で入居していて、平均年齢は 85 歳ほどである。

アイエスコートの基本情報を伺ったところで、本題の安否確認についての質問を行った。

Q、安否確認の方法、頻度はどのようなものか

管理人室にある業務日報にチェックを入れている、9 時頃と 17 時頃の 2 回対面して立ち話をする事で確認をとっている。外出していたり所用で顔を出せないときはホテルのようにドントディスターブの札をドアにかけることもできる。先述した水センサーも安否確認の一環である。

Q、生活相談の方法、内容はどのようなものか

管理人室に部屋ごとにノートがあり、入居者との日々の会話をつけている(〇〇月〇〇日 化粧品どこで買おうか迷っていた、部屋の機械についての質問など)また、サービス付き高齢者向け住宅の強みについてもお話を伺った。

老人ホームと違って住居であるので完全にプライバシーは守られてる、安否確認は最初の契約で了承はするが、部屋の中には安否確認で反応がなかった時しか入らないことになっている。一応事業者側からの推奨オプション(弁当配達、提携医師など)もあるが、訪問介護やデイサービスなども含めすべて自分で決めていいので、他のもっと安いオプションを利用しても構わない。入居者の要介護度とかによって部屋を追い出す、部屋の契約を打ち切ることとはできない、しかし対応できない医療措置などが必要になった場合は、青山メ

ディケアに移ることも検討できる。実際にそうした例があり、要介護度が上がった場合でも安心であると感じた。

やはり、入居のインセンティブとしては、「老いてもまだまだ生活できる人が、念のため入居しておこう」となり、自分の老後人生設計に積極的な高齢者がやってくるため、老人ホームとの違いはすでに把握してきている。

また、デメリット（弱点）についてもお話をいただいた。

24時間人がいるわけではないので、夜間はアルソックと提携をしているブザーが鳴れば20分で職員が駆けつけて来る。20分が長いか短いかどうかは意見の分かれるところである。有料老人ホームのように巨大な初期金はないが、賃貸住宅である以上、要介護度など関係なくしっかりと家賃を払える人じゃないと入居はできない。（月額家賃、水道光熱費、食費）ここはしっかりと最初に精査するポイントであるとおっしゃっていた。

第2節(3.2) 調査結果の分析

このように急増するサ高住の実態はどのようなものだろうか。以下では、2012年8月時点のデータをもとにした一般財団法人高齢者住宅財団による実態調査からみていくことにする。図表5は、高専賃とサ高住の参入事業法人や設備スペック、入居者等を比較してみたものである。これをみると、参入事業法人の割合は、高専賃の時と比べて、サ高住の方が介護サービス関連法人や医療法人の増加が目立つ。特に医療法人については、高齢者の求めるサービスに医療が欠かせないということもあるが、療養病床3の再編政策の中で、運営する療養型病院の退院後の受け皿としての機能を期待して参入が相次いでいるものとみられる。

設備面をみても、高専賃に比べて1戸当たりの平均面積は25㎡未満の割合が7割を占めるなど、居住空間の狭い物件が目立つ。また、住戸内に浴室やキッチンを設置している割合が大きく低下する一方で、共用の浴室や食堂を設置している先が大幅に増加している。入居者像も高専賃に比べて平均年齢は5歳上昇しているほか、入居者のうち自立者（介護不要）の割合も大幅に減少している。こうした状況を見る限り、サ高住は「住宅」というよりはむしろ「施設」化しているのが実態である。なお、足元の状況においても（2013年3月末時点）、サービス付高齢者向け住宅協会によれば、事業法人の割合は①介護サービス関連法人が63.6%、②医療法人等が16.1%、③不動産・建設業が11.4%と介護サービス関連法人の割合が大幅に増加している他、設備面においてもほぼ同程度の比率であり、

