

沖縄県の高齢者住宅の現状と課題について

目次

はじめに

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1．全国的に増加する高齢者住宅 | 2．県内の高齢化の現状 |
| 3．本県の高齢者住宅の現状 | 4．介護保険施設の新設は困難 |
| 5．県内高齢者の所得水準 | 6．沖縄における高齢者住宅の展開 |
| 7．有料老人ホーム設置運営標準指針の改正 | |
| 8．自立高齢者向けの住宅 | |

おわりに

【要旨】

高齢者住宅の県内における開設状況をみると、介護保険制度により介護保険給付の対象となったグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）については順調に増加しているものの、有料老人ホームはグループホーム同様に民間業者が開設できるにもかかわらず、ここ数年来全く開設されていない。

その理由としては、本県においては、すでに介護保険3施設（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）の整備が他府県に比べ格段にすすんでいること、高齢者の所得水準が相対的に低いため、介護保険施設より自己負担額の大きい高齢者住宅が敬遠されていることなど、があげられる。

一方、介護保険施設には入所待機者があること、高齢者数が増加するにつれ、今後介護の必要なお年寄りが増えるとみられること、入院基本料の特定療養費化により医療保険療養病床等の社会的入院患者の受け皿施設が必要になること、などから今後も介護保険施設に対するニーズは衰えることはないものとみられる。

しかし、介護保険3施設は既に県の介護保険支援事業計画を充足しており、さらには介護保険料が高騰していることから、新規の開設は困難とみられる。よって、県内においては、おもに療養病床を持つ医療法人や社会福祉法人、あるいは医療・福祉複合体が施設に対するニーズに対応していくものと予想される。これらの医療機関は今後有料老人ホームを開設し、特定施設入所者生活介護の指定を受けて介護サービスを提供していくものと思われる。

有料老人ホームの設置・運営に関する国のガイドラインである有料老人ホーム設置運営標準指針が2002年4月に改正された（同年10月施行）。指針改定には無届施設に対する行政サイドの指導強化の目的もあるため、今後は無届を前提とした高齢者住宅開設は再考を迫られることになるとと思われる。一方、既存の高齢者住宅で施設基準が一部クリアできない等の理由で有料老人ホームとしての届出が受理されていないケースについては、提供している事業の内容等が適切と判断されれば、県は届出を受理する方向で指針を弾力的に運用することが望まれている。

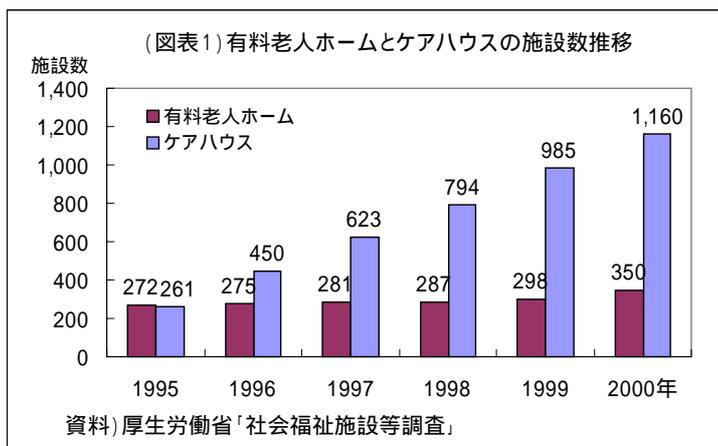
はじめに

介護保険制度がスタートして2年と半年余りが過ぎ、介護サービスについて様々な場面で採り上げられるようになった。さらに、介護保険制度の施行を契機に首都圏や地方都市では介護保険施設以外の高齢者住宅についても動きがあわただしくなっている。そこで、本レポートは、本県における高齢者住宅の介護保険制度施行後の動向と課題について考察を試みる。また、高齢者住宅運営に大きな影響を与えるであろう有料老人ホーム設置運営指導指針の改正と県内では初めてとなる高齢者向け優良賃貸住宅について触れる。

1. 全国的に増加する高齢者住宅

ここ数年、首都圏や地方都市においてケアハウスや有料老人ホームといった高齢者住宅の開設が増加している（図表1）。グラフの有料老人ホームは届出のあるもののみの数字であり、最近急増している有料老人ホーム無届施設を含めれば、高齢者住宅はさらに増加していることになる。バブル期に有料老人ホームがさかんにつくられたのに続き、第二次ブームとも呼ばれるここ数年の高齢者住宅の全国的な動きを、新聞報道や医療・介護関連の専門誌等を参考に以下にまとめてみた。

高齢者住宅の増加の要因としては、土地の確保難等から介護老人福祉施設の整備が進まないため、有料老人ホーム等がその代替的な役割を果たしていることがあげられる。また、最近の特徴としては、使われなくなった社員寮などの既存の建物を有料老人ホームに転用することにより建設



用地難を回避し、さらに投資額を抑えることにより、入居一時金が数百万円程度で月額利用料が15~20万円という格安タイプの供給が可能となったことがある。ごく最近では、土地のオーナーに上物を建ててもらい、それを有料老人ホーム事業者などが長期賃貸するといったリースバック型も増えている。

