

平成 2 3 年度老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業)

要介護高齢者の住まい（住宅、施設）の機能と評価の

あり方に関する調査研究事業 報告書

株式会社 明治安田生活福祉研究所

平成 2 4 年 3 月

目 次

I	調査研究目的	1
II	調査研究方法・事業実施体制	2
III	調査研究結果	4
1.	高齢者の住まいと機能のあり方	4
(1)	高齢者の住まいと高齢者住宅	4
(2)	高齢者住宅に関する現状の問題点	4
(3)	高齢者住宅に求められる機能と街づくり	6
(4)	高齢者住宅に求められる機能に関する実態調査	11
(5)	ドイツ、オランダにおける高齢者住宅と街づくり施策	18
2.	第三者評価のあり方	24
(1)	ドイツにおける第三者評価	25
(2)	オランダにおける第三者評価	34
(3)	高齢者住宅の機能と第三者評価のあり方	40

参考事例

1.	ドイツの事例—ノイス市における多世代住宅 Südliche Furth	44
2.	オランダの事例—ロッテルダム市の高齢者住宅 Akropolis	47
3.	日本の事例	51
(1)	大牟田市白川校区の事例	51
(2)	高齢者住宅の事例	52

参考資料

1.	単純集計	56
①	全体	56
②	サービス付き高齢者向け住宅	72
2.	アンケート調査票	88

I 調査研究目的

高齢者の終の棲家である介護老人福祉施設（以下「特養」と記す）が不足し、待機者の多さが問題となっているが、その待機者には軽度の要介護者も相当数含み、本当に特養を必要とする高齢者の数は報道される人数よりも少ない¹。

とはいえ、たとえばお泊りデイ制度化の是非に関する議論の中で、劣悪と思われる環境下のケースでもお泊りデイを利用したい高齢者が後を絶たない実態が併せて浮き彫りになった。この件が象徴するように、様々な要因で居場所がない高齢者が少なくない。高齢者が安心して最後まで居住できる住まいの確保が急務である。

一方、わが国の財政は厳しく²、社会保障給付にかかわる国庫負担財源の多くが国債という後世代へのツケで賄われている。GDPに占める社会保障給付費の比率をみると、わが国では深刻な少子高齢化が進む中、OECD 諸国平均 19.3%に対しわが国は 18.7%と、平均並みである。しかし高齢者ケアについては介護保険制度の創設もあり、OECD 諸国平均以上に給付しているものの、家族関係、たとえば子育て支援などに対しては、OECD 諸国の半分にも満たない。つまりわが国の社会保障給付は、後世代への借金のつけ回しで賄われ、給付内容は、高齢者層に手厚く、子供や若年層に薄い現状にある。

このように比較的高齢者層に手厚い傾向にあるものの、既述のように高齢者の住まいについては貧弱であり、この面での改善が求められる。こうした中、サービス付き高齢者向け住宅が高齢者の住まいの一つとして期待され、税制面などでも恩典を付加しその供給量拡大が図られている。しかし住まいとは、広く地域の中に存在するのであり、当該地域が高齢者にとって住みやすい街でなければ、サービス付き高齢者向け住宅だけが存在しても、その機能は十分には発揮できないであろう。その意味で、街づくりと一体的に捉えることが重要となる。

また、地域包括ケアシステムは高齢者ケアの観点から出発した街づくりだが、高齢者に限らず、子供も障がい者も、ケアを必要とする者全てを対象としたほうが、システムは有効活用され、システム運営の費用にも理解が得られやすいであろう。

本調査研究では、高齢者の住まいについて検討するが、近年、その供給量増が図られている高齢者住宅、その中でも特に新しく制度化されたサービス付き高齢者向け住宅に焦点をあて、高齢者住宅の機能のあり方を検討した。その際には、海外の街づくりについても併せて調査を行った。また、高齢者住宅はまだ産業として日も浅く情報量が少ないなどの課題もあり、健全な産業育成のためには第三者評価の検討が重要と考えられる。そこで海外の第三者評価を実態調査し、そのあり方について考察した。

¹ 医療経済研究機構「平成 22 年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究」2010 年

² たとえば政府債務の対 GDP 比は 200%を超え、先進諸国で最も悪い。

Ⅱ 調査研究方法・事業実施体制

本事業の実施にあたり、介護、医療分野に見識の深い研究者、実務家である慶應義塾大学大学院の田中滋教授、全日本病院協会会長および全国老人保健施設協会副会長の西澤寛俊医師、ドイツ在住の社会保障研究者である吉田恵子氏を共同研究者とし、研究を推進した。

調査研究にあたっては、文献調査、下記の有識者や事業者等へのヒアリング調査を行った。またサービス付き高齢者向け住宅と、サービス付き高齢者向け住宅への転換が期待されている旧高齢者専用賃貸住宅の事業者を対象にアンケート調査を行った。海外調査では、街づくりの基本コンセプトおよび介護施設等の第三者評価の実態を調査した。

研究実施体制

プロジェクトリーダー：松原 由美（明治安田生活福祉研究所主席研究員）

プロジェクトメンバー：菱沼 哲博（明治安田生活福祉研究所研究員）

大西 規加（明治安田生活福祉研究所研究員）

澤 耕一（明治安田生活福祉研究所研究員）

渡辺 直紀（明治安田生活福祉研究所研究員）

共同研究者：田中 滋（慶應義塾大学大学院教授）

西澤 寛俊（全国老人保健施設協会副会長・全日本病院協会会長）

吉田 恵子（ドイツ在住社会保障研究者）

アンケート調査

- ・調査実施時期：2012年2月～2012年3月
- ・調査対象：全国³のサービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅の事業者（または賃貸人）1,896件
- ・回収率：19.1%（サービス付き高齢者向け住宅のみの回収率は29.1%）

³ 東日本大震災の被災区域が多い岩手県、宮城県、福島県、茨城県を除く。

国内ヒアリング先

所属	氏名
・一般社団法人地域ケア総合研究所	所長 竹重 俊文 氏
・医療法人社団 慶成会	理事長 大塚 太郎 氏 青梅慶友病院 理事長室次長 氏原 千寿子 氏
・医療法人社団 明正会	理事長 近藤 正明 氏
・株式会社学研ココファンホールディングス	代表取締役社長 小早川 仁 氏
・株式会社高齢者住宅新聞社	代表取締役社長 網谷 敏数 氏
・株式会社ベネッセスタイルケア	代表取締役社長 小林 仁 氏
・慶友ガーデンハウス	施設長 宇賀 慈浩 氏
・湖山医療福祉グループ	代表 湖山 泰成 氏
・社団法人 慈恵会	理事長代行 丹野 智宙 氏
・社団法人シルバーサービス振興会	健康長寿のまち推進センター主任研究員 池田 秀樹 氏
・湘南なぎさ診療所	事務長 中村 哲生 氏
・東京大学公共政策大学院	特任教授 内藤 伸浩 氏
・独立行政法人福祉医療機構	共済部 部長 土屋 敬三 氏
・横浜市栄区福祉保健センター	高齢支援課 高齢者支援担当係長 佐藤 治憲 氏
・特定非営利活動法人 お互いさまねっと公田町団地	担当者様

上記のほか、特養、介護老人保健施設（以下「老健」と記す）、有料老人ホームの看護師、介護職員、経営者層や、医療・介護事業経営コンサルタントへもヒアリングを実施した。

海外調査日程及びヒアリング先

国	日程		ヒアリング先
ドイツ	2011年 12月5日	(月)	・MDS(介護評価機関) 所長 Dr.Peter Pick氏、品質管理部長 Jürgen Brüggemann氏
オランダ	12月6日	(火)	・ヒュマニタス(社会福祉企業体) 理事長 Dr.H.M.Becker教授 ・NVTZ(医療保健福祉施設内部監査連盟) 会長 Marius Buiting氏 ・Woon Zorg(社会住宅福祉企業体) シニアプロジェクトマネジャー René Ploeger氏 ・Kenniscentrum wonen-zorg drs.Yvonne Witter氏 ・RUIMTE voor zorg(社会福祉事業アドバイザー) Henk Nouws氏
	12月7日	(水)	・オランダ住宅省 Frank Bonnerman氏 ・CPB(オランダ統計局) Dr Esther Mot氏 ・TNO(政府系コンサルタント会社) リサーチサイエンティスト Rom JM Perenboom氏、 医療保健不動産部門 drs. Fred Bisschop氏
	12月8日	(木)	・NVTZ(医療保健福祉施設内部監査連盟) 元会長 Jacques J.K. Gerards氏
ドイツ	12月9日	(金)	・Neusser Bauverein AG(介護サービス付き多世代住宅) 所長 Harald Denner氏 ・Diakonie Neuss(介護事業者) 責任者 Angelika Hochstrate氏 ・KDA(高齢者研究機関) 研究員 Ursula Kremer-Preiß氏

Ⅲ 調査研究結果

明治安田生活福祉研究所

主席研究員 松原 由美

1. 高齢者の住まいと機能のあり方

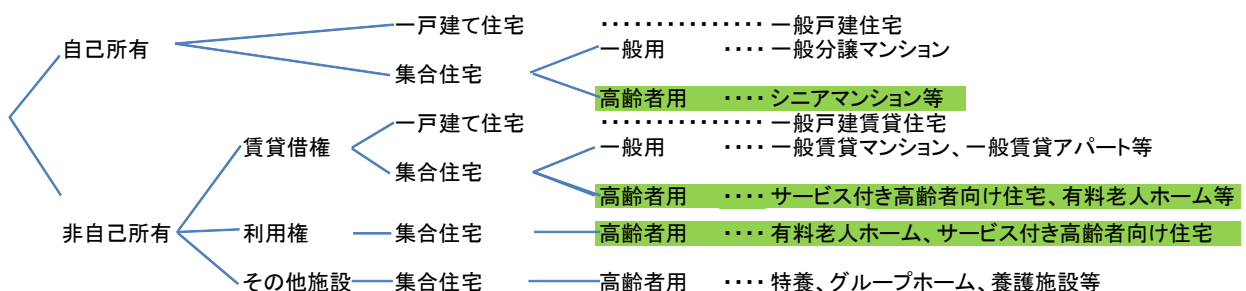
(1) 高齢者の住まいと高齢者住宅

本調査研究では、高齢者の住まいとは高齢者が居を定めて生活する建物とする。具体的には下記に示すとおりで、治療やリハビリを目的とし、その必要期間だけ入院・入所する医療機関、老健、介護療養型病床を除く、高齢者が住むすべての建物を指す。

ここで高齢者用とは 60 歳以上を対象とする。一戸建て住宅とは、一戸に一世帯のみが居住している場合を指す。少なくとも血縁でない複数の高齢者世帯が入居している場合は、集合住宅とみなすこととする。

本稿で高齢者住宅とは、高齢者の住まいのうち、自己所有および賃貸借の主な入居者を高齢者（原則、60 歳以上）とした集合住宅⁴を指し、特養等の入所施設や措置施設タイプは含まないこととする。現存する機関で具体的に言うと、シニアマンション、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、旧高齢者専用賃貸住宅等である。

図 1 高齢者の住まいの分類と高齢者住宅の位置づけ



*高齢者用:60歳以上

*一戸建て住宅:一戸に一世帯が入居の場合のみ。少なくとも血縁でない複数の高齢者世帯が入居している場合は集合住宅

* は高齢者住宅

(2) 高齢者住宅に関する現状の問題点

高齢者住宅の問題の第一は、高齢者住宅の絶対数の不足が挙げられる。たとえば高齢者数に占める高齢者施設・住宅の定員数割合をみると、スウェーデン 6.5%、デンマーク 10.7%、イギリス 11.7%、アメリカ 6.2%に対し、わが国は 4.4%と諸外国と比較して少ないことが判る。

第二は地域ケア提供体制の未整備である。

たとえば特に在宅では必要な介護が必要な時に利用しづらい（平成 24 年 4 月からの 24 時間定期巡回・随時対応型サービスの新設によって解消されることが期待されるが）、

⁴ 高齢者が利用しやすい作りなどの意味であり、建物全体が全て高齢者専用である必要はない。

医療と介護の連携不足、ショートステイが柔軟に利用できない。そのため、たとえば介護者が親族や知人等の葬儀に出席しなければならないなどの緊急時に高齢者を看てもらう先がなくて困る、レスパイトケアが不足するなどの問題等から、在宅を不安視する意識が増長されやすい。地域ケア提供体制が未整備であることから、必要以上に施設志向が強まることとなる。

第三は高齢者の孤立である。

各地域ではたとえば祭りなどの地域の催し物が減るなど、地域の人との繋がりが弱体化していることが指摘されて久しい。また、特に今後高齢者数の急激な増加が問題視されている都市部やその近郊の地域は、もともと地縁、血縁の薄い土地柄である。

かたや高齢者個人は歳を取るに従い、配偶者等の家族の喪失、友人の喪失に見舞われやすくなる。

高齢者の孤立は施設に入れば防げるとは限らない。施設においても引きこもりの高齢者は少なくない。

斉藤ら⁵によると、孤立した高齢者ほど、要介護や死亡に至る確率が高まるという。高齢者の孤立を防ぐ街づくり、地域力向上が求められる。

第四は介護保険施設との整合性の問題である。

介護保険施設は他的高齢者住宅と比べ利用者の自己負担が低い。高齢者住宅を含む在宅では出来高払いのため、要介護度が重度になるほど、介護保険給付範囲では間に合わず、利用者の自己負担が増えやすい⁶。これに対し介護保険施設であれば包括払いが適用されることから、様々な手間がかかっても同一要介護度であれば、原則同一料金である。