施設代替的なものが増加している状況が続いているようである。サ高住の理念からすれば、こうした施設のなかに偏って増えることは望ましいことではないかもしれないが、サ高住の制度が発足して間もないことや、高齢者のニーズが介護・医療サービスを安心して受けられることにあり、施設の数が増えている現状を考えれば、施設代替的なものが増えるのは致し方ない面もある。むしろ問題となるのは、これから施設がさらに増えていくことによって、勢いで入居することでサービスが思っていたものと違うと感じ、老人ホーム並みのサービスを追加し、結局老人ホームの利用料金を超えてしまうという実態もある。

実際にサ高住を利用している人の中には、「想像していたサービスではなかった」といった声が聞かれる。そこで二つの例を紹介する。

例 1.

介護カウンセラーをしている方のお客さんの例で、最近、「介護付き有料老人ホーム」から「サ高住」に移った人がいる。東京・丸の内働く娘が 80 歳代半ばの女性は、認知症で、身の回りの世話全般に見守りや手助けが必要な要介護 2 の女性だ。

毎日のように母親に会いたいという娘さんの希望で、最初は東京駅から電車で 30 分ぐらいの介護付き有料老人ホームを紹介したそうだが、1 年が過ぎたころ、娘さんの自宅近くにサ高住ができた。介護付き有料老人ホームは入居時に一時金として 580 万円を支払ったが、そのサ高住は一時金が無料。娘さんは毎日 1 時間以上長く一緒に居られるからと、母親を早々に移したのだが、移って 1 週間も経たないうちに娘さんから電話があった。聞くと、母親の部屋に泊まっていると言う。理由は（1）ケアがよくない（2）安否確認が不確か（3）居室に母親を見守るためのセンサーをつけさせてもらえない——などというものだ。

なぜこんなことになってしまうのか。

それは「サービス付き」という名称を過信したためである。サ高住は基本的に賃貸住宅だ。サービスといっても管理人程度の人を置くだけの施設もあり、介護は自宅で受けるのと同じように、外部の業者に依頼することになる。

その女性は、サ高住で声かけがないと寝てばかりになるので、日中は食堂のテレビの前に座らせてもらうことになった。ところが、食事時間外は誰も居なく、広い空間に 1 人ポツンといることになり、結局、居室に戻ったという。

そんなことから半年が過ぎた頃、娘さんは請求書の金額が上がったことに気づいた。内訳を確認すると、居室から玄関までの数メートルの移動介助にも1回1500円のサービス費がかっている。そのサ高住で毎月必要なのは、家賃と共益費と基礎サービス費だ。その上に食費、水道光熱費、移動介助など介護保険が適用されないサービス費が加算されて36万円になっていた。介護サービスの1割の自己負担は、外部の事業者に支払うものなので、別にかかる。介護付き有料老人ホームの入居一時金580万円を考慮してもサ高住の方が割高である。サ高住は、元気だけど一人暮らしになったり、離れて住む子どもの近くに移ったりする場合には有効なことがあるが、介護の必要な人には不向きなことがある。

サービス付きと言っても、介護サービスが提供されるわけではない。定額で示される費用以外に、お金がかかることがあるので、よく調べ、確認してから契約する必要がある。

例2.

3年ほど前から大手の介護サービス会社が運営するサ高住のひとつで暮らす友人の話だ。

ある日、別の入居者が緊急連絡装置を使って救急車を呼んだ。当然、職員が飛んで来て手助けをするものと思ったが、救急隊員に合鍵を渡すだけで部屋に姿も見せなかったという。

全てのサ高住でこのような対応をするわけではないが、そのサ高住の契約書には「原則として救急車には同乗いたしかねます」という一文が入っていた。

サ高住に義務づけられているサービスは「午前9時から午後5時までの生活相談」と「安否確認」の二つだ。生活相談といってもホームヘルパー2級（介護職員初任者研修終了）の資格があればよいので、専門性が高い人とは限らない。サ高住は、有料老人ホームに求められる様々なサービスや設備が義務づけられていない「簡素な老人ホーム」と言える。