高齢者住宅の活況の背景には、介護保険制度施行により、有料老人ホームとケアハウスが特定施設入所者生活介護、それにグループホームが痴呆対応型共同生活介護としてそれぞれ介護保険の給付対象となったことがある。通常、有料老人ホームの入居者は、介護の必要な状況になった場合、有料老人ホームが提供する介護保険適用外の介護サービスを受けるか、近隣の居宅介護サービス事業者に出向くかまたは来てもらうかしていた。ところが介護保険施行後は、都道府県の指定を受ければ、有料老人ホームは居宅サ

ービス事業者となり、入居者は施設内に居ながら介護サービスを受け、かかった介護費用の1割を負担すればいいこととなった。

(図表2)おもな高齢者住宅の種類

区分	施設の類型	施設の概要、対象者	指定・補助の対象法人
介護保険3施設	介護老人福祉施設	常時介護が必要で、在宅生活が困難な要介護者	非営利法人
	介護老人保健施設	病状が安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者	非営利法人
	介護療養型医療施設	病状が安定している長期患者であって、常時医学的管理が必要な要介護者	非営利法人
介護保険の指定対象になる住宅	痴呆性老人グループホーム	において介護その他の日常生活上の世話および機能訓練行う施設	営利・非営利法人
	ケアハウス	無料または低額な料金で老人を入所させ、日常生活上で必要な便宜を提供すること施設	営利・非営利法人
	有料老人ホーム	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提供することを目的とする施設	営利・非営利法人
介護保険指定対象外公的の制度に基づく	高齢者向け優良賃貸住宅	建物のバリアフリー化、緊急時対応サービスなどを行う、低廉な家賃で入居できる住宅	民間の土地所有者 公団・公社
介護保険指定対象外制度的根拠なし	有料老人ホーム 無届施設	定員が9人以下であるなど、一定の要件を満たさないことなどから、有料老人ホームの届出を行っていない施設	

資料)日経ヘルスケア21編集部「グループホーム・高齢者住宅開設マニュアル2002-2003年版」より当調査部にて加工
注)高齢者住宅という場合、介護保険3施設を含まないこともある

介護保険施行後も特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険施設の事業主体は社会福祉法人や医療法人に限られている。しかし、有料老人ホームやケアハウスは、特定施設入所者生活介護の指定を受ければ、介護サービス上は居宅サービスと分類されるものの、実質的には介護保険3施設とほぼ同等な介護施設となる。つまり、民間の営利法人が介護施設運営に参入できることとなったのである。これが2000年以降の高齢者住宅の急増を後押ししている。

改装型あるいはリースバック型のいずれにしても、長引く不況により入居者やその家族を取り巻く経済的状況は厳しさを増しており、ここしばらくの有料老人ホーム増加の背景にあるのは、負担軽減に対するニーズと慢性的な介護保険施設不足とを民間事業者の参入により格安の高齢者住宅が供給されたことにある。次に本県の高齢者住宅の現状をみるが、その前に本県の高齢化の現状について触れる。

2. 県内の高齢化の現状

2000年国勢調査によれば、県内における65歳以上の高齢者は182,557人、県人口に占める割合(高齢化率)は13.8%となった。高齢化率は1995年より2.2ポイント上昇し、本県においても高齢化が着実に進行していることがわかる。全国平均の高齢化率17.3%と比較すると沖縄の高齢化はまだ低位にとどまっている。ただし、沖縄の65歳以上の高齢者数はこの5年間で33,990人増え、伸び率が22.9%となって、全国平均の20.5%を上回り、高齢者の数では本県は全国を上回るペースで増加している。

さらに都道府県の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所、平成14年3月推

(図表3)沖縄県の高齢者人口と高齢化率推移

単位:千人、%

	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
65歳以上人口	184,000	219,000	240,000	274,000	316,000	343,000	359,000
高齢化率	13.8	16.1	17.3	19.4	22.2	24.0	25.2
高齢化率(全国)	17.3	19.9	22.5	26.0	27.8	28.7	29.6

資料)2000年は国勢調査、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所

計)によれば、本県の高齢者人口は、2000年から2030年にかけて1.5倍以上に増加すると推計されている。このような高い増加率が見込まれるのは沖縄県以外には、埼玉県と千葉県、神奈川県、愛知県、滋賀県の5県のみである。

このように本県は、高齢化率は現時点で全国のなかでも低位にあるが、将来については全国平均を上回り、急ピッチで高齢化がすすむこととなる。これはこの先、本県にとって高齢化対策が他地域と比較しても重要な課題であることを意味している。

(図表4)世帯数の推移

単位:世帯、%

	沖 縄		全 国	
	世帯数	一般世帯に占める割合	世帯数	一般世帯に占める割合
核家族世帯	284,019 (7.5)	64.5	27,332,035 (6.1)	58.4
うち夫婦のみの世帯	57,250 (16.3)	13.0	8,835,119 (16.0)	18.9
うち夫婦と子供から成る世帯	171,681 (2.4)	39.0	14,919,185 (0.8)	31.9
65歳以上の高齢親族のいる世帯	122,871 (21.1)	27.9	15,044,608 (17.7)	32.2
高齢夫婦世帯(夫65歳妻60歳以上)	23,733 (34.0)	5.4	3,661,271 (32.5)	7.8
高齢単身者(65歳以上の単独世帯)	27,392 (31.0)	15.0	3,032,140 (20.2)	6.5