さらに特養に入所すれば、低所得者層は食費や居住費の免除（補足給付）が受けられる。同じ介護保険サービスでも、グループホームなどでは補足給付制度が適用されない。

また、従来特養は建設費に多額の補助金が入ってきたこともあり⁷、介護保険制度創設前後以降の建設であれば、建物が一般の高齢者住宅と比べデラックスである傾向がみられる。たとえば特養や老健の平均1床当り建設費は約1千万円程度といわれるが⁸、これに対し、ある有名高級老人ホームの1床当り建設費でも800万円程度にすぎない。かつ、病院、老健、特養をグループで経営する法人の理事長や事務長、介護施設を手掛ける建築設計事務所へのヒアリングによると、特養は当該地域の事業者を利用しなけれ

⁵ 斉藤雅茂ほか「高齢者の社会的孤立とその後の要介護・死亡との関連－AGESプロジェクト4年間の追跡研究－」老年社会科学 第32巻第2号 2010年

⁶ 2012年度以降、24時間定期巡回・随時対応サービス供給の増大によって解消されることが期待される。

⁷ 独立行政法人福祉医療機構が貸し出している先の資金調達内訳をみると、近年は補助金比率が低くなっているものの、たとえば介護保険制度創設の2000年当時、特養の補助金比率は約60%、これに対して老健の補助金比率は15%程度である。

⁸ 明治安田生活福祉研究所「平成22年度 老人保健事業推進費等補助金 持続可能な介護保険施設経営のあり方に関する調査研究事業」報告書

ばならないため、総じて割高な建設コストになるという。

このように、介護保険施設、特に特養は自己負担が相対的に低額で済む、かつ補助金が入り建設時期にもよるが建物もデラックスということで、低・中間所得層を対象とするサービス付き高齢者向け住宅や旧高齢者専用賃貸住宅事業者は太刀打ちできない。

このため、サービス付き高齢者向け住宅や旧高齢者専用賃貸住宅の入居者の多くは、特養待ちの入居者ということである。これらから、低・中間所得層を対象とする高齢者住宅が質、量ともに十分に伸びていないことが考えられる。

なお、特養では待機者待ちが社会問題になるほど多いため、チェリーピッキング（たとえば医療ニーズのある利用者や困難事例は断るなどいわゆる「いいところ取り」）が可能な状況にある。

このように、高齢者が安心して住める高齢者住宅が不足している。先進諸国と比べて高齢者数と比した高齢者住宅の数をみても、わが国は少ない。高齢者のニーズに合った、要介護になっても安心して住み続けられる高齢者住宅の普及が求められる。高齢者住宅という箱ものだけ、ハードだけが普及しても意味がない。高齢者住宅に求められる機能（ソフト）を持った住宅の普及が必要である。

だが既述のように住まいとは、広く地域の中に存在するのであり、当該地域が高齢者にとって住みやすい街でなければ、高齢者住宅だけが存在しても、その機能は十分に発揮できないであろう。高齢者住宅は、街づくりとの関連で初めて総合的に機能が発揮できると思われる。その意味で、街づくりの概念が重要となる。

誰もがいつの日か要介護高齢者になる可能性がある。そして要介護高齢者は常に人の支援を必要とする存在とは限らず、適切な支援を得られれば自立した生活を送ることが可能である。要介護高齢者が住み慣れた地域に住み続けるためのシステム、わが国では地域包括ケアシステムと呼ばれるが、それは何も対象を高齢者だけに限る必要はない。要介護高齢者も、健常な高齢者も、障がい者も、乳幼児も、妊婦も、病人も、何らかの支援を必要とする人々が、安心して普通に日常生活圏域の中で暮らしていくことができる「ケア付き街づくり」は、限られた資源をより豊かに、有効に利用することを可能にするであろう。さらにケア付き街づくりは、東日本大震災という大きな痛みの中でその重要性が再認識された地域力や、人との絆づくりの再構築でもある（51 ページの日本の事例参照）。

（３）高齢者住宅に求められる機能と街づくり

先に述べた有識者や事業者等へのヒアリング、わが国同様、公的介護保険もしくはそれに類似した制度を有するドイツ、オランダの高齢者住宅や施設の先進事例、各種文献調査より、高齢者住宅に求められる機能を整理した。それを述べる前に、高齢者住宅、および高齢者住宅を含むケア付き街づくりを考えるにあたって、以下にその考えの前提

を記したい。

イギリスの社会学者タウンゼント⁹は、施設入所者は自分で望んで入所しているのではないこと、施設の弊害として、役割の喪失、家族・友人・コミュニティとの関係の喪失、入所者同士の人間関係の隔離、孤独と不安、プライバシーと自立の喪失を体験しており、次第に自己決定能力を奪われていることを 1960 年代に指摘している。

当時から現在では半世紀近くが経っており、施設ケアは大幅に改善されているが、根本的には上記の問題を内包する可能性を念頭におきつつ、求められる高齢者住宅事業者の理念や高齢者住宅の機能を考えたい。

高齢者住宅事業者に求められる理念は、自己決定の尊重、自己能力の活用であり、高齢者住宅に求められる機能は、これまで通りの暮らしの継続である。できるだけ要介護になることを防ぎ、従来の暮らしを継続しながら、その人らしい生活を送ること、要介護になっても（重度になっても）、同一地域内で住み続けられることと表せるだろう。これらの機能を、集合住宅であるメリットを活かし、効率的に質高く提供することが求められる。

こうした概念を、もう少し具体的に捉えてみよう。

高齢者住宅に求められる機能としては、住宅ということで第一は建物に関するものが挙げられる。高齢者が車椅子で移動するようになっても利用可能な適切な広さ、要介護防止および要介護になっても住みやすいバリアフリー設計、プライバシーを守るため世帯別に独立した設計、清潔さなどは最低限必要である。

さらに、よく食べてよく排泄することは（高齢者の）健康維持には欠かせない。また、高齢者住宅には独居高齢者が比較的多いが、独居高齢者の場合、引きこもりなどが心配される。そういう意味で、健常者であっても 1 日に 1 度は、個室を出て皆で食事を取るといった生活スタイルが望まれる。そのためには、皆で食事ができるリビングの設置が望ましい。

第二は価格である。高齢者住宅事業者へのヒアリングによれば、利用者が何よりも重視しているのは価格だという。いくら高機能を有していても、利用者が支払えない価格では意味がない。そのため、手ごろな価格ということも重要である。

表 1 は世帯別の所得とその内訳だが、高齢者世帯の年間総所得は 307.9 万円である。さらにこれを所得金額階級別に分布を見たのが表 2 である。平均所得 307.9 万円に満たない層は 6 割に上り、中央値は 254 万円である。高齢者世帯の中間所得層（上位 3～6 割程度）を対象とすると、年収 200～350 万円近辺の世帯と言えよう。家賃、共益費（水道光熱費含む）、食費、介護や医療の公的保険料、介護サービスや医療サービスの自己負担分などオールインクルーシブで、月 15 万円程度から 25 万円程度が支払い限度の価格と想定される。

⁹ Townsend, P. The Last Refuge: A Survey of Residential institutions and Homes for the Aged in England and Wales. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.

表 1 1世帯当たり平均所得

	総所得	稼働所得	公的年金・恩給	財産所得	年金以外の 社会保障 給付金	仕送り・ 企業年金・ 個人年金・ その他の所得
1世帯当たり平均所得金額（単位：万円）						
全世帯	549.6	408.1	102.3	17.3	5.5	16.4
高齢者世帯	307.9	53.2	216.2	18.2	2.5	17.7
児童のいる世帯	697.3	626.0	32.3	14.1	11.2	13.7
母子世帯	262.6	197.5	9.2	3.4	40.0	12.4

資料：平成 22 年国民生活基礎調査

表 2 所得金額別世帯分布

所得金額階級	高齢者世帯	
	累積度数分布 (%)	相対度数分布 (%)
総数	・	100.0
50万円未満	2.4	2.4
50～100万円未満	13.1	10.7
100～150	25.2	12.2
150～200	37.8	12.5
200～250	48.7	11.0
250～300	59.9	11.2
300～350	69.6	9.7
350～400	78.0	8.4
400～450	83.7	5.8
450～500	87.6	3.9
500～600	92.2	4.6
600～700	94.8	2.6
700～800	96.2	1.3
800～900	97.2	1.0
900～1000	97.8	0.7
1000万円以上	100.0	2.2
1世帯当たり 平均所得金額(万円)	307.9	
世帯人員1人当たり 平均所得金額(万円)	197.9	
中央値(万円)	254	

資料：平成 22 年国民生活基礎調査

第三は立地である。アクセスの良さも、自立支援には重要な機能と考えられる。公共交通手段を用いて自分で買い物や銀行、郵便局等に行きやすければ、行動範囲が広がる。また、たとえ要介護状態で本人の外出が難しくても、家族や友人が会いに来やすい。

第四は基本的な生活支援サービスである。高齢者住宅の経営者へのヒアリングによると、食事は重要なサービスと認識されていた。その他、サービス付き高齢者向け住宅の要件では、生活相談サービス、安否確認サービスが挙げられる。要介護になれば、居室内清掃サービスがあった方が便利であろう。

第五は自立した生活についてである。要介護防止のためにも、依存を促進するのではなく、可能な限り自立した生活を支援する体制が求められる。高齢者住宅の介護職員へのヒアリングによると、たとえば片麻痺があっても、皆の洗濯物を畳む、ご飯をよそうなどの「役割」は、依存する立場から人の役に立つ立場へと要介護高齢者を変容させる。そして集団の中での役割は、日々の生活の中でのささやかな生きがいにも繋がると言う。

なんでも先回りして職員が支援をするのではなく、自分でできることは自分で行う風土こそが、自己能力活用のために重要であろう。

海外の事例では、高齢者住宅に共同で食事を作るスペースがあり、トーストを焼いてお茶を入れる程度であるが、要介護者であっても朝食を皆で作し、自分の力で食べていた。

施設と違い、外出も、(事前に職員へ声かけ等はするにしても) 当然本人の自由でなければならない。

第六は孤独の防止である。既述のように斉藤らによると、孤立した高齢者ほど要介護や死亡に至る確率が高まる。孤独の防止は、生活の質向上の面でも、要介護防止の面でも、介護費用抑制の面でも、重要な機能と言えよう。たとえばボランティアを行いたい、受けたらといった情報提供を、掲示板などを利用して行う、入居者による農作物づくり支援、料理支援、季節の行事、趣味・ボランティア活動・レクリエーションの実施や支援である。その他、基本的なことだが職員による声かけや挨拶が積極的に行われている、食事は最低でも1日に1食は複数人数で取るなどが挙げられよう。

第七は介護、医療についてである。高齢者が高齢者住宅に転居する大きな理由の一つに、介護、医療面への不安が指摘される。そのため、24時間365日、介護、医療面で不安がない体制が求められる。ただし必ずしも介護、医療職員が24時間常駐する必要はない。高齢者住宅の近辺(地域包括ケアシステムでは移動30分圏内と言われている)に、介護事業所、医療機関があり、適切にサービスが提供される体制であれば良い。これは何も新しい考えではなく、たとえば元日本医師会常任理事の天本宏氏が、1980年天本病院設立当時より、「地域を病棟」としてとらえ、「医療機関をナースセンター」として位置づけ、患者に呼ばれればすぐに対応できる、地域内完結型の、医療、介護サービス提供体制構築を試みてきたように、既に部分的に実践されてきたものである。

さらに、認知症患者数は高齢化と共に急速に増えており¹⁰、認知症に対する職員、関連機関による理解促進は必須である。認知症患者に対し先進的取り組みをしている施設へのヒアリングによると、認知症患者は周囲の対応が適切か否かで、大きく症状が変わ

¹⁰ 厚生労働省の推計では現在約230万人。

るという。たとえば共同勉強会を定期的を開催するなどし、最新の知識・情報を共有する必要がある。

また、行動障害を有する高齢者は、健常な高齢者と摩擦を生じやすい。その対応策の検討が求められる。

近年は在宅医療が見直されはじめており、場合によっては高齢者住宅で終末期医療を迎えるケースもある。本人・家族にとっては人生最期の重要な時であり、職員によって対応が異なっては高齢者住宅に対する信頼を大きく損なう恐れもある。終末期医療に対する職員、関連機関による理解促進が必要であろう。

第八は地域交流促進についてである。従来施設では、人里離れ隔離されたような場所に立地されることも多かった。しかし要介護になっても住み慣れた地域との交流は、高齢者の孤独防止、自己能力の活用、生きがいつくり等のためにも重要であると言える。実際に交流しなくとも、たとえば塾や保育園、地域の寄り合い所、カフェ、そば屋や食堂・レストラン、診療所、公園など多世代が集まる場所が高齢者住宅の建物内または隣接地にあれば、自然と普段の生活の中で、地域の人々、多世代と接する機会に恵まれ刺激を受けやすい。

さらに、祭りや防災訓練など、地域の催しに参加すれば、地域交流の機会が増えるであろう。

第九は苦情対処についてである。

高齢者住宅の機能の最後に、苦情対処について触れたい。ともすれば高齢者住宅は密室であり、高齢者にとっては終の棲家のつもりで転居することからも、苦情を伝えるにくい環境下にある。そのため、苦情を伝達したい場合、誰に伝えれば良いのかを明確にし、その結果がどのようなになったのか明示されるシステムづくりが求められる。

これらの機能をまとめたのが表3である。

表3 高齢者住宅に求められる機能

1. 建物について (1) 適切な広さ (2) バリアフリー (3) 世帯別に独立した設計 (4) 清潔さ (5) 基本的生活（食事と排泄）支援の作り（共同ダイニング）
2. 価格 (6) 手ごろな価格 例：ホールインクルーシブ [®] で月15～25万円程度
3. 立地 (7) アクセスの良さ
4. 基本的生活支援 (8) 食事サービスがある (9) 生活相談サービスがある (10) 安否確認サービスがある (11) 居室内清掃サービスがある (12) 外出支援サービスがある
5. 自立した生活支援 (13) 自分でできることは自分で行う風土 (14) 共同で食事を作るスペースがある (15) 外出自由
6. 孤独の防止 (16) 趣味、ボランティア活動、レクリエーションの支援 (17) 職員による声かけ、挨拶 (18) 食事は1日に1食はリビングで（複数人数での食事）
7. 介護、医療 (19) 24時間の介護と医療（しかし常駐ではない） (20) 認知症に対する職員、関連機関による理解 (21) 行動障害を有する高齢者への対応策（案）を有する (22) 終末期医療に対する職員、関連機関による理解
8. 地域交流促進 (23) 多世代交流 (24) 地域の催しに参加
9. 苦情対処 (25) 苦情を伝える先が明確。結果の明示