有料老人ホームは消防法の決まりで、職員と入居者が毎年、消防訓練をする。消火のためのスプリンクラーの設置も義務づけられているが、サ高住にはいずれの義務もないのだ。

住宅型有料老人ホームは食堂、健康管理室、特別浴室、汚物処理室などを設ける義務があるが、ほとんどのサ高住は事務室と食堂があるだけだ。汚物処理室とは、汚れたおむつなどを保管する場所で、これがないために、交換してもらったおむつがゴミ収集の日まで部屋に置かれるサ高住もあるという。

部屋のゴミ出しや掃除といった日常の世話の費用も確認が必要で、住宅型ホームの多くは月々支払う「管理費」や「生活支援サービス費」に含まれるが、サ高住はこうしたサービスが契約に入っていないことが多い。

サ高住の部屋には鍵がついていて職員は勝手に入ることができない。自立して生活できるうちは当たり前のことだが、介護が必要になると、自宅に訪問介護を呼ぶのと同じ状況になる。

例えば、部屋の掃除ができた人も、要介護度が上がると自分でできなくなる。これを介護保険のサービスに入れるとしても、使えるサービスは、要介護度に応じて1カ月の利用限度額がある。限度内であれば、自己負担は所得に応じて1割か2割（8月から）だが、限度額を超えた分は全額が自己負担になる。体調管理なども自分次第だ。

厚生労働省は7月から、サ高住を有料老人ホームの一種と位置づけている。老人福祉法では高齢者を住まわせ、食事を出すなどのサービスをする施設は、すべて有料老人ホームになるからだ。

このように、サ高住は費用が安く見えるが、それはサービスが限られているためなのかもしれない。有料老人ホームとみなすなら、同じ基準を適用しなければ、誤解して入居する人がこれからも増えていく心配がある。

また、サ高住の施設の中でも、料金や契約方法・サービスが様々なため、これからサ高住が増えていく中で、一番重要である、安否確認や生活相談がおろそかになることが心配とされる。

第四章 政策提言

第一節(4.1) 政策提言の方向性

本章では私たちが考えている政策提言を述べるのだが、最初にこれまでの整理をして、このサービス付き高齢者住宅の介護面での役割、後で述べる政策提言の意味などを知ってもらいたい。

2章で述べたが、サービス付き高齢者住宅の政府推進の背景には、高齢者のみの世帯の急増、若年世代の減少から社会の在り方を2025年問題を迎えるにあたり考えなくてはならなくなった。そこで地域のなかで自助、互助を促しながら、効率的に公的サービスを使って住み続けることができる仕組みづくりが必要であると考えた。老人ホームや介護老人保

健施設などよりかは介護の負担が比較的少ない施設設備の需要の高まりから、2011 年 4 月 27 日に改正高齢者住まい法により、サービス付き高齢者住宅の登録が始まった。

まず前文にも述べたが、サービス付き高齢者住宅の入居者は老人ホームの入居者より、比較的自分で生活ができる人が多いということから、老人ホームの介護の内容よりかは、簡易的であっても良い。ただ最近ではサービス付き高齢者住宅にも介護の内容が老人ホームと変わらないところもあるが、本論文の政策提言にはあまり対象とはなっていないことを最初に留意してもらいたい。

私たちはサービス付き高齢者住宅へ取材を行った際、分析にも述べているが、多くの入居者は自分で生活できるということである。高齢になり住むには不安となってきた、そこで生活相談サービスや安否確認サービスがあり、何か生活面で問題があっても相談できるし、何か部屋で自分の身に何か起こっても助けてくれる人がいて、大丈夫なのではないか。そして部屋もバリアフリー構造であるといったニーズが高齢者にあるので、住む人が年々増えている。