資料)国勢調査 注)括弧内は1995年からの増加率

世帯についてみると、一般世帯に占める核家族の割合は全国の58.4%に対して沖縄は64.5%と高く、全国でも埼玉県、奈良県に次いで3番目に核家族化のすすんでいる地域となっている。また、高齢者のいる世帯は、一般世帯の3割弱を占め全国より若干割合は小さいが、95年からの増加率では全国を上回る伸びを示している。高齢単身世帯は5年前より3割以上増加し、一般世帯の15%を占めるまでになった。県内の一人暮らしの高齢者は、全国との比較では、一般世帯に占める割合、95年からの増加率でも大きく上回っている。また、高齢単身世帯のうち73.0%は女性で占められている。

以上のことから本県においては、核家族化の進展、高齢単身世帯の増加がみられることから、いわゆる家庭の介護力の低下がすすんでいるとすることができる。

3. 本県の高齢者住宅の現状

3-1. 高齢者住宅

県内の高齢者住宅の整備状況は、届出のある有料老人ホームが2施設とケアハウスが3施設、グループホーム(痴呆対応型共同生活介護)が13施設の合計18施設である。そのうち有料老人ホームの2施設とケアハウスの1施設については特定入所者生活介護の指定を受けている。県内の高齢者住宅は、介護保険3施設が県内に合計157施設あるのに比べると非常に少ない。

(図表5)高齢者住宅の開設状況(沖縄県)

	開設状況		うち特定施設入所者生活介護床	2000年4月時点施設数	2004年度末整備目標(定員数)
	施設数	定員数			
有料老人ホーム	2	130	130	2	-
ケアハウス	3	150	30	2	150
グループホーム	13	133	-	6	220
合計	18	413	160	10	370

資料)沖縄県「沖縄県高齢者保健福祉計画2000年6月」ほか
注)開設状況は2002年11月1日時点(WAMNET掲載ベース)

老人福祉施設であるケアハウスは、県の計画にそって整備され、今年に入って1カ所設置されたことにより2004年度計画分を充足することになった。比較的小規模な施設であるグループホームについては、介護保険制度により痴呆対応型共同生活介護として在宅サービスのひとつに位置付けられたこともあり、整備は順調に進捗している。介護保険スタート後4カ月の2000年7月31日には6施設だったものが、およそ2年後には施設数13、定員数では133人と着実な伸びをみせている。一方、有料老人ホームは、2000年4月時点の2施設以降新たな開設もなく、首都圏や地方都市におけるブームは本県には無縁の状況となっている。

県の整備計画の縛りを受けるケアハウスは別としても、順調に整備がすすんでいるグループホームに対し、同じく民間の営利法人が原則自由に開設することのできる有老ホームが県内において開設されないのはなぜか。その理由については、介護保険施設の整備率が高いこと、県内高齢者の所得水準が低いこと、などが考えられ、それぞれについてみていくことにする。

3-2. 介護保険施設

県内の介護保険施設は2002年4月現在で介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、特養）が54施設、介護老人保健施設（老健施設）が41施設、病院や診療所の介護療養型医療施設が62施設の合計157施設となっている。定員数はそれぞれ、4,065人、3,732人、1,760人の合計9,557人となっている。介護保険3施設の整備水準は全国との比較でも突出している。2000年10月時点で比較すると、県内では高齢者10万人あたり5,188人分の介護保険適用床があり、これは全国平均のおよそ1.8倍の整備率であり、2位以下を大きく引き離しての全国一となっている。

介護保険施設は、厚生労働省の示す参酌標準というめやすに従って整備されることになっているが、2007年度時点での介護施設サービス利用

(図表6) 介護保険施設整備状況 平成12年10月

	介護保険施設定員(病床数)	65歳以上人口10万対(人)
1 沖縄	9,635	5,188
2 徳島	8,681	4,692
3 高知	8,477	4,349
4 熊本	16,446	4,190
5 福井	6,793	3,991
6 山口	13,615	3,981
7 福岡	33,937	3,931
8 北海道	39,936	3,921
9 佐賀	6,990	3,894
10 石川	8,437	3,849
全 国	648,559	2,912

資料)厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査の概要」

者数の参酌標準3.2%に対し、本県は2001年10月1日現在、4.9%と参酌標準より1.7ポイント高くなっている。参酌標準でみると、県内では、全国に比べて、1.5倍以上の介護保険施設がすでに整備されていることとなる。

冒頭で全国において高齢者住宅の開設が増加しているのは、介護保険施設不足がその理由の一つとなっていると述べた。本県では逆に全国で最も介護保険施設が整備されて

いることが、高齢者住宅の開設が進まない原因のひとつとすることができよう。

本題からは少し離れることになるが、介護保険施設整備について、特異な状況に置かれている本県の状況について説明を加えたい。

4. 介護保険施設の開設は困難

整備率が高水準ということで、県は新たな介護保険施設の開設を2004年度まで凍結している。本県の介護保険3施設のうち特養と老健施設については、介護保険がスタートした2000年の時点ですでに国の参酌標準を上回っていたため、5年計画である県の介護保険事業計画の最終年度である2004年度まで新たな施設の整備計画はない。また、介護療養型医療施設にしても介護保険開始時点でほぼ最終年度の計画を満たしていたため、こちらも最終年度までにあと55人分ほどの整備にとどまっている。