（４）高齢者住宅に求められる機能に関する実態調査

１）回答者の属性

先行研究によると、旧高齢者専用賃貸住宅の利用者の7割近くは同一市内からの転居者である¹¹。このように、高齢者住宅には従来の生活の継続などの機能が求められるわけだが、先に検討した高齢者住宅の機能が現実にどのようなものであるか、高齢者住宅の事業者はあるべき機能をどのように考えているのかを見てみよう。

¹¹ 高齢者住宅財団「改正高齢者住まい法施行後の高齢者専用賃貸住宅におけるサービスの付帯のさせ方と事業実態の把握、及び情報提供のあり方に関する調査研究」報告書 2011年

既述のように、高齢者住宅に求められる機能について、全国¹²のサービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅の事業者（または賃貸人）へアンケート調査を実施した。

回答を寄せた高齢者住宅の属性について見てみると、1棟当たりの居室数は約30部屋、入居可能人数は約36名と、中小規模集合住宅が多いことが判る。稼働率は約83%。事業開始年は2007年と、まだ始まったばかりの産業である。

要介護者の割合は7割。要介護者の平均要介護度は1.9、6割強の高齢者住宅に認知症の入居者がいた（詳細は56ページ以降のアンケート集計結果参照）。

2) 調査結果

回答を寄せた高齢者住宅の状況をみると、9割以上が手すり設置、段差解消、車椅子の通行可能な廊下幅の通行可能な廊下幅を満たしていた（図2）、9割以上が違う世帯との相部屋は有しておらず最低限のプライバシーが保持されていた、8割が共同で食事可能なダイニングスペースを有していたなど（図3）、建物（ハード面）に関しては、ほとんどの高齢者住宅において、求められる機能を備えていた。

図2 バリアフリーの状況

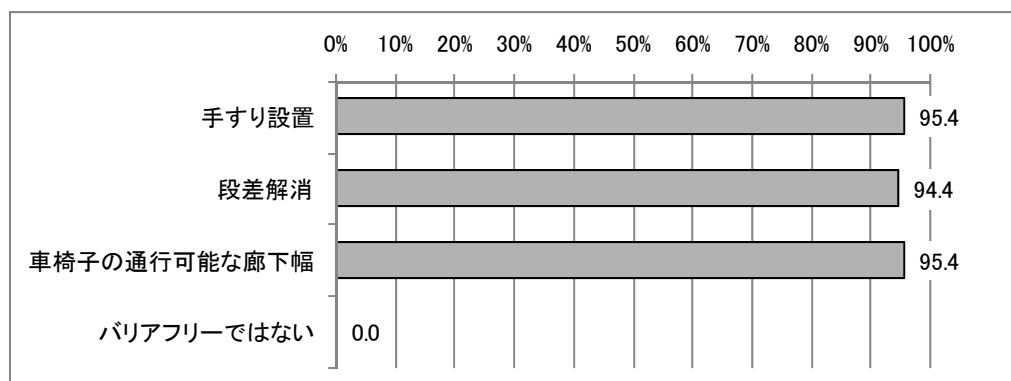
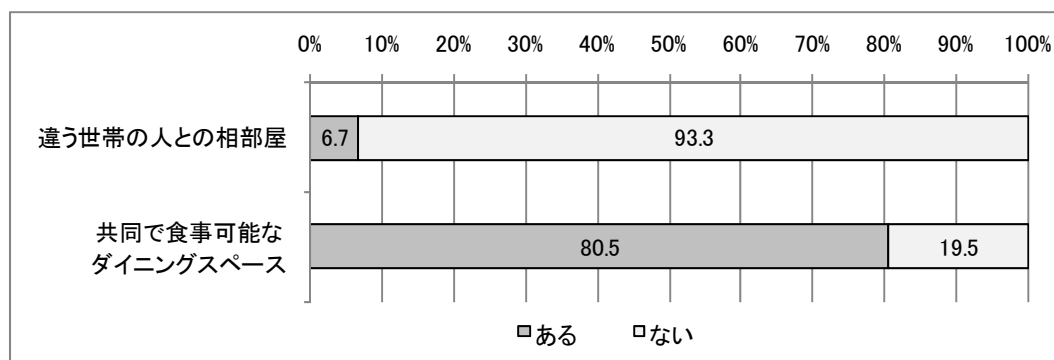


図3 違う世帯との相部屋、共同で食事可能なダイニングスペースの有無



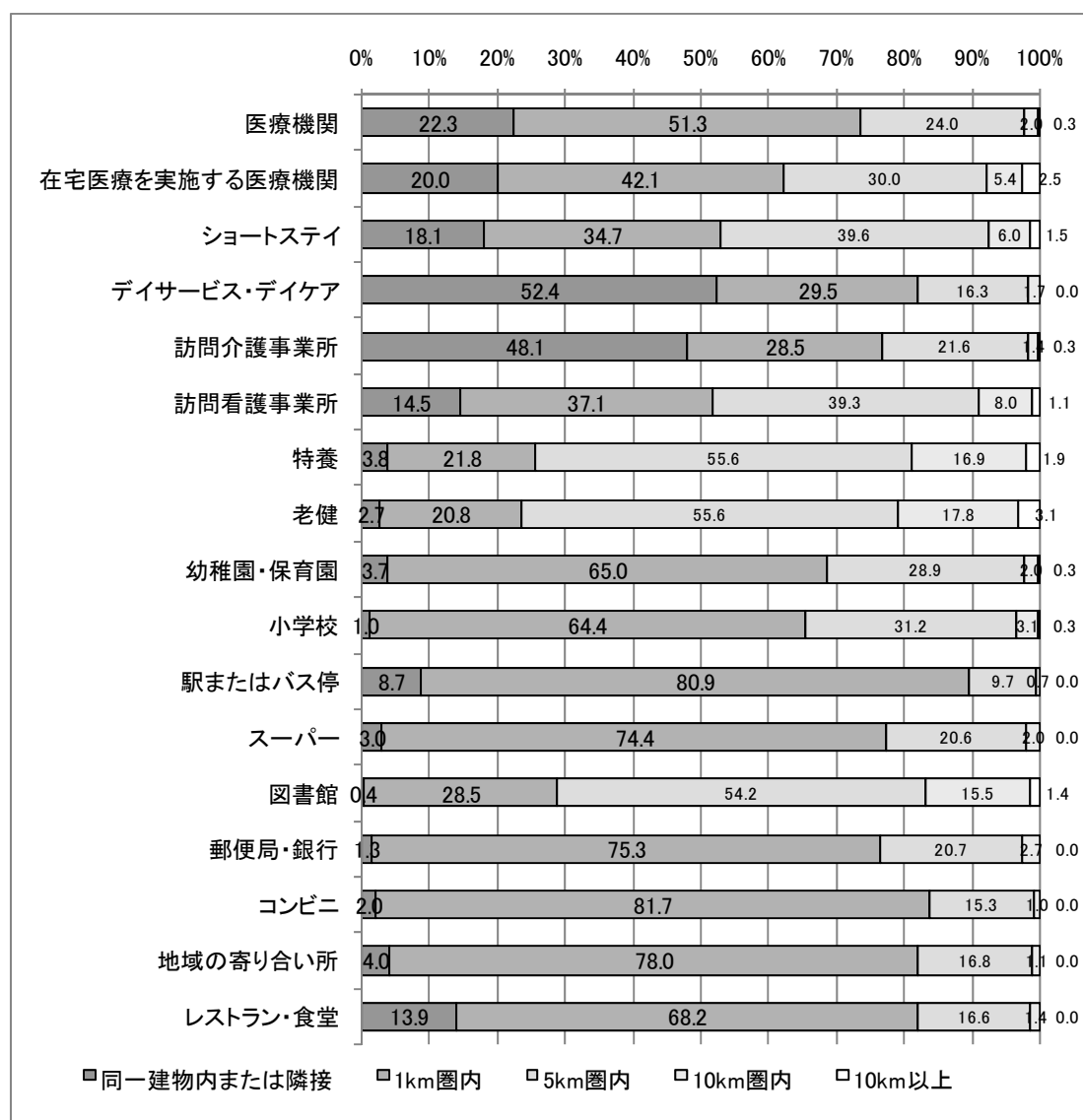
¹² 東日本大震災の被災区域が多い岩手県、宮城県、福島県、茨城県を除く。

利用者が重視する価格については、家賃・共益費・基本サービス費合計の平均は89,996円/月、うち家賃は61,998円/月であった。年収200万円層が支払える上限は15～16万円程度と思われ、この他食費や介護費用、保険料などを考慮すると、ギリギリ賄える価格帯と言えよう。

その立地場所は、過半が医療機関、介護事業所、交通機関、スーパー、郵便局・銀行、コンビニ、寄り合い所、レストランなど日常生活を送るうえで必要と考えられる機関の1km圏内に立地していた(図4)。また、大半が幼稚園・保育園や小学校も近くにあり、高齢者以外の一般住民と同じ生活圏域に立地している、つまり地域から孤立した場所に立地しているわけではないことが判る。

公共交通機関への所要時間は平均5.9分であった。

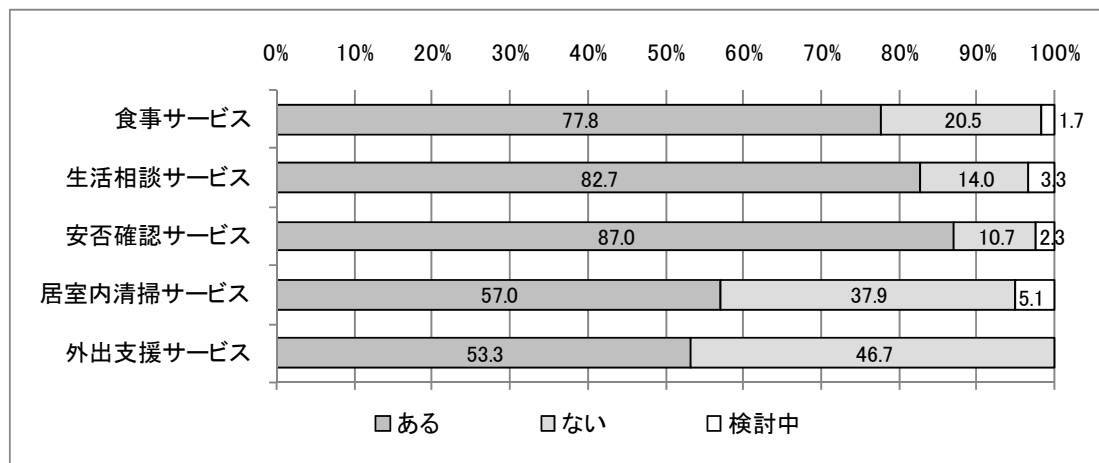
図4 高齢者住宅と地域資源との距離



ソフト面について見てみると、これにはバラツキが見られ、高齢者住宅によってその取り組みに大きな格差が生じていた。

まず基本的な生活支援を見てみると、食事サービス、生活相談サービス、安否確認サービスは7割以上で有しているが、居室内清掃サービスと外出支援サービスの提供は半数程度に過ぎない（図5）。

図5 基本的な生活支援



自立した生活支援の様子を見ると、自分でできることは自分で行う風土があるかについては、「まあまあある」も含めると9割近くが「ある」と答えていた（図6）。しかし共同で食事を作るキッチンを持つのは5割弱であった（図7）。

図6 自分でできることは自分で行う風土

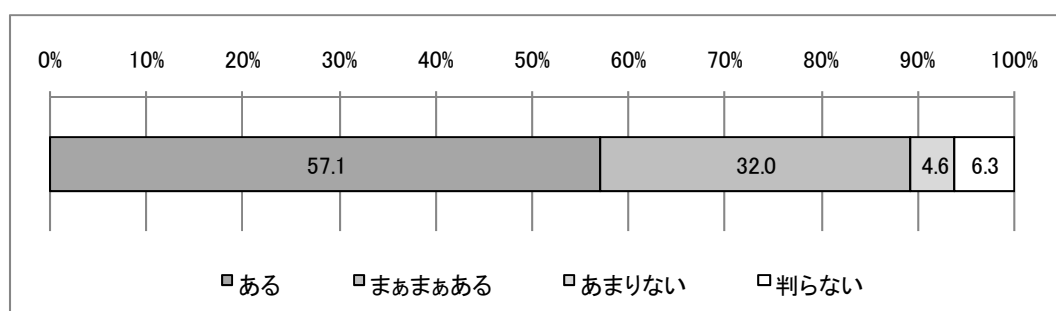
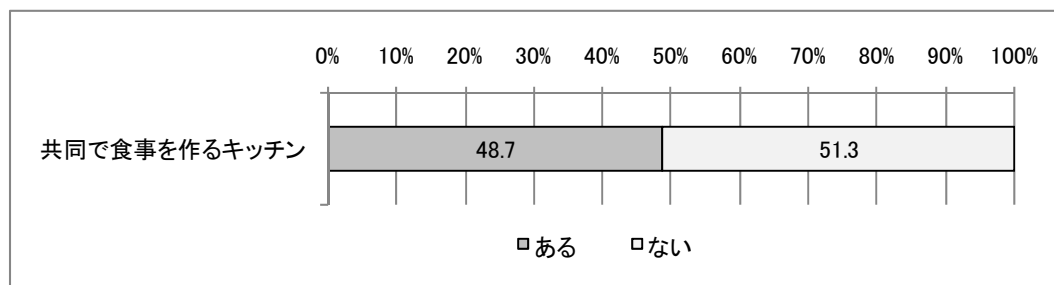