近年政府推奨の下、サービス付き高齢者住宅は増えているが、数が増えれば増えるほど質の低下が起こりうると問題意識に述べた。そこでガイドラインを設定し、これからの新規事業者や既存の事業者に対して質の低下が起こらないようにする予防策が本論文の政策提言の内容となる。そしてこの政策提言の恩恵を受けるのは自活ができる入居者であり、その入居者の生活を守るため、先ほど挙げたニーズに十分に応えるために、私たちはどのようにすればいいのかを考察したのがこれから述べる政策提言である。

さらに第 3 章分析によってわかるようにサービス付き高齢者住宅、有料老人ホームとの違いという啓蒙活動が足りないことも事実ある。サービス付き高齢者住宅におけるトラブルを軽減するため

サービス付き高齢者住宅の介護面での役割であろうこの二つのサービスを規制強化すると同時にこれが介護の内容であり、事業者側の役割であると認知できるようなものにする。

第二節(4.2) 政策提言

まずそもそも老人ホームとバッティングしないためには以下の点を周知させる必要がある。

- ・「サービス付き」とは「安否確認」「生活相談」サービスのことであり、これ以外はすべて事業者が定めた追加オプションであるため、どのサ高住にもあるとは限らない。
- ・サービス付き高齢者住宅が担う介護の役割は安否確認と生活相談だけである。あとは個人のオプション行使である。
- ・老人ホームよりプライバシーの確保がなされている。
- ・老人ホームが要介護度に反比例して住居感が失われているのに対して、サ高住は一定の住居感の上に要介護度に合わせた訪問介護を選択できる。
- ・サ高住入居適齢期は、健康な高齢者である。
- ・サ高住はバリアフリーがととのったあくまで「賃貸住宅」である。

次に安否確認と生活相談を定めたガイドラインである。

【安否確認サービスの規制】

- ・朝、夕方各部屋に赴き、玄関先で簡単な会話をし、ノートに記録する。その際の入居者の様子、服装天候や会話の記録を絶対にする。会話は日常会話のようなものでよい。コミュニケーションをとることが大切である。

例) 今日はどのような予定ですか? 今日は買い物に行く予定だよ。何買われます? パンと晩御飯用の野菜だよ、のような簡易的な会話をノートに日誌のように書く。

他、本日はなにをしましたか? 体調はいかがですか? 何か相談あったらいつでも大丈夫ですよ、など

【生活相談サービスの規制】

- ・これも会話の様子、会話の議題やその日の服装、天候の記録をノートに写す。

具体的には何時ごろであったか。なにについての話だったか。どのようなアドバイスをしたかなど細かく書く。

【ノートについて規制】

- ・ノートは一部屋に一つ。その中に生活相談サービスと安否確認を記載する。
- ・ノートは高齢者の親族や行政が見たいということであれば、FAX で送れるようなものにする。ワードなどのパソコンでの編集は禁止とする。
- ・生活相談サービス、安否確認サービスのノートは事業者が作った専用の紙でもよい

挙げられる効果

ノートテイクしたものを誰が外の人、ここでいう行政や親族が見れるという規制がかかることによって事業者は見せることができるものにしなければならないことで、義務感を付与でき、事業者への引き締めとなる。例えば行政提出により指導などもできれば、親族が見ることができる福祉系住まいとしての評価もされるので事業者は中途半端な内容をノートに書きづらくなるだろう。

おわりに

この論文を執筆するにあたり、アイエスコート西麻布の職員の皆さま、岡本多喜子教授、研究会担当教授、その他ゼミ生の皆には大変お世話になったことをお礼申し上げます。ありがとうございました。

先行研究・参考文献・データ出典

※ 1

https://lh3.googleusercontent.com/IfxoTipQjytZ3U7bduSuuDRoNen331sx7IF1tny30R0v0GyTEss_k_PMmfr1_DIg5WRmo48aza_3jJ4av9Y9vqSB9oZg_BFZbFKJf1-NrhvBhG0q4iR-MBUATd8VBIIdW5UPfwcH6S0KATJWz