(図表7) 施設サービスの整備状況と整備目標

単位: 床(人)、カ所

	整備状況(2000年 3月31日)		整備目標		対象者推計		整備状況(2002年 4月1日)	
	施設数	施設数	2000年度	2004年度	2000年度	2004年度	施設数	施設数
介護老人福祉施設	4,065	54	設定なし	設定なし	4,186	3,933	4,065	54
介護老人保健施設	3,732	41	設定なし	設定なし	3,290	3,282	3,732	41
介護療養型医療施設	1,802	68	1,802	1,857	1,880	1,823	1,760	62
合計	9,599	163	1,802	1,857	9,356	9,038	9,557	157

資料) 沖縄県「沖縄県高齢者保健福祉計画」など

本県の介護保険施設の整備率が高い理由としては、これまで沖縄振興開発法により福祉、医療の分野で特別の高率補助が行われたことを挙げることができる。施設に対する補助率でいうと本土の2分の1ないしは3分の1に対し沖縄の場合原則4分の3であった。

介護保険はそのしくみ上、サービス水準が高ければ高いほど被保険者の支払う保険料が上がることになっている。施設整備が高水準で介護給付費が大きい本県の介護保険料は、よって全国一高くなっている。2003年4月より改定される全国の保険料の平均は、現行の2,911円より11.3%上昇し、3,241円となるのに対し、本県における市町村の保険料の加重平均は、現行の3,618円から5,324円とおおよそ1.5倍になる見込みである。

高いサービス水準は、また、保険者である市町村の介護保険財政を圧迫している。介護保険の保険者は財政不足が生じた場合、財政安定化基金からの借入れで不足分を補うが、2001年度は県内の40市町村が基金を利用し、その額は27億円を超え、02年度も23億円程度の借入れが見込まれている。これは、要介護認定者と実際のサービス利用者が介護保険給付計画を上回り、介護給付費が予想を超えて膨らみ大半の市町村が財政赤字に陥ったためである。2003年度以降も同様の推移が見込まれているため、上記のような保険料値上げとなったのである。

現在、県は現行計画である高齢者保健福祉計画の見直し計画(2003年度から2007年度の5カ年計画)を策定中であるが、その見直し計画の案によれば介護施設サービスについて、国の参酌標準等との整合性を考慮し、現在の施設サービスの基盤の範囲内で対応できる、としていることから、見直し計画の終了年度である2007年度まで介護保険

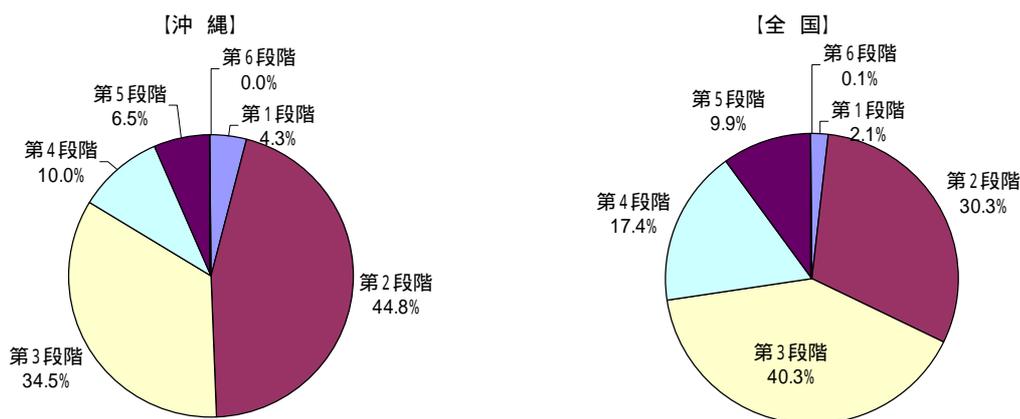
施設の新設はないものと考えられる。

以上、介護保険施設の整備状況についての説明が長くなったが、県下の介護保険施設の整備状況は全国比では高い。しかし、残念ながらこのことが既存の介護保険施設だけで本県における高齢者に対する施設ニーズが全て満たされているということにはならない。当調査部が昨年8月に実施した介護保険事業者に対するアンケート調査では、「入所待機者がある」と回答した施設が全体の80.8%にのぼり、介護老人福祉施設では3割強が「51人以上」と回答しており、大半の介護保険施設が待機入所者を抱えている実態が浮き彫りにされた。

入所待機者数については、ひとりが複数の施設に入所希望を出したり、また、すでに施設に入所しているながら、より条件のよい施設へ希望を出したりしていることも考えられ、かなりの重複分を含んでいるとみられる。よって、待機者数の実態把握は非常に難しいが、県内における入所待ちの高齢者はおよそ4,000人程度いるものとみられている。待機者の存在から施設ニーズはあると推測されるにもかかわらず高齢者住宅が開設されない理由として、次に考えられるのが高齢者の所得水準が低いことである。