図7 共同で食事を作るキッチンの有無



孤独の防止については、職員による積極的な声かけは9割近くで行っており(図8)、最低1日に1度は複数人数で食事をするところは7割にのぼるものの(図9)、入居者を対象とした季節の行事を行うのは6割強、入居者が共同で農作物づくりや料理を行うなど、入居者同士または近隣住民を交えたレクリエーションや趣味等に対する支援を実施しているのは4割弱に留まった(図10)。

図8 職員による積極的な声かけ

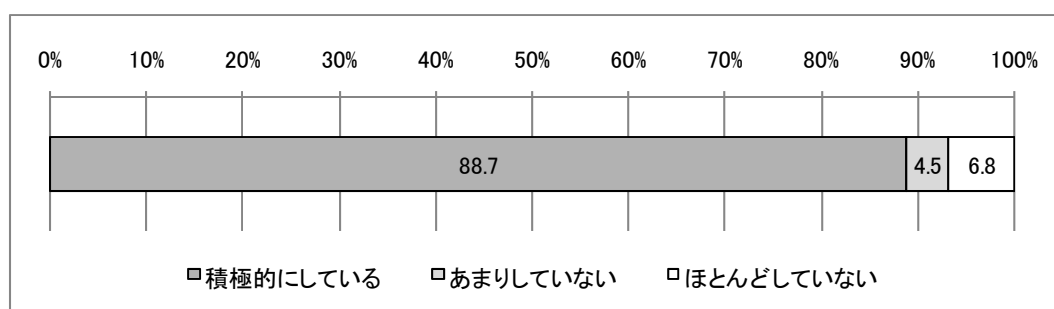


図9 食事の状況

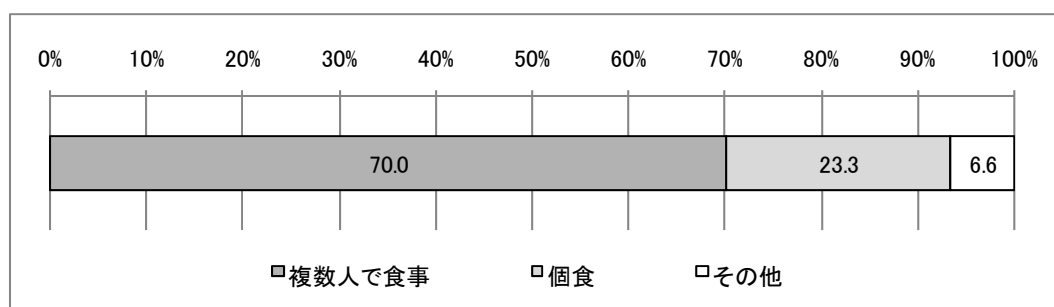
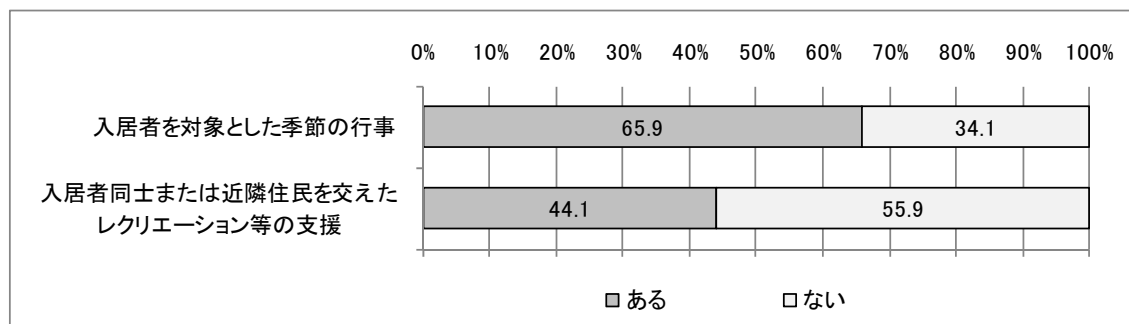


図 10 季節の行事やレクリエーション支援の有無



参考までに、高齢者住宅が実際に行っているレクリエーション支援として何があるか見ると、家庭菜園や、食事会、保育園との交流等のイベント開催・参加が多かった（表 4）。季節の行事も、行っているところでは毎月何かしらのイベント（クリスマス会、花見など）を行っていた（表 5）。

表 4 レクリエーション支援の実例（自由記述）

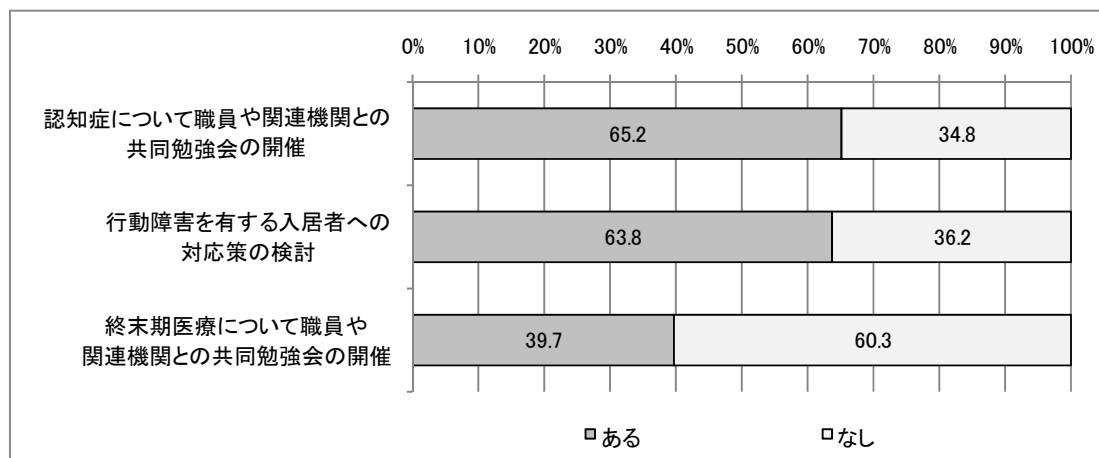
	(件)
家庭菜園、花壇	47
イベント開催(お茶会、演奏会、食事会、クラフトなど)	42
イベント参加(花見、祭り、保育園・学校との交流)	16
料理作り	8

表 5 季節の行事の実例（自由記述）

	(件)
クリスマス会	80
祭り、花火	70
花見	67
正月イベント、新年会、もちつき	49
節句イベント(節分、ひな祭り)	46
果物狩り、紅葉狩り	19
敬老の日(祝賀会、敬老会)	19
誕生日会	15
忘年会	9

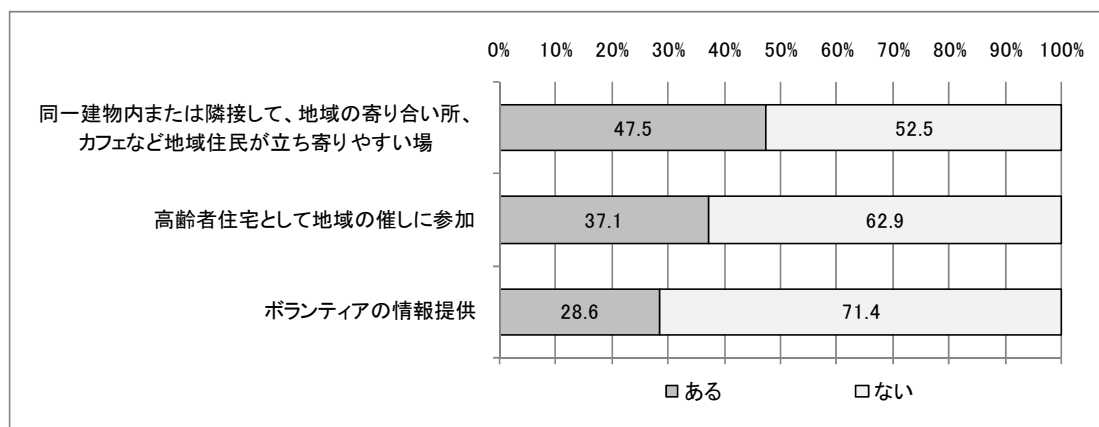
介護、医療については、ほとんどの高齢者住宅が医療機関、在宅介護事業者の 5 km 圏内に立地しており（図 4）、必要なサービス提供が可能な体制にあることが推測される。認知症に対する職員、関連機関との共同勉強会開催や、行動障害を有する入居者への対応策の検討は 6 割程度で実施されていたが、終末期医療に関する職員や関連機関との共同勉強会開催は 4 割に過ぎない（図 11）。

図 11 介護、医療に関する共同勉強会など



地域交流支援について見ると、同一建物内または隣接して、地域の寄り合い所、カフェなど地域住民が立ち寄りやすい場所があるのは 5 割弱に過ぎない。高齢者住宅として地域の催しに参加するのは 4 割弱である。入居者がボランティアを行いたい、受けたいといったことについて、掲示板などを利用して情報提供を行っているのも 3 割未満に留まった（図 12）。

図 12 地域交流支援



最後に苦情対処について見ると、苦情の伝え先が明確なのは 9 割を超え（図 13）、苦情への対処結果を明示しているところも 8 割であった（図 14）。

図 13 苦情の伝え先

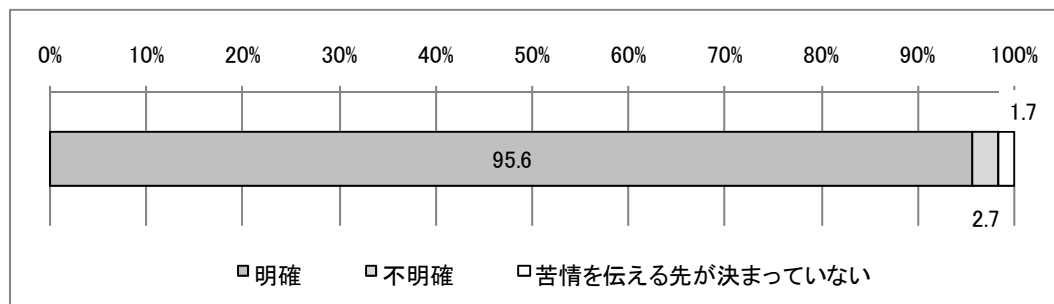
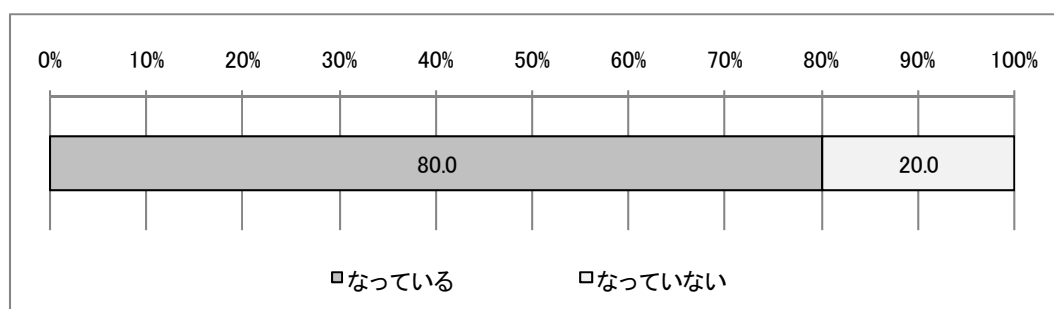


図 14 苦情への対処結果の明示



以上のように、建物の構造面、価格、立地については、先に検討した高齢者住宅に求められる機能に関し、回答を寄せた高齢者住宅の多くでは概ね満たされていると言える。一方、そこで提供されるサービス等については事業者毎に大きなバラツキが見られた。特に地域交流促進への取り組みは少なかった。高齢者住宅を単なる不動産業と捉えれば、サービスの充実までを求めるのは酷かもしれない。しかし、ケア付き街づくりとの関連で高齢者住宅を捉えるならば、やはり充実したサービスとセットであるのが望ましい。できるだけ要介護になることを防ぎ、従来の暮らしを継続しながら、その人らしい生活を送ること、要介護になっても（重度になっても）、同一地域内で住み続けられることへの支援といったサービスの充実を、高齢者住宅にどう組み込むのかが今後の課題と言えよう。

（５）ドイツ、オランダにおける高齢者住宅と街づくり施策

１）ドイツ

ドイツでは 1995 年に公的介護保険制度が導入された。

介護保険法第 3 条では、「介護保険はその給付によって、優先的に在宅介護と家族及び隣人の介護しようという気持ちを支援し、それによって、要介護者が出来る限り長い間、その在宅環境に留まる事ができるようにすべきである」と規定している¹³。

¹³ 田中耕太郎「介護手当（金銭給付）の意義、実施状況およびその評価」海外社会保障 Summer 2000 No.131

介護保険法が連帯性原理（社会は構成員である個人に責任を持ち、個人もまた構成員として社会に対して責任を持つ考え¹⁴）・補完性原理（自分で解決できる問題には自分で取り組み、個人で解決できない問題については集団が引き受ける考え¹⁵）を根本として、家族や隣人の介護しようという気持ちを支援することを基本的な目的としていることが明確に示されている。

ドイツの介護保険法の一般原則は、「自己決定」、「在宅介護の優先」、「要介護者の自助努力」、「共同責任」であり、「要介護者の自助努力」には補完性の原理が、「共同責任」には連帯性の原理が反映されている。