『総務省 HP (2) 少子高齢化・人口減少社会』

(<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h24/html/nc112120.html>)

『内閣府 平成 27 年版高齢社会白書（概要版）高齢化の現状』

(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html)

※ 2

https://lh3.googleusercontent.com/GGdqLpi0xNme8XM_lSy0DCd3lvpkUaKYIDACwPo8FA_h3hUfGG601d9ykjhaT2v9D-rj7ZsDERLnFQRhu0XEplmnZws3VHG6pTdsU7dTxtLkt3At747SxBdC2zEDWkp3rBobuUdA6xyFkifT

『内閣府 平成 27 年版高齢社会白書（概要版） 1 高齢者の家族と世帯』

(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_2_1.html)

※5

<https://lh5.googleusercontent.com/7HPqxqJgF4AYqrz9Vhti9Q0-kwNYiqYS7Emi3lf-qrjyyI505iFoVmcPDEGi9Pjh-SSWaDms-Wvn2AnPQwMVAKtchW4YVnBF11QEz4J0bHxRtttIUcdfpJfeZo6UU7H69KCKWMPcvyJRG8Am>

※6

『保険クリニック 親と同居「したくない」は「したい」の2倍以上！「親の介護が心配」「自分の介護が心配」はほぼ同数 40 歳以上の子世代に聞く、敬老の日アンケート』

(<http://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000257.000001256.html>)

※7

https://lh4.googleusercontent.com/f01ePwTB_URd66g-zOXz82fr1_hc37BQ_chUXdadiuGxn0H-1ubSeu0ecNfpwGqmrXtWjX1Sf2-j8e2wNQXqLSLUTsCXf7HHAzhFX7z-iUnEP0tLx4dvNh4KphYBhZ0dzK5sQTsLKT6Nk-02https://lh4.googleusercontent.com/JhpYm-RsD7FhcVAjvAk1WsLHcL9FSnzFgzACzhmNN99W1iBYWYGBesh7e4EzCNR1DEImY6NGCzhSQ5kr_WCjSp_pcf7b3eHvaCisM0IQCg1pJAnMHufNHatUttAy0ByAsuoLJ2n8MDo-a4d

『人口ピラミッドは国立社会保障・人口問題研究所から引用』

※8

https://lh4.googleusercontent.com/2dHnB-_aUCLCVYRAnCHPA4qCKqF10Dm88dBbHktMlS1MTHkejsbAhQ6K0Syfc5pkpli0-hkK2dDLwQ6gUrlSXHaTurfqBkrNk81nEx3VPdmtFaXH5Dxk4gH91tT4Y9eQEQhUzxZQSXYNPdTe

『自民党 安倍晋三総裁記者』

(<https://www.jimin.jp/news/press/president/130574.html>)

※9

(<http://roujin65.net/problem/supply/>)

厚生労働省 特別養護老人ホームの入居申し込み者の現状

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureshashienka/0000041929.pdf>

『介護の実態:介護相談.net』

(<http://xn--xm629gxfncua.net/kaigo/?p=2392>)

『ガジェット通信 介護離職ゼロへ「特養増設」に批判殺到 「足りないのは施設ではなく職員だ！」』

(<http://getnews.jp/archives/1160770>)

※10

https://lh3.googleusercontent.com/Q-0q8-jcDWm8rjmi29RCR7TCZI9z83d90AE--o8JTBBS72smKzJxgQADGHM1XK3hScdpPshEF_RSONa7h3agPD-cnJRZLFD1nDhp4nyWMOJnB1rCTaYgAESmZpV0dToV3u18x9RCoMnrStGd

厚生労働省 介護職員処遇改善交付金について

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

※ 1 1

慶応義塾大学出版会「地域包括ケアシステム 住み慣れた地域で老いる社会を目指して」 第9章