5. 県内高齢者の所得水準

介護保険料は所得段階ごとに支払い保険料が決まっており、所得段階ごとの割合を全国平均と比較すれば、介護保険サービスを利用している県内高齢者の所得水準を推し量ることができる。2000年の第1号被保険者数の内訳をみると、本県において、保険料の基準額以下を支払う1、2段階の合計は全体の49.1%とほぼ半数を占めているのに対し、全国では全体の32.4%となっており、6.7ポイントの開きが生じている。また、基準額を超える4段階以上の合計では本県の16.5%に対し全国は27.4%となっている。



(図表8) 所得段階別第1号被保険者数

単位:人

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第5段階	第6段階	計
沖縄	7,855	82,373	63,496	18,398	11,912	0	184,034
全国	463,691	6,784,103	9,028,097	3,904,954	2,213,553	22,660	22,417,058

資料)厚生労働省「介護保険事業状況報告(2000年)」

この結果から本県全体の高齢者の所得水準を議論することはできないが、少なくとも介護の必要な高齢者に限定すれば、本県の高齢者は全国より所得水準が低いとすることができる。

高齢者住宅は施設種類ごとに自己負担額に違いがあり、入所希望者の所得水準が低ければ、利用できる施設が限定される。次に高齢者住宅を利用者負担の観点から比較してみる。

(図表9)介護保険の所得段階別対象者

段階	対象者	保険料の算定方法
第1段階	生活保護受給者 市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額 × 0.5
第2段階	市町村民税世帯非課税	基準額 × 0.75
第3段階	市町村民税本人非課税	基準額 × 1
第4段階	市町村民税本人課税で合計所得金額が250万円未満	基準額 × 1.25
第5段階	市町村民税本人課税で合計所得金額が250万円以上	基準額 × 1.5
第6段階	市町村民税本人課税で合計所得金額が700万円以上	基準額 × 2.0

資料)厚生労働省「平成14年版厚生労働白書」ほか
注)沖縄県には第6段階を採用している市町村はない

5-1. 県内高齢者住宅の利用者負担比較

介護保険3施設を含めた高齢者住宅を利用者負担という観点からみると、要介護度3のケースで比較した場合、老人福祉施設が1カ月49,950円と介護保険施設の中では最も安く、次に老人保健施設の52,800円、続いて介護療養型医療施設の61,950円となる。

(図表10-1)高齢者住宅の1カ月の自己負担額比較 -介護保険施設-

	介護費用の1割負担分	食事代	負担額
介護保険施設 老人福祉施設	26,550	23,400	49,950
老人保健施設	29,400	23,400	52,800
療養型医療施設	38,550	23,400	61,950

注1)介護報酬点数(1日当り)は要介護度3のケース(30日分)
注2)食事代は基本食事サービス費2120円(1日)の利用者負担分780円の30日

(図表10-2)高齢者住宅の1カ月の自己負担額比較 -県内の有料老人ホームの例-

	介護費用の1割負担分	食事代	家賃相当額	管理費	負担額
有料老人ホーム 特定施設入所者生活介護	20490	40,500	20,000	15,000	95,990

注)洋間一人部屋タイプの例

(図表10-3)高齢者住宅の1カ月の自己負担額比較 -県内のケアハウスの例-

ケアハウス	事務費	管理費	生活費	負担額
	22,000	33,900	42,930	98,830

注)年間収入が180万円超190万円以下のケース

介護保険施設以外の高齢者住宅では、特定施設生活介護の指定を受けた県内の有料老人ホームの例だと介護費用の1割負担分を入れて95,990円となる。ケアハウスは個々の施設ごとに年間収入区分による負担額が決められているが、県内のあるケアハウスの例では、年収区分が180万円超190万円以下で98,830円となっている。このケアハウスの場合、特定施設入所者生活介護の指定を受けていないため、利用料金には介護サービスに係る負担分は含まれていない。かりに入所者が外部の介護サービスを利用すれば別途負担分が発生する。グループホーム(痴呆対応型共同生活介護)も施設ごとに利用

料金が違うが、住居費や食材費、光熱費などに介護費用の1割負担分を含めて利用料金が月額10万円前後になる。

以上のことから入所者の負担のレベルで見れば、自己負担額が少ないのが介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設といった介護保険施設であることがわかる。

介護サービスの提供を前提とすれば、有料老人ホームであっても特定施設入所者生活介護の指定を受ければ何とか介護保険施設と競争できるレベルとなることができる。沖縄本島南部在の医療・福祉複合体の経営する有料老人ホームは、入居一時金がなく、食事代、家賃相当額、管理費の合計が75,500円と本土の有料老人ホームに比べれば極めて格安の料金設定となっている。さらに、特定施設の指定を受けていることから介護費用1割負担分を入れても月額10万円以下と介護保険施設と比較しても十分競争できる利用料金を実現している。この施設は現在満室の状態にあるが、入所者を集めるためにはグループ内にある特養と老健施設、有料老人ホームの全体で入所希望者の医療・介護の必要度や経済力等に応じて入所施設を決定するというグループとしての総合力があればこそその結果であると言わなければならないだろう。