このように在宅介護が最も重視されているため、まずは在宅で介護し、困難になると施設へ入所することになる。そのため、介護施設入居者はかなりの高齢であり、必然的に在所期間も短い（地域によって異なるが、たとえば都市部では半年程度。郡部では2年。これに対してわが国の特養は4年程度）。

このようにギリギリまで在宅を維持する理由に、当然、先の理念に示されるドイツ社会の文化・風土もあるが、日本の介護保険施設と違って施設入所は高額であることが挙げられる。補完性原理から、介護保険は施設入所者に対してもその費用の一部しかカバーしない。残りは自助努力で支払うこととなる。

参考までに表6は介護保険給付最高限度額/月である。なお、ドイツの介護等級Ⅰは日本の要介護度3以上と言われており、介護保険給付は要介護度の重い者が対象である。

表6 ドイツの介護保険給付最高限度額/月（2010年1月～2011年12月）

（単位：ユーロ）

	在宅介護		入所介護
	現物給付	現金給付	現物給付
介護等級Ⅰ（中程度）	440	225	1,023
介護等級Ⅱ（重度）	1,040	430	1,279
介護等級Ⅲ（最重度）	1,510	685	1,510
特に重度なケース	1,918	685	1,825

資料：ドイツ保健省

以上述べた背景などから、在宅で暮らす高齢者が多いわけだが、既述のとおりドイツでは介護保険が必要なニーズを全て賄うのではない。介護保険法において連帯性原理・補完性原理を根本として家族や隣人の介護しようという気持ちを支援することが明確に示されているとおり、国や自治体では地域住民同士やボランティアによる助け合いを推奨している。

そのような何の拘束力もないボランティアや助け合いが、本当に行われるのか疑問だ

¹⁴ 社会全体がその構成員の福祉のために配慮する義務を有するというもの。

¹⁵ 個人→家族→教会・地域→州→連邦と、身近なものから問題解決を図るという考え方。

が、内閣府¹⁶の高齢者の意識調査国際比較を見ると、確かにドイツはわが国と比べ近隣による助け合いが活発と言える。高齢者への意識調査で、同居の家族以外に頼れる人は、日本もドイツも別居の家族・親族が最も多いが、日本では友人 17.2%、近所の人 18.5% に対し、ドイツでは友人 40.7%、近所の人 38.2%と、友人・近隣住民との助け合いが活発である（表 7）。近所の人との交流頻度では、週に 4、5 回以上は日本が約 3 割に対し、ドイツは約 5 割以上である（表 8）。そのつきあい方は、日本は立ち話や物をもらったりあげたりする程度が多いのに対し、ドイツは相談する・相談に乗る、お茶や食事を共にするが多く（表 9）、時間も密度も濃いつきあいである様子が伺える。

表 7 高齢者にとって同居の家族以外に頼れる人（複数回答）

	(%)	
	日本	ドイツ
1. 別居の家族・親族	60.9	73.7
2. 友人	17.2	40.7
3. 近所の人	18.5	38.2
4. その他	3.3	2.9
5. いない	20.3	5.4
無回答	—	0.4

資料：内閣府

表 8 高齢者の近所の人たちとの交流頻度

	(%)	
	日本	ドイツ
1. ほとんど毎日	22.7	40.5
2. 週に 4、5 回	9.4	13.2
3. 週に 2、3 回	19.9	22.6
4. 週に 1 回	16.3	14.8
5. ほとんどない	31.6	8.6
無回答	0.1	0.2

資料：内閣府

¹⁶ 内閣府「平成 22 年度第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」

表 9 高齢者の近所の人とのつきあい方（複数回答）

	(%)	
	日本	ドイツ
1. お茶や食事を一緒にする	29.3	42.0
2. 趣味をともにする	20.2	16.5
3. 相談ごとがあったとき、相談したり、相談されたりする	22.6	49.6
4. 家事やちょっとした用事をしたり、してもらったりする	10.1	8.8
5. 病気の時に助け合う	9.3	28.3
6. 物をあげたりもらったりする	51.6	14.2
7. 外でちょっと立ち話をする程度	70.7	32.0
8. その他	1.2	0.9
無回答	0.1	0.4

資料：内閣府

次に高齢者がどのような住まいに住んでいるかという点、ドイツの高齢者の持ち家比率（集合住宅含む）は 6 割程度で（ドイツ 59.7%、日本 86.4%）、日本と比べ賃貸の集合住宅に住む高齢者の比率が高い（ドイツ 36.9%、日本 10.7%）¹⁷。ドイツではわが国と比べ公営住宅が発達しており、賃貸住宅に入居している高齢者の多くは公営住宅に住んでいる。

KDA（ドイツ政府による高齢者関係の資料の多くを発行しているドイツ高齢者研究機関）によると、ドイツでは 65 才以上の 93%が普通の家に住んでいる。残り 7%のうち 4%が介護施設、2%がアシステッドリビング、残りは住居共同体（一戸建てに多世代が共同で住む住居タイプ）等に住んでいる。なお KDA へのヒアリングによると、住居共同体はニーズがあるものの、住居人同士の約束事設定の同意が得られにくく、あまり増加してはいないとのことである。

ドイツには日本のような高齢者の住まいに関する法律は特段ない。ただ、特別の法などはないが、国も自治体も、高齢者だけの区画を作らないようにすべきという考えを有している。実際、いくつかの高齢者住宅を現地で視察したが、皆、駅から徒歩圏内であり、たとえば高齢者住宅の隣には一般のホテルが同一企業によって運営されていたり、バーが併設され、一般客の利用で毎晩賑やかであるなど、地域に溶け込む設計がなされていた。

¹⁷ 内閣府「平成 22 年度第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」

介護施設に対する補助金制度はあるが、高齢者住宅に対する補助金制度は一切ない。介護施設経営は営利参入も認められており、建設費に対する補助金も出る。補助金の要件は州などによって異なる。営利非営利に関係なく補助金は減少傾向にある。

先の KDA では、住民 2 万人に対し介護や日常的医療の提供機関がある、特に大切なのは相談所があるようにすべきという考えを啓発している。こうした、高齢者だけの区画を作らず、街の中で高齢者が従来の生活を続けられる街づくり、住宅の中心部に相談所を設けるつくり、住民同士の助け合いなどに関する事例については、44 ページのドイツ事例を参照されたい。

2) オランダ

オランダは 1968 年、世界に先駆けて介護給付を行う公的保険¹⁸（以下「AWBZ」と記す）を導入した国である。AWBZ から給付を受けるには、独立認定機関であるケア判定センター（CIZ）からの認定が必要となる。CIZ は全国共通の評価基準に基づき、ニーズアセスメントを行う。日本のような要介護度の認定はなく、利用者のニーズに応じて果たされる機能別に時間、回数を組み合わせる「カスタマイズされたケア」が目指されている¹⁹。介護保険サービス利用者数は表 10 のとおり。

表 10 オランダにおける高齢者の介護保険サービス利用者数

(人)	
介護の種類	居住者/利用者数
施設 (うちナーシングホーム)	164,000 (66,000)
外来ホームケア	190,000

資料：保健福祉スポーツ省 2006 より作成

従来、AWBZ で家事援助も提供されてきたが、2007 年より施行の社会支援法 (Wmo) がカバーすることとなり、家事援助の提供の責任は国から自治体へ移行された。給付内容も自治体によって異なる。

なお、ヨーロッパ各国の介護制度を比較調査したオランダ統計局の Esther Mot²⁰氏へのヒアリングによると、オランダの介護保険制度の一番の特徴として以下を指摘していた。それは、北欧を除くヨーロッパ諸国では相当介護度が重くならないと国からの介護費用は出ないのに対し、オランダでは重度になる前の段階から、介護ニーズがあれば所得に関係なく介護費用が拠出される点である。

¹⁸ 特別医療費保険

¹⁹ 堀田聡子「ケア従事者確保に向けた諸課題ーオランダの経験からー」季刊・社会保障研究 Vol.47 No.4

²⁰ A TYPOLOGY OF LONG-TERM CARE SYSTEMS IN EUROPE, ENEPRI, 2010

わが国のような高齢者の住まいに関する法律はない。なお、老人住宅法があるが、これはあくまでナーシングホームなどに関する法律である。

オランダでは高齢者施設に対する補助金制度は、市場を活用するという方針の下、2008年に廃止されたが、低所得者に対する家賃補助などの制度がある。

オランダの住宅施策の特徴として、住宅確保に公が大きく関与する点が挙げられる。オランダの住宅の6割が分譲住宅である。残り4割が借家だが、借家のうち9割近くが公営住宅という、公による主に低・中所得者層を対象とした住宅で成っている。

公営住宅に入るには、年間所得33,614ユーロが上限である²¹。家賃は一律652.52ユーロ/月。所得に応じて家賃補助が出るが、年間所得が33,614ユーロ近辺の層には家賃補助が出ない。公営住宅居住者の4割が家賃補助対象である。公営住宅の広さは最低45 m²で、平均65 m²である。公営住宅は民間非営利組織である住宅協会により、自治体との協定によって提供される。

ドイツ同様、わが国と比べ公営住宅が発達しており、賃貸住宅に入居している高齢者の多くは公営住宅に住んでいる。

オランダ住宅省資料によると、スカンジナビアの例に着想を得たSTAGG-modelが2000年に公表された。これは5,000～10,000人の居住エリアに対するサービスと住宅の計画モデルである。

サービスセンターを中心に、半径300メートル（徒歩圏内）の範囲内で、必要なケアや医療、レクリエーションなど必要なサービスが受けられる考えを基本とする。サービスセンターは、当該エリア全体をカバーするケアチームの拠点であり、昼間のレクリエーション、文化的・教育的活動が提供される場所である。一般開業医、理学療法士が駐在し、薬局もある。サービスセンターはショッピングセンターのすぐ側かその近辺での設立が想定されている。

サービスセンターから半径300メートル以内の圏域（歩行器で10分以内）はサービス・ゾーン（woonzorgzone：統合したケア地域）と呼ばれている。このエリア内では24時間体制で予期されていない介護や家事援助がサービスセンターの職員によって提供される。この地域では虚弱な人々を対象とした集合住宅等が集中することになる。ただし、ごく一般的な街の環境を維持するため、そうした要介護高齢者など虚弱な人々を対象とした集合住宅が、住宅ストックの25%を超過することがないように指導されている。この地域内には日中のアクティビティの提供に従事する一つ以上の小さなデイセンターが設置されている場合もある。サービスエリア内には家事援助や身体介護、移動することが困難な人々に対する移送サービス、質の高い十分な数の住宅、そして安全な歩行やサイクリングのための経路の確保がなされることが目指されている。

²¹ 2010年度までは現在のような所得制限がなかったが、EUからの勧告により、所得制限が設けられた。従来は所得制限がなかったとはいえ、652ユーロの家賃の家であるため、実質的に低～中所得層が入居してきた。

自治体はこの STAGG-model をモデルとして、地域計画や整備を行っており、実際に成功している自治体もあるが、多くはまだ発展途上であり、特に都市部では良いが郡部では難しいと指摘されている。参考までにオランダにおける住宅の種類と全住宅に対する割合は表 11 のとおり。オランダの高齢者住宅の事例は 47 ページのオランダ事例を参照されたい。

表 11 オランダにおける住宅の種類と全住宅に対する割合

住宅の種類	全住宅に対する割合
ケア付き高齢者住宅	3.9%
高齢者または障害者向けのその他の住宅	4.8%
標準型の外部バリアフリー住宅	16.5%
その他(標準)住宅	74.8%
全住宅	100.0%

資料：住宅省 2006 より作成

2. 第三者評価のあり方

以上では高齢者住宅を中心に論を進めてきたが、第三者評価については、施設も在宅も含めた高齢者ケアに関する第三者評価が盛んであるので、高齢者の住まいで提供される高齢者ケア全般の第三者評価について論じる。

わが国には、特養などの福祉事業者が任意で受ける福祉サービス第三者評価制度（社会福祉法第 78 条）や、全介護保険事業者が対象で年 1 回の実施が義務化されている介護サービス情報公表制度²²（介護保険法第 115 条の 35～43）、グループホームなどの地域密着型サービスが対象で年 1 回の実施が義務化されている地域密着型サービス外部評価制度（介護保険法第 78 条）といった、介護関連の第三者評価や情報開示制度がある。

だがこれらの情報は膨大であり、かつ点数化などがされていない、またはされていてもほとんどが満点に近く、事業者間の差が見えにくいなど、利用者（高齢者やその家族など）にとって使い勝手の悪いものとなっているのが実態である。なお、評価結果で満点が多い理由として、評価者が中立的機関ではなくて民間事業者等であり、被評価者から選ばれて評価事業の収入を得る制度のため、被評価者（介護保険事業者等）に対し厳しい点数をつけづらい点が指摘される。

一方、高齢者住宅に目を転じると、特養などの介護保険施設と違って営利参入が促進されており、社会福祉法人や医療法人に対するような行政からのチェックは格段に少ない。また、サービスも住宅という密室の中で提供され、閉鎖的になりやすいという特質を持つ。さらに、高齢者が実際に高齢者住宅に入居してみて、気に入らなければ転居すれば良いかという、問題はそう簡単ではない。高齢者は財産を喪失すると若年層と比べ再形成が困難であるが、そうした財産を注ぎ込んで転居している可能性が考えられる。

²² 平成 24 年 4 月からは都道府県知事が必要と認める場合に実施することが予定されている。

高齢者の転居には、リロケーションダメージのリスクが伴う。引っ越し先に合わせた所有物の処分等、経済的、精神的、肉体的ダメージが考えられる。こうしたことから、問題が起きても利用者（高齢者、家族）側が言い出しにくい場合や、居場所のない高齢者であれば、他に頼るところがなく、告発しない可能性もある。