以上のことから、高齢者住宅のなかで料金設定が低廉なのはやはり介護保険施設で、その中でも特養が最安となっている。次に特定施設指定を受けた有料老人ホーム、そしてケアハウスと続いている。先ほどの所得水準と利用者負担の関係から、県内で有料老人ホーム経営を成立させるには、介護保険施設並みの料金設定と、医療法人や社会福祉法人内に設置することにより、グループ内の医療機関との連携や特養や老健施設の待機者を取り込むといった、入居者確保を有利にすすめる工夫が必要である。

6. 沖縄における高齢者住宅の展開

これまで見た通り、沖縄における高齢者住宅の成功の条件は、毎月の利用料金が10万円程度と低廉であること、医療・福祉複合体が設置していること、である。県内では県の介護保険サービス事業計画上、これ以上の介護保険施設の開設は困難であるとみられることから、事業展開の選択肢としてはグループホーム、ケアハウス、有料老人ホームの開設が有力となる。ただし、ケアハウスについては県の整備計画をすでに充足しており、新設は難しいことから、残る事業展開の方策としては、グループホームが第1番手で次に有料老人ホームということになるだろう。特にグループホームについては、2004年度の整備目標まであと87床となっていることから今後先を争っての開設が続くものと思われる。

有料老人ホームを新設する場合、首都圏や地方都市においては既存の社員寮を改装して投資コストを削減し、利用料金を抑えるなどの工夫がとられている。しかし、県内においては改装に適した物件が少ないことから、今後、既存の医療法人や社会福祉法人、あるいは医療・福祉複合体の中でも体力のある法人が病院敷地内の空いた土地を利用す

るなどして設置する有料老人ホームがより現実的な選択となろう。

医療保険適用の療養型病床を有している医療法人等にとっては、有料老人ホーム開設を急がなければならない理由が出てきている。入院医療の必要は低い患者側の事情により長期に入院している、いわゆる社会的入院の解消を目的に2002年4月の医療報酬改定で特定療養費制度が導入されたことで、療養病床等に入院している患者のうち180日を超える者については、入院基本料金の一部を患者から徴収できることとなった。180日を超える部分について医療機関の給付率は入院基本料金の85%となり、その差額分の15%について患者から徴収するというもので、今後、緩和措置として設けられた期間に段階的に給付率が下がり2004年4月に85%の完全実施となる。入院基本料の差額分15%は、金額にすると5万2000円程度となり、この負担に耐えられない社会的入院患者は退院を余儀なくされるため今後それら退院患者の受け皿が必要になる。

日本医師会が昨年9月に介護療養型医療施設連絡協議会会員の33病院に対して実施した調査によると、医療保険適用療養病床の6カ月を超える入院患者は全体の約65%を占めた。これをもとに県内の医療療養病床の6カ月超患者を単純に求めると、県下の医療療養病床数が2002年8月時点で1,725床あり、かりに病床利用率を90%とすると、およそ1,000人がすでに特定療養費の対象になっていることになる。差額分を患者から徴収するかどうかは医療機関側の判断によるが、患者の負担力の問題から差額分を徴収できないとなれば、医療機関側がその分を「かぶる」ことになり経営上かなりの負担となる。

長期入院患者を抱える医療機関の対応策はいくつか考えられるが、県内においてはその選択肢がかなり限られている。まず、医療保険適用の療養病床は都道府県の指定を受ければ介護保険適用病床（介護療養型医療施設）とすることができるため、全国的には来春の介護報酬改定をにらみながら動きが出てくるものと思われるが、本県は2002年8月1日現在の介護保険適用病床数が1,752床、本県の介護保険事業計画における介護療養型医療施設の整備目標が2004年度で1,857床であることから指定替えの余地はあまりない。

また、厚生労働省では受け皿施設対策として療養病床等を転換して老人保健施設を開設する「転換型老人保健施設」を特例で認める方針である。全国的には今後医療保険適用の療養型病床がこの新型の老健施設に転換する事例が出てくるものと思われる。本県においては、しかしながら、介護老人保健施設についても整備計画通りに充足しており、これ以上開設できる状況にない。

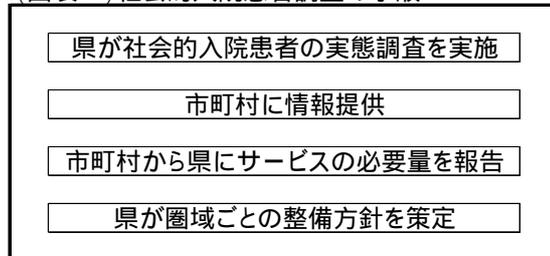
よってこれら社会入院患者の受け皿施設としては特定施設の指定を受けた有料老人ホームがより現実的な選択となることが予想される。ただし、医療法人については医療法の規定の関係で事業主体となれないことから、関連会社を設立するなどの工夫が必要になる。

現在、2005年から2009年度を事業年度とする次期県高齢者保険福祉計画（介護保険事

業支援計画含む)が見直しのための策定委員会を開いているところであるが、県の計画見直しのための指針よれば、長期入院患者のうち入院医療の必要性が低く、退院の可能性が高い者の人数を県が調査することになっている。そして、これら退院者の受け皿として想定されているのがグループホームや特定施設入所者生活介護である。

県中部に療養病床の退院者受け皿施設としての有料老人ホームがすでに開設されており、特定施設入所者生活介護として県の指定が得られる見通しである。今後はこのようなかたちでの有料老人ホーム開設が増加するものと見込まれる。県内では介護サービス事業計画との整合性から転換型老人保健施設の開設が困難であることは前述したが、本県においては、療養病床をそのまま有料老人ホームに転換することを認める「療養病床転換型有料老人ホーム」の制度を検討してはいかがであろうか。

(図表11) 社会的入院患者調査の手順



資料) 沖縄県福祉保健部「沖縄県の老人保健福祉計画の見直しについて(案)」

7. 有料老人ホーム設置運営標準指針の改正

ところで、有料老人ホームの設置・運営に関する国のガイドラインである有料老人ホーム設置運営標準指針が2002年4月に改正され10月より施行された。有料老人ホームとして届け出るにはそれ

(図表12) 有料老人ホーム設置運営標準指針の主な改正点

	改正前	改正後
廊下幅	片側に居室がある場合 1.8m	1.4m
	両側に居室がある場合 2.7m	1.8m
定期借地・借家	不可	可
居室	4人以下	個室

資料) 厚生労働省

注) 居室については特別養護老人ホームの個室化を踏まえ全面個室化

までの指針によれば、特にハード面においては、特別養護老人ホーム並みの施設基準をクリアしないといけないなどハードルが高かったものが、改正によりある程度緩和された。しかし、新築や建替えの場合は、新型特養の施設基準にあわせて全て個室にしないといけないなど厳しくなったこともあり、一概には開設が容易になったとばかりも言えない面がある。今回の改正の背景には、社員寮を改装した有料老人ホームなどといったこれまでの指針が想定していなかったタイプの高齢者住宅が増加しているという現状があり、改正により現状に指針の方を合わせたことになる。

事業者の中には劣悪な施設で質の悪い介護サービスを提供するものもあられ、行政サイドでは無届であるがゆえにそうした施設の実態把握が出来ないことが問題化していた。今回の改定はこうした無届の施設に対し、届出を促し、実態を把握することで指導をしやすくするという意図がある。特定施設の指定には有料老人ホームとして届け出ていることが前提となるため、新しい指針は、特定施設指定を前提とした有料老人ホーム

としての届出を後押しするものとみられる。また、届出というお墨付きを得られることから営業上も有利に働くと見る事業者もある。一方、迅速な事業展開のため、改装型高齢者住宅を当初から無届を前提として開設する事業者も多かった。こうした事業者は、役所への煩雑な手続きが必要となることをマイナスとみている。

7-1. 指針改正の県内への影響

今回の指針改定の県内高齢者住宅への影響については、有料老人ホーム開設などの事業拡大に興味を持つ介護保険施設事業者も少なからずあったことから今回の改正はこうした事業者には追い風になることが考えられる。一方、本県においては介護保険施設整備が県の事業計画通りすすみ、介護保険料も全国一の高さとなっていることが問題化していることは先に述べた通りである。よって、さらなる介護保険財政の悪化につながる特定施設入所者生活介護の指定は、市町村との事前協議の段階で難色を示される懸念も生じていることから、事業策定の際には特定施設の指定に対する方向性について、市町村の担当課からの十分な情報収集が必要となる。

また、無届け高齢者住宅に対する行政の指導が強化されることが予想されるため、無届けを前提とした高齢者住宅開設は今後再考を迫られることとなろう。

一方、既存の高齢者住宅で施設基準が一部クリアできない等の理由で有料老人ホームとしての届出が受理されていないケースについては、提供しているサービスの内容等が適切と判断されれば、行政に対して指針の弾力的な運用を期待したい。厚生労働省のスタンスも緩和に関して自治体の自主性を認める方向にある。ちなみに同省が示している緩和の具体例は以下の通りである。

廊下の幅員が指導指針を満たさない場合

車いすとのすれ違いが可能なスペースを設けること

介護居室が相部屋である場合

居室の定員を減員すること

介護居室の床面積を満たさないような場合

居室に近接して、談話ができる空間等の共用スペースを設けること

8. 自立高齢者向けの住宅

これまで介護サービス提供を前提に高齢者住宅をみてきたが、今後は介護の必要のない自立高齢者向けの住宅に対しても一定の需要が出てくるものと考えられる。理由としては、高齢者の意識の変化やこの先県内において厚生年金を受給する高齢者の数が増加し、所得水準の問題もある程度改善が見込まれることなどである。また、民間の借家率が高いことから高齢者向けの賃貸住宅に対するニーズも出てくるものと思われる。

県内においては、特定施設の指定を受けていないケアハウスがどちらかと言えば自立の高齢者を対象としているのを除いては、健康型の高齢者住宅はほとんど見受けられな

い。県中部在のある高齢者住宅は、廊下幅など一部が施設基準を満たさないため、有料老人ホームとしての届け出はしていないが、県内では数少ない健康型の高齢者住宅である。現状ではまだ満室とはいかないが、診療所併設で医療面のバックアップがあること、インターネット上にホームページを開設したことで、最近問合せが増えていることなどから、施設の担当者は将来的な集客については楽観視している。この高齢者住宅では、6カ月程度の体験入所を実施しており、それを通して県外から実際に数名のお年寄りが移住し入所している。県内における高齢者住宅の展開のひとつの方策としても参考になる事例である。