これらから、高齢者住宅も他の介護や福祉事業のように、第三者評価や情報開示の対象となることは極めて重要なことだと思われる。先のアンケート調査でも、回答を寄せた高齢者住宅の事業運営者のうち、約 6 割が高齢者住宅を対象とした第三者評価制度を必要と思うと回答していた。その理由として、利用者への情報提供の必要性や、事業（産業）の質向上と発展のためが多く挙げられていた。

一方で、反対意見は 4 割に上ったが、その主な理由として、既にある第三者評価や情報開示制度が形骸化している、利用されていない、評価基準が不明確である点が指摘されており、評価制度そのものを否定している訳ではなかった。利用者、事業者、双方に役立つ評価制度を作れば、賛成に回る可能性も考えられる。

以下では、わが国に先んじて公的介護保険制度を導入したドイツ、オランダにおける介護ケアに関する第三者評価の実態を把握し、第三者評価のあり方の参考としたい。

（１）ドイツにおける第三者評価

１）介護ケアの第三者評価制度創設の背景

介護保険の更なる構造的発展のための法律（Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung）、介護発展法（Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 年 7 月 1 日）により、消費者保護の強化と要介護者およびその家族にとっての介護の透明性を改善することを目的に社会法典 11 編が改定された。これにより介護の質の評価結果をインターネット上で公表できる法的根拠が定められた。

そもそも 1995 年の介護保険創設以来、民間事業者の数が増えたこともあり、品質管理が重要視されるようになった。当該評価事業は 1997 年から行われている。国内にある在宅事業者は 1 万 2 千。入所施設は 1 万（うち営利は 4 割）。

各事業者が毎年評価を要するようになったのは 2011 年度（今年度）からである。また、これらの評価内容の一部が公表されるようになった。

評価は公的介護保険者から委託を受けて行われる。MDK で評価（検査）をして報告書を二種類作る。一つは包括的内容で事業者用、もう一つは公表用である。公表用は誰でも見ることができる。

このように毎年評価されるようになった背景として、ドイツの介護ホームは質が良くない、何かをしなければならぬと、メディア報道で介護ホームのスキャンダル（たとえば褥瘡を治療していない、栄養失調、水分不足など）が伝えられたことが大きかったという。

もう一つの理由は、質の悪いホームがあっても入居者保護のため、実質的には事業停

止をさせられないことである。そこで、最終的には事業運営内容について透明性を高めるしか方法がないとして、質について評価し、その結果を公表することとなった。

なお、検査項目にはない項目に対しては改善がみられない課題はあるものの、透明性が高まったことにより、検査項目に関しては着実に改善されているという。

2) 第三者評価機関の概要

①実施主体

ドイツの高齢者ケアに関する第三者評価は **MDK** が実施している。**MDK** とは公的医療保険（＝公的介護保険）が拠出し、要介護認定、介護の質の評価などを行う組織である²³。

②費用

評価にかかる費用は全て介護保険料から支払われる。そのため、事業者（被評価者）は第三者評価の費用を負担しない。例外は再評価の場合のみで、この場合、事業者自体が費用を負担する。その一つは欠陥に対する再評価である。最初の評価において欠陥が見つかり指導が行われた場合、再評価が行われる。二つめは事業者が独自に評価を依頼する場合である。たとえば評価点が悪い場合、事業者自らの依頼で再評価を受け（当然、それまでに点数が悪かったところを事業者が改善することが前提）、良い点の方を公表する。これら再評価については二種類とも事業者が費用を負担する。こうした再評価は全体の評価の約 5% を占める。

評価の費用は 4,000 ユーロ/回（44 万 2 千円²⁴）。この費用は **MDK** が支出するだけで事業者は支払わない。再評価では、評価項目が減るのでたとえば時間が半分なら金額も半分の 2,000 ユーロである。

在宅の費用もだいたい同じで 4,000 ユーロ程度である。ただし事業者は小さいがサービスを受けている人たちを見に行くので、在宅の方が施設よりも時間がかかる。

当該評価事業の費用は 1 年間に 8,000 万ユーロ（88 億 4 千万円²⁵）である。

MDK 自体は介護金庫の共同組織であり収支トントンであるという。

③評価者、組織

各州に全体で 16 の **MDK** がある。**MDK** の職員は 7,000 人。うち 2,100 人は医師、1,900 人は介護士または看護師である。7,000 人のうちドイツ全体で 600 人がこの介護の評価に携わっている。

介護士または看護師は品質の評価や要介護の認定を行っている。多くの場合は品質評

²³ なお、本ヒアリング調査を行った **MDS** とは、**MDK** の連邦レベルの上部組織である。

²⁴ 1 ユーロ＝110.5 円（2012 年 3 月 27 日現在）。

²⁵ 1 ユーロ＝110.5 円（2012 年 3 月 27 日現在）。

価を行う人は品質評価専任であり、評価も要介護認定も兼務しているケースは珍しいという。

品質評価に携わる医師は非常に少ない。MDK では介護保険だけでなく疾病保険（公的医療保険）も担当しており、2,100 人の医師のほとんどはリハビリや稼働能力の減退した人たちの評価、病院の評価を行っている。医師の 10%程度が介護分野に従事し、要介護認定を行っている。

④評価対象

MDK で評価している対象は介護保険が給付される事業所である。たとえばアシステッドリビング自体は評価の対象ではない。アシステッドリビングには軽度の人が入る（ドイツの介護保険では日本でいう要介護 3 以上程度に相当しないと利用できないので、たとえば要支援や要介護 1～2 程度の高齢者はアシステッドリビングなどに入る）。そのうち、介護が必要になって、在宅介護事業者がアシステッドリビングでサービスを提供するようになれば、その在宅介護事業者が評価される。

3) 被評価者の負荷

評価にあたっては、勤務計画表、職員の資格証明書、仕事のプロセスなどについて調査している。財務内容についてはチェックしていない。無作為に選ばれた利用者の介護記録も要求する。入所施設は包括払いなので、対象外だが、在宅では本当に介護金庫（介護保険者）に請求されているサービスが提供されたかどうかを、介護金庫側から指示された場合、調べている。

評価はだいたい 1 日かけて 2 人の評価員によって 8 時間以上かけて行われる。大きな施設の場合は 2 日程度かかる。

4) 評価項目など

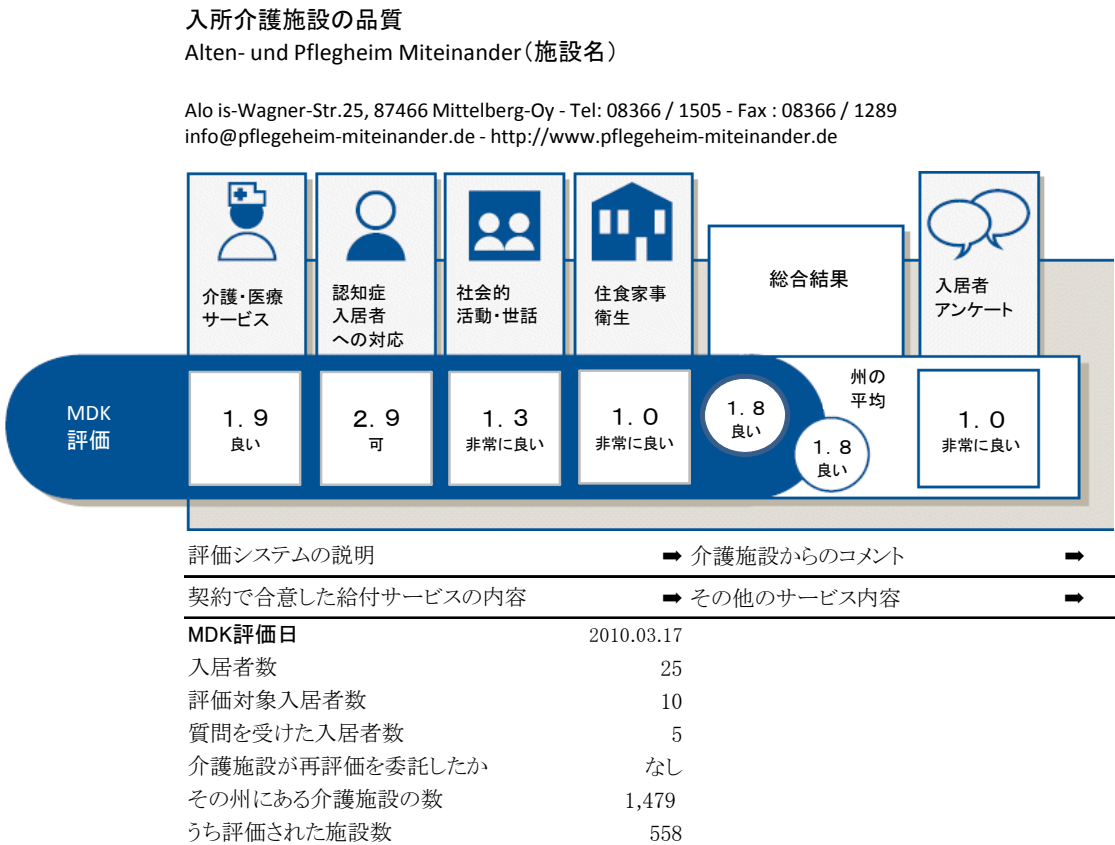
評価項目は、①介護と医療の質（医師の指示に従った投薬をしているか、必要な褥瘡予防を実施しているか等）、②認知症入居者への対応（介護計画作成時に認知症入居者の家族や関係者を参加させているか等）、③ケアと日常生活の計画（グループ単位のアクティビティと個人単位のアクティビティを計画しているか等）、④住居管理（自分の家具などを居室に持ち込めるか等）、⑤入居者アンケートである。

評価結果は点数化され、かつ州の平均点数、当該施設の点数が横並びで掲載されており、調査事項に関し当該施設が平均以上か否かが、一目で把握しやすくなっている。日本にも介護事業者情報がインターネットで閲覧可能だが、点数制ではなく職員数などの数値が指標化、比較化されずに並び、素人が比較検討するには困難な状況と言えよう。

具体的な評価結果の公表内容は図 15 のとおりである。ドイツでもわが国同様、比較的どの事業者も高得点となっている点が問題視されているものの、それでもわが国より

は事業者間で差が生じており、点数化や絵の活用によって誰にでもわかりやすい表示方法となっている。なお、当該評価システムでは 5 点満点評価で、1 点が最も良い点数である。

図 15 ドイツの介護の質評価公表事例



この公表される内容に関し、事業者間、介護保険者間で合意がなされている（透明性に関する合意という）。何が評価されなければならないか、どのような基準を満たさなければならないか、どの段階で基準を満たしたと考えるか、どのように公表するか、評価システム（学校の成績のようなもの）のあり方などを、透明性に関する合意で決める。

評価には二種類の基準がある。一つは施設の構造に関するもの、もう一つは利用者に関する基準である。利用者に関する基準は、施設の場合、施設の 10% の入居者をランダムにサンプルをとり、サービスの状況を聞くという方法が取られる。利用者に関する基準の方が、MDK にとっては重要であるという。

利用者に対する評価の内容は専門家からみた基準とアンケートに基づく評価の 2 つにわかれる。アンケートは入居者に口頭でアンケート調査を読んで聞かせる方法で実施される。だがランダムに利用者を選ぶといっても、認知症患者などは難しいので、答えられる人を探す。

参考までにドイツの介護の質評価項目およびその公表結果事例を図 16 に示す。

図 16 ドイツの介護の質評価項目（詳細）



医療・介護サービス

Nr.	基準	点数
01	必要な場合に医師とのアクティブなコミュニケーションがあった事が記録されているか (必要時に医師と連絡を取っているか、その記録があるか)	1.0
02	看護時の処置は医師の指示に従っているか	1.0
03	医師の指示通りの投薬が行われているか	1.0
04	医薬品の扱いが専門的か	1.0
05	圧縮タイツなどが適切にあてられているか	k.A.
06	個人の褥瘡のリスクを把握しているか	1.9
07	褥瘡の予防をしているか	5.0
08	褥瘡発生の場所と時点を把握しているか	1.0
09	褥瘡の記録が適切に付けられているか (現在の状況がどう経過していったか、大きさ・深さ・傷の位置)	5.0
10	最新の医学的知識に基づいたケアが行われているか	1.0
11	褥瘡の治療の評価をしているか 場合によってはその処理を改善しているか	1.0
12	慢性的な痛みを持っている入居者は、処方された薬を得ているか	1.0
13	入居者は適切な栄養を摂取しているか	1.0
14	入居者が自分で食事を取ることに制限がある場合、手伝っているか	1.0
15	施設内で出来る範囲内で栄養援助を行っているか	1.0
16	入居者は適切な水分の摂取が出来ているか	1.9
17	入居者が自分で水分をとれない場合適切な処置が行われているか	2.3
18	施設内で出来る範囲内で入居者の適切な水分補給を手伝っているか	1.0
19	胃瘻を付けている入居者の味覚を刺激する工夫をしているか	k.A.
20	痛みについて適切に観察・管理しているか	1.0
21	その介護ホームは疾患のある入居者の担当医と密接に協力しているか	1.0
22	失禁する人、膀胱カテーテルを付けている人の把握ができているか	1.9

23	カテーテル患者に適切な処置をしているか	1.9
24	入居者の転倒リスクを把握しているか	4.8
25	入居者の転倒結果を記録しているか	1.0
26	入居者の転倒予防をしているか	5.0
27	入居者の瘻縮リスクを把握しているか	4.8
28	入居者の瘻縮予防をしているか	5.0
29	入居者に拘束的措置を取る際、許可を得ているか	1.0
30	拘束が必要かどうか定期的に検討しているか	4.1
31	入居者のニーズ・習慣に合わせて身体介護を行っているか	1.0
32	入居者のニーズ・習慣に合わせて、口腔・歯のケアを行っているか	1.0
33	通常、入居者への介護は同じ介護職員によって行われているか	1.0
34	応急処置のための訓練を、職員に定期的に行っているか	1.0
35	応急措置・行動について書面による指示書があるか	1.0
★	分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均	1.9