高齢者の意識の変化は、また、今後の高齢者住宅に対するニーズの拡大を示唆しているように思える。全国ベースの調査ではあるが、2002年版高齢社会白書によれば、子や孫との関係についての意識について、2001年現在、「子や孫とはいつも一緒に生活できるのがよい」が男性で44.4%、女性で46.6%を占めているが、1981年時点との比較においては、男性が11.4ポイント、女性で19.8ポイント減少している。一方、「ときどき会うのがよい」、「たまに会話をする程度でよい」、「全く付き合いわずに生活するのがよい」の合計が男性で49.6%、女性で46.7%であり、1981年時点との比較では男性で7.7ポイント、女性で15.1ポイント増加していることから、お年寄りの意識の面でも、子や孫に囲まれて過ごすことを望んでいる高齢者が必ずしも多数派とはいえなくなっている、としている。この数字をそのまま県内に当てはめることはできないが、条件さえ整えば県内においても夫婦だけで、あるいは一人で子や孫と離れて暮らす高齢者が増えてくるものと思われる。

(図表13)高齢者の子や孫との付き合い方に対する意識

単位: %、%ポイント

	男			女		
	1981年	2001年	差	1981年	2001年	差
子供や孫とは、いつも一緒に生活できるのがよい	55.8	44.4	-11.4	66.4	46.6	-19.8
子供や孫とは、ときどき会って食事や会話をするのがよい	30.9	40.2	9.3	24.6	38.2	13.6
子供や孫とは、たまに会話をする程度でよい	10.2	7.9	-2.3	6.3	8.1	1.8
子供や孫とは、全く付き合いわずに生活するのがよい	0.8	1.5	0.7	0.7	0.4	-0.3
わからない	2.2	6.0	3.8	1.9	6.2	4.3

資料)内閣府「2002年版高齢社会白書」

注)65歳以上に限定した集計結果

高齢者向け優良賃貸住宅

高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃住宅)は、国土交通省の「高齢者向け優良賃貸住宅制度」に基づくもので、住宅のバリアフリー化や入居者の緊急時対応サービスの実施など、一定の基準を満たした賃貸住宅の建設費や家賃に対し国と県が補助をするものである。高優賃住宅の事業主体には地方公共団体、住宅供給公社、都市整備公団などのほか社会福祉法人や営利法人もなることができるが、営利法人などの民間事業者が新築する民間建設型の場合、廊下・階段などの住宅共用部分や高齢者等向け設備の設置などにかかる部分などに関して国と県から3分の2の補助が行われる。また、家賃対策補助は、低所得者の家賃を減額する場合に、契約家賃との差額が国と県から補助される。

この制度は98年に創設され、2001年4月の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」制定に伴い、所得や入居高齢者の自立に関する資格要件が撤廃され再スタートした。制度自体は建物や設備の事業を中心に定めたもので、事業者は、高優賃住宅を自立の高齢者のみを対象にしたお年寄りの生活し易いアパートタイプとするのか、あるいは介護サービスを提供してより介護施設に近い運営をするのかを決めることができる。健康型あるいは介護型のいずれにしても、特に民間事業者にとっては高優賃住宅の建設費補助や家賃補填制度はかなり魅力的であり、さらに本県には高優賃住宅がまだ建設されていないことから全く新しいタイプの高齢者住宅として非常に注目される場所である。(ちなみに、県土木建築部住宅課は2002年12月中に高齢者向け優良賃貸住宅の募集のための説明会を開催する予定にしている。)

おわりに

今回のレポートでは取上げることができなかったが、国内の他の地域同様、これからは本県においても宅老所の存在がかなり重要性を増していくものと思われる。宅老所とは、比較的少人数の高齢者に対し通所、訪問、泊まり、居住と多機能な介護サービスをお年寄りの住み慣れた地域で提供する高齢者ケアのひとつの形態をいい、「小規模多機能性」が宅老所の最大の特徴となっている。施設は空き家となった民家などを利用してつくられるなど施設開設に多大な投資を要しない身軽さも持ち合わせている。

県内にも2001年4月に県宅老所・グループホーム連絡会が結成され、現在10を超える宅老所が運営されている。宅老所の提供する通所、訪問、泊まり、居住といったケアは、介護保険制度の下では、最後の居住を除いては、それぞれ通所介護、訪問介護、短期入所生活介護となり、居宅サービスの指定事業者となることができる。しかし、長期の居住になると必ずしも痴呆高齢者のみを対象としない宅老所にあっては、介護保険制度になじまない部分が生じている。一方で、宅老所はこれまでの介護保険施設や高齢者住宅では拾いきれない、地域の細かなニーズに対処できるとみられることから、介護保険制度での対応が困難な部分については提供するケアの質を見極めた上で小規模多機能ケアを包括的に福祉予算で手当てするなどの方策も検討されるべきであろう。

(久高 豊)