認知症との付き合い方

Nr.	基準	点数
36	認知症の入居者の生い立ちを考慮して一日のスケジュールを作っているか	1.0
37	認知症の入居者の家族や関係者が介護計画に組み入れられているか	1.0
38	認知症の入居者の自己決定が介護計画に考慮されているか	3.4
39	認知症の入居者の調子の良し悪しを介護の日常において調べ、記録し、それを基に改善策を立てているか	5.0
40	認知症の入居者に対応した十分な面積があるか	5.0
41	外に出る事が容易な環境か	5.0
42	自分のアイデンティティが分かりやすいものが周囲にあるか (思い出の品が置ける環境作りをしているか)	1.0

43	自分がどこにいるか認識するための工夫がされているか	1.0
44	入居者にふさわしいサービスがあるか。 (例:運動、コミュニケーションのための活動サービスセラピー)	1.0
45	認知症の方のニーズに合った食べ物が提供されているか	1.0
★ 分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均		2.9



社会的活動・世話

Nr.	基準	点数
46	グループ向けの社会的世話があるか	1.0
47	個人向けの社会的世話があるか	1.0
48	季節の祭りがあるか	1.0
49	地域とコンタクトを取り、交流を深める活動があるか	1.0
50	家族とのコンタクトをサポートする対策があるか	1.0
51	入居者ニーズに合った社会的世話があるか、コミュニケーションを取っているか	1.0
52	入居者が介護施設に慣れるための支援はあるか	1.0
53	施設に慣れるか否かを計画的にチェックしているか (慣れたかどうかチェックしているか)	5.0
54	理念に基づいた看取りが行われているか	1.0
55	苦情管理システムがあるか	1.0
★ 分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均		1.3



住食家事(住環境)の衛生

Nr.	基準	点数
56	入居者が自分の家具や思い出の品を使って部屋を飾る事が可能か 置く場所を決定できるか	1.0
57	共同空間のインテリアの形成に入居者が参加できるか	1.0

58	全体的印象が清潔で衛生的であるか(視覚による清潔感、整理整頓されているか)	1.0
59	入居者は食事時間を自由に選ぶことが出来るか(時間の余裕を持たせているか、フレックスか)	1.0
60	(例:糖尿病のための)ダイエット食があるか	1.0
61	食事と飲み物が入居者の能力に基づいた与えられ方をしているか(細かく切る等)	1.0
62	読みやすい形で献立が知らされているか	1.0
63	入居者の希望に応じた食事量か	1.0
64	食事をする場所は快適でリラックスできる空間か	1.0
★	分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均	1.0



利用者調査

Nr.	基準	点数
65	介護や世話を受けるタイミングに関し、本人と相談の上決められているか	1.0
66	ドアを開けておくか否かを自分で決断できるか	1.0
67	職員から自分の身体を洗うよう働きかけているか	1.0
68	身体を洗っている時に介護職員以外から見られないよう、職員からの配慮があるか	1.0
69	苦情を言った時に改善されたか	1.0
70	掃除は期待通りか	1.0
71	ランチは複数メニューがあるか	1.0
72	職員は礼儀正しく親切か	1.0
73	介護職員は、介護に十分な時間を取ってくれているか	1.0
74	施設の職員は、どの服を着るか聞いてくれるか	1.0
75	食事は原則的に美味しいか	1.0
76	食事の時間に満足しているか	1.0

77	上乗せ料金がなく、十分にいつでも飲み物がもらえるか	1.0
78	社会的、文化的な活動プログラムは自分の興味に合っているか	1.0
79	様々な活動に参加する事は可能か	1.0
80	外に出て時を過ごすことは可能か	1.0
81	訪問者をいつでも受け入れられるか	1.0
82	頼んだ洗濯物は問題なく返ってくるか	1.0
★	分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均	1.0

5) 評価結果の公表方法と活用状況（影響）

評価結果について全ての介護金庫（公的介護保険者）がインターネット上で公表している。

評価結果の公表はインターネットが主だが、介護施設は義務として結果を施設の壁に掲示しなければならない。

評価を公表するようになってから2年半経ったが、介護に関わっている人であれば、誰でもこの介護評価について知っている状況であるという。高齢者はインターネットを使わないので、当該評価結果について子供や孫から情報を得ている。また要介護者のための相談所でも使われている。地方紙などが当該地域の事業者の評価結果を比較しながら、自分たちでコメントをつけて公表しているなど、当該評価制度の知名度は高いという。

6) 課題

MDKとしては、施設間の差はもっと大きいと思っているが、実際はそれ程差がついていない。この理由として、評価項目などに関し事業者側との合意が必要であり、事業者にとって有利な項目となっている点が挙げられる。

世論、メディアはこの介護の評価について批判的であるが、その一方で、この評価結果が公表できるようになったことは、事業者にとり限定的ではあっても質の改善に目を向けさせる、利用者の選択に際し参考になるなど、大変良いこととMDKは考えているとのことである。

なお、ドイツでは介護施設について若干待たなければならない地域もあるが、多くの場合、ベッドが空いており待機者問題はなく、消費者側に選択権がある（ドイツには日本のような参入制限がない）。

（2）オランダにおける第三者評価

1) 第三者評価の現状

オランダにはIGZというオランダ医療検査官（組織）があり、公的機関である。「介護サービス提供組織の品質に関する法律」（KWZ）により、長期療養・介護サービスを提供する事業者は、「ケアの質」と「利用者の経験」に関する指標等を含む各種データをIGZへ提出することが義務化されている。

これら提出データのうち、「ケアの質」に関する成果指標をQFRC（The Quality Framework for Responsible Care）といい、これはサービス提供者が責任あるケアを提供できているかどうかを測定する指標である。「利用者の経験」に関する成果指標をCQ Index（Consumer Quality Index）といい、ケアに関する利用者の経験を測定、分析、報告するための標準化された指標である。

QFRCについては年1回、CQ Indexについては2年に1回、IGZへ報告することが

介護保険適用事業者の義務である。

QFRC、CQ Index の主な目的は、①患者や利用者の選択を支援する、②医療保険の購入決定を支援する、③IGZ に監査のための情報を与える、④サービス提供者にサービスの質の改善のための情報を与えることである。

実際に各サービス事業者は、理事会や利用者の会などにおいて、こうした指標の結果を基に、どのように質の確保に向けた施策や改善策を取るか、話しあうという。

これらのデータを基に、Kiesbeter では WEB 上で各サービス事業者の評価結果を公開している。誰でも、施設名または地名を入力すれば、当該施設または近隣のサービス事業者の質に関する各種指標を見ることができる。Kiesbeter は公的資金によって設立された民間非営利組織であり、従業員は約 20 人である。

Kiesbeter で公表されているデータの実例を翻訳したものは図 17 のとおりである。点数化され、また適度に絵が挿入されることで、利用者に判りやすい表示となっている。評価項目等に関しては、その適切性など、未だ活発に議論されているところではあるが、そうして議論の土俵に乗れること自体、一般に判りやすく公表されている証とも言えよう。

図 17 オランダの第三者評価公表内容事例

看護と介護—WZH De Sonneruyter WZH De Sonneruyter（施設名）



所在地 Sonnenburghlaan 4
2275 AR Voorburg
TEL 070-7561200
E-mail desonneruyter@wzh.nl
Web サイト www.wzh.nl/desonneruyter
グループ WZH 住宅ケアセンターHaaglanden



品質	
	凡例 平均よりもはるかに悪い ★☆☆☆☆ 平均よりも悪い ★★★★★ 平均 ★★★★★ 平均よりも良い ★★★★★ 平均よりもはるかに良い ★★★★★ 不明 ☆☆☆☆☆
利用者の経験	
	身体的健康と福祉（身体介護は適切か？食べ物はいいか？適切なタイミングでケアが提供されているか？） 利用者の身体に対する介護がどの程度なされているか？ ★★★★★ 食事はおいしいか？ ★★★★★ 住宅と生活状況（十分なプライバシーがあるか？住宅／部屋はきれいか？雰囲気はよいのか？） 利用者の宿泊施設の清潔感はどうか？ ★★★★★ 建物や人々の雰囲気はどうか？ ★★★★★ 利用者が望む場合のみ、ケアの提供がされているか？ ★★★★★ 利用者は自宅にいるかのような安心感を得ているか？ ★★★★★ 活動と社会との交流（十分な活動（アクティビティ）があるか？十分なサポートがあるか？利用者自身がその日のスケジュールを決定することができるか？） 利用者のための活動（アクティビティ）が十分に用意されているか？ ★★★★★ 利用者自身が自分らしい生活を送っていくことは可能か？ ★★★★★ 介護者の質（介護者は自分の仕事をよくこなすか？利用者に快適な介護を提供しているか？） 専門的かつ安全な方法で介護が提供できているか？ ★★★★★ 利用者に快適な介護を提供しているか？ ★★★★★ ケア機関の質（利用者はケア機関から提供されるケアの内容について知っているか？マニュアルが作成されているか？利用者は提供されるケアについて十分に理解しているか？ケア機関との電話はつながりやすいか？） ケアのための適切な手順が取り決められ、マニュアルとして作成されているか？ ★★★★★

利用者は提供されるケアについて十分に理解しているか？	★★★★☆
利用者は十分な情報を与えられているか？	★★★★☆
利用者が必要だと感じたときに介護職員を利用することができているか？	★★★★☆
利用者の経験は 2010 年 1 月に測定	

認知症患者の家族の経験

住宅と生活状況（十分なプライバシーがあるか？住宅／部屋はきれいか？雰囲気はよいか？）

- 利用者の宿泊施設の清潔感はどうか？ ★★★★★
- 利用者は、自分の持ち物で満たされた居住空間を得ているか？ ★★★★★
- 見守りは適切に行われているか？ ★★★★★

活動と社会との交流（十分な活動（アクティビティ）があるか？十分なサポートがあるか？利用者自身がその日のスケジュールを決定することができるか？）

- 利用者のための活動（アクティビティ）が十分に用意されているか？ ★★★★★
- 利用者自身が自分らしい生活を送っていくことは可能か？ ★★★★★

介護者の質（介護者は自分の仕事をしっかりと行うか？利用者に快適な介護を提供しているか？）

- 利用者とその家族が快適のように介護をしているか？ ★★★★★

ケア機関の質（利用者はケア機関から提供されるケアの内容について知っているか？マニュアルが作成されているか？利用者に提供されるケアについて十分に理解しているか？ケア機関との電話はつながりやすいか？）

- ケアのための適切な手順が取り決められ、マニュアルとして作成されているか？ ★★★★★
- 家族は利用者に提供されているケアについて十分に理解しているか？ ★★★★★
- 家族は十分な情報を与えられているか？ ★★★★★
- 家族はケア機関と容易に連絡を取ることができるか？ ★★★★★
- 利用者が必要だと感じたときに介護職員を利用することができているか？ ★★★★★

認知症患者の家族の経験は 2010 年 1 月に測定

凡例

- 平均よりも悪い ● ○ ○
- 平均 ● ○ ○
- 平均よりも良い ● ○ ○
- 利用できないデータ ○ ○ ○
- この質問に対する達成スコア（最大スコアは 10） 7

ケアについての詳細

ケア機関の質

- 看護師は常駐しているか？ はい
- 医師は常駐しているか？ はい
- ケア機関または介護者が、特定のタスクを適切に実行するかをチェックするか？ はい

安全な介護

- 褥瘡に苦しんでいる利用者はいるか？ 10 ● ○ ○

今までに転倒した利用者はいるか？	10	☐ ☒ ☐
利用者の薬の投与を間違ったことがあるか？	10	☐ ☒ ☐
利用者は、不安や幻覚のため鎮静剤や薬を使用することがあるか？	10	☐ ☒ ☐
利用者がうつ病の症状を示すことがよくあるか？	8	☐ ☒ ☐
尿（尿失禁）を自分で抑制することができない利用者はいるか？	5	☐ ☒ ☐
失禁してしまう利用者は専門家からの検査を受けているか？	4	☐ ☒ ☐
他人に迷惑をかけるような行動をとる利用者はいるか？	9	☐ ☒ ☐
例えば拘束具をつけられているため、自由に動くことができない利用者はいるか？	10	☐ ☒ ☐
施設内が暑すぎる場合、対処法のマニュアルがあるか？		はい
電源に障害が発生した場合にケア機関はケアを継続することができるか？		はい
提供されるケアに関するデータは 2010 年 11 月に測定		
報告：IGZ		

2) 参考

オランダのケアの質に関する機関として、HKZ と NVTZ について触れたい。

HKZ とは介護・福祉分野の質認証機関である。HKZ は介護・福祉分野の品質向上のために設立された組織で、現在 30 以上の分野（介護、児童養護、精神医療等）における質と安全の基準を策定している。当該基準を満たした事業所には HKZ より認証が与えられる。HKZ の認証を得なければならない義務は介護事業者にはないが、認証がないと介護保険者との料金交渉で不利になる²⁶。そのため、多くの介護事業者は HKZ の基準を満たすよう努力し、認証を得ている。HKZ の評価は認証を得られるか（認証されるか）否かであり、質の程度を甲乙丙とランクづけするものではない。

NVTZ とは、監査委員会のことである。

非営利組織は理事会のうえに監視委員会を設置することが法律で義務付けられている。NVTZ は、病院、ナーシングホーム、保育園など、医療・福祉に関するすべての組織を対象に、上記監視委員会の監査を行う民間非営利組織である。

NVTZ では、ケアの質、マネジメント、財務など、事業運営に関すること全てを監査する。

NVTZ の会員になって監査を受けるか否かは任意であるが、オランダには医療・福祉に関し約 1,000 の機関があり、そのうち約 650 機関が NVTZ の会員であり、過半が監査を受けていることとなる。会費は 1 法人当たり 1,400 ユーロ/年である。NVTZ の収入はこの会員からの会費のみで成り立っている。

NVTZ の職員（以下、メンバーという）の構成をみると、会長と 4 人のスペシャリスト以外は全てが非常勤で兼業である。メンバーには、大企業の役員なども多数いる。名誉職のようなものであると言う。その他、NVTZ の会員法人の理事もメンバーである。こうしたメンバーが、各法人を監査する。

NVTZ で重視しているのは、チェックすることではなく、監査を受ける法人自体が良いケアを長期的に継続させる仕組みとなっているかであるという。幅広く事業運営内容をみるため、NVTZ では 1 法人に対し年間 8 回の理事会に出席し（1 回あたり 3 時間程度）、財務も含め監査する。その他、実際に施設等に訪問して患者や利用者と話し、利用者満足度を調査する。抜き打ち監査も年 1 回、多くて 2 回実施している。利用者の会、従業員の会とも話し合いをする。どの法人にも、利用者の会と従業員の会が存在する。利用者の会とは利用者自身またはその家族から成る会であり、施設等に対する苦情などを収集し、施設側と話し合う。従業員の会は従業員から成る会であり、法人に対して陳情などを行う。こうして、様々なレベルで小さな不満から大きな問題まで、ステークホルダーが話し合う機会がもたれ、改善される土壌がある。そのうえで、法人の監査をさ

²⁶ 介護サービスの価格については診療報酬法（WTG）による規制があり、中央診療報酬協議会（CTG）において決められた診療報酬点数を上限として、保険者とサービス供給者間で交渉によって決定することができる。いわゆる上限価格規制である。

らに上から監査する NVTZ が存在する。NVTZ は第三者評価ではなく、あくまで内部監査である。問題が大きくなる前に、内部だからこそ判る詳細な情報を用いて、内部から改善していくための組織である。

（３）高齢者住宅の機能と第三者評価のあり方

ドイツ、オランダの第三者評価の様子を見てきたが、各国とも調査項目等に関しまだ発展途上にあると言われているものの、議論を重ねながらより良い第三者評価構築に向けた取り組みが行われている。

両国の様子からわが国への示唆として以下が考えられよう。

第一は、第三者評価機関は中立的機関でなくてはならないということである。ドイツでは公的機関がデータを収集し評価を行い公表していた。オランダでも公的機関がデータ収集し公設民営の機関が公表していた。民間がデータ収集・評価し、被評価者から収入を得る制度を採用する場合、中立的な、しかも利用者のために公正で厳しい評価が行われるためには、どのようなシステムであれば良いのか、十分な検討が求められる。

第二は、判りやすい公表制度を設けることである。ドイツでもオランダでも、点数化する、絵を入れるなどし、利用者にとって判りやすい、見る気を起こさせる努力がされていた。

第三は、事業者にとり改善の役にたつものであることが挙げられる。次の評価までに何を改善すべきかが判れば、事業運営改善に多いに役立つ。

これら三つが制度的に整った評価制度を作ることが重要と思われる。

なお、オランダの内部監査の項で見たように、利用者の会、従業員の会など、常日頃から当事者同士が意見を発する場が設けられ、事業運営改善に役立てる仕組みを内包化することは一策であろう。また、同一事業者同士のメンバー間で、各事業所をチェックしあうことも、内部で質の向上を図る策として一考である。

本調査研究では、高齢者住宅の機能について検討したわけだが、これを叩き台に、事業者や利用者間で、あるべき高齢者住宅の機能を定め、当該事項をチェック項目とし、先の三つの示唆を制度的に整えた第三者評価制度の創設が望まれる。

また既に述べたように、高齢者住宅の機能は単独では十分に発揮されず、周囲の資源、ケア付き街づくりの整備状況の影響を大きく受ける。今後は各地域における、ケア付き街づくりの整備状況に関する評価システムも検討に値しよう。その場合、被評価者は自治体が考えられる。

たとえばスウェーデンでは本稿で言うところのケア付き街づくりの状況に関し、自治体連合会と社会保険庁によって、一目で自治体間比較ができるようインターネットを用いた情報公開が行われている。高齢者ケアについては、たとえば 80 歳以上の男女 1,000 人当たりの転倒による怪我の割合、最低 1 部屋もしくは 1 部屋半の広さがあり、簡易キッチン、トイレ、シャワー完備の介護付き住宅の割合、介護スタッフが 1 年間に退職し

た割合等について、自治体毎に比較可能な形で情報公開されている。高齢者ケアだけに留まらず、医療や子供の教育、安全などについても同様に全自治体の状況が公開されている。

個別資源の有効活用のためには、点と点ではなく面として機能発揮することが必要であり、ケア付き街づくり、言いかえると地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。また、これは要介護高齢者だけを対象とするのではなく、健常者も病人も乳児も妊婦も障がい者も、ケアを要する人全てが活用できるシステムとならなければ、資源の有効活用とは言えない。

この整備状況がどの程度進んでいるのか、遅れているのならば何が原因かなど、内部検討の足がかりとして、また更なる改善に向け後押しするものとして、利用者への適切な情報ツールとして、事業者レベル、さらには自治体レベルの第三者評価制度の活用が望まれる。

参 考 事 例

1. ドイツの事例ーノイス市における多世代住宅 Südliche Furth

ドイツの高齢者住宅の事例として、ノイス市にある多世代住宅 Südliche Furth を紹介しよう。

既述のように、ドイツでは高齢者だけの区画は作らないという方針が浸透している。本稿で紹介する高齢者住宅も、多世代住宅の一部を成すものである。当該多世代住宅の全住民は 620 人、うち 260 人が子供、40 人が障害者である。平均年齢は 46 才。国籍は 70%がドイツ人、残りは外国人であり、7 対 3 の割合はノイス市全体の比率と同じであるという。入居にあたり所得制限がある公営住宅である²⁷。

ここでは全体で 255 の住居があり、うち 24 人分の介護施設、18 人分のアシステッドリビングがある。介護施設入居者のうち 6 人が認知症である。アシステッドリビングは要介護ながらもある程度自立した生活ができる高齢者が対象だが、共同のスペースがあるので本人が望めば皆と一緒に食事を作ったり、食べたりすることができる。

当該多世代住宅は、1891 年に設立された Neusser Bauverein AG というノイス市 99%出資の不動産会社によって、設立、事業運営されている。介護サービスは Diakonisches という、キリスト教系の非営利大規模チェーン事業者によって提供されている。

当該住宅地区は高齢者と若年層が同一地区、建物に住むというコンセプトで 2003 年に造成された。ノイス駅からは徒歩 5 分程度の交通至便な場所に立つ。

公営住宅の広さの最低基準は 1 人当たり 45 m²であるのに対し²⁸、当該住宅地区の平均は 70 m²である。これは家族で住むケースが多いことによる。

光熱費などを入れない家賃は 1 m²あたり 4.85 ユーロ/月。これは一般の価格の半分であり、残りは補助金で賄われている。管理費または光熱費が 1 m²あたり 3 ユーロ/月である。独居高齢者の場合、45 m²の部屋に入居しているとすると、家賃は 218.25 ユーロ/月 (45×4.85 ユーロ)。管理費または光熱費が 135 ユーロ (45×3)、計 353.25 ユーロ/月が独居高齢者の家賃と管理費である。その他、食費が仮に 300 ユーロとすると、計 653 ユーロ程度で家賃から食費までが賄われる。

介護サービスが必要な人の利用料金は種類によって異なるが、在宅サービスの場合、たとえば簡単な家事支援は 1 時間 18 ユーロ、身体全体のシャワーを浴びる場合 20 ユーロである。入所施設の利用料金は食費、住居費込で、介護等級 I が 2,500 ユーロ、II が 3,000 ユーロ、III が 4,000 ユーロである。もちろんこの一部は介護保険によって償還され、その差額が個人負担分となる。所得に応じて、これらにも補助金が出る。

なお、雨水の貯水庫があり、庭の草花への水やりには全てこの貯水庫の水を使うことで、環境に優しく、かつ居住者の経費負担軽減に役立っている。

²⁷ 独居の場合、年間所得 17,000 ユーロ/年が上限

²⁸ ドイツの最低基準は 1 部屋で 1 人の場合は 45 m²、2 部屋で 2 人の場合は、それに 16 を足す 61 m²、3 人で 3 部屋の場合は 77 m²

当該多世代住宅全体の建設費は 22,768,000 ユーロ (約 25 億円²⁹) である (建物だけ。内装など含まない)。うち建物の総床面積が 24,981 m²。居室タイプによって広さが大きく変わるが、単純に居室数 255 で割ると 1 居室当たり約 980 万円、入居者数 620 人で割ると約 400 万円の建設費である。

これら住宅区域の真ん中に、サービスポイント (写真参照) という相談所、兼寄り合い所があり、住民はそこへ気軽に立ち寄り、介護、家事、各種行政手続きなどの相談をすることができる。多くの場合、時間に余裕のある高齢者が日中集まり、お茶を楽しむことが多いという。実際、筆者がヒアリング中も、女性高齢者 6 人が楽しそうにお茶とお菓子で卓を囲んでいた。



写真：明治安田生活福祉研究所

サービスポイントでは、ボランティアの募集およびボランティアを行いたい人の広告も行っている。介護ケアや、家事援助、ベビーシッターなど、技術が必要な場合もあり、そのための訓練、研修活動も、サービスポイントで実施している。サービスポイントの運営費は補助金と住民の拠出金 (25 ユーロ/月/世帯) で賄われている。

当該多世代住宅は、設計当初から多世代を意識しているため、健常者の一人暮らしから家族用、要介護高齢者まで居住可能な様々なタイプの部屋が作られている。重度になると、重度者を対象とした住宅に移り住むほうが効率的であるため (ドアノブの位置が車椅子用に低い、キッチンが障害者用に工夫されているなど)、必要に応じて区域内を移り住むことはあるが、その区域を離れる必要はない設計となっている。そのため、要介護になっても同じ区域内に住み続けることができ、従来どおりの人間関係を維持できる。

²⁹ 1 ユーロ = 110.5 円 (2012 年 3 月 27 日現在)。

自然発生的に住民ボランティアによる互助が盛んであり、たとえば元気な高齢者が買い出しに行く、片麻痺の高齢者が朝食を作る、若年層がそれら朝食をテーブルに運ぶなど、近隣の助け合いが日常的に行われている。子供の宿題の面倒を高齢者が見るという風景も頻繁に見られる。

設立当初、業者による清掃が毎日 3 時間提供され、清掃業者は住民からのサービス受付窓口も請け負っていた。しかし住民側から、このような業務は自分達でできるから要らないという要望があがり、現在では住民自身によってボランティアで清掃が行われている。この件が象徴的なように、多世代住宅全体で自分達の面倒は自分達の助け合いでみるという風土があると言える。

2. オランダの事例—ロッテルダム市の高齢者住宅 Akropolis

オランダの非営利財団ヒューマニタスは、ロッテルダム市に拠点を置き、1959 年に開設された。ナーシングホーム事業からスタートした。深刻な財政危機に陥ったこともあったが、経済学者であるベッカー教授が 1992 年に理事長に就任して以来再建され、現在は 33 カ所の高齢者住宅、施設を運営する³⁰優良企業である。

法人全体の職員数は 3,300 名で、うち外国人が 1,300 名、41 カ国籍の正規職員と 1,500 名の無償ボランティアが働いている（ロッテルダムは 61 万人のオランダ第二の都市であり、その 45%が移民などの外国人で、国籍数が 173 国と世界でもっとも国際化した都市である）。

年間収入は 1,100 万ユーロ（約 12 億円³¹）で、財源は 70%が介護保険（AWBZ）から、30%が社会支援法（WMO）の助成金である。歳出の 78%は人件費で、22%は食事などの材料費とその他である。

本稿ではその本拠地であるアクロポリスを事例紹介する。

アクロポリスは高齢者住宅（6 階建て）とナーシングホームから成り、全体で約 260 人の入居者がいる（うち、ナーシングホームは 1 フロア 13 人の 2 ユニットで 26 人）。当該高齢者住宅は、公営住宅であり、高齢者以外の若年者層も入居しているが、大半は高齢者である。そのため、健常者も要介護者も混在している。

高齢者住宅の部屋の広さは 75 m²である。家賃は 652.52 ユーロ/月で、手ごろな価格帯である。この他、食費代などがかかる。

アクロポリスの入口にある受付（レセプション）は、当該高齢者住宅だけではなく、近隣住民 3,000 人の高齢者のコールセンターとしての機能も負っている。ここから在宅サービスも派遣される。そのため、地域の拠点センターとしての役割がある。

医師や看護師も白衣を着けず、職員も制服を着ない。障がい者も職員として働いている。何よりボランティアの数が多い。アクロポリスだけでボランティアは 400 人にのぼるという。また、高齢者住宅内に、レストランやバーがあり、近隣の地域住民や家族が常に遊びに来ている。そのため、誰が職員なのか、利用者なのか、住民なのかは判らない。それほど、利用者も職員もボランティアも、ごく普通に伸びやかに過ごしている。

次頁の写真にあるように、アトリウムを囲むように住戸が配置され、アトリウムはレストランとして利用され、常に当該住民やその家族、近隣住民で賑わっている。部屋を一步出れば、街の喧騒を味わえるわけである。

³⁰ 土地・建物は市の所有。高齢者住宅、施設の運営を委託されている。

³¹ 1 ユーロ＝110.5 円（2012 年 3 月 27 日現在）。



写真：明治安田生活福祉研究所



写真：`Hands off not an option!` Prof.dr.H.M.Becker

ベッカー教授が就任して以来の法人の目標は、幸福の創出である。入居者が幸福になるために何をすれば良いかを常に検討している。その目標を実践するため、職員全員が共有すべき文化（価値観）を四つ設定している。第一は自己決定の尊重。入居者の人生は入居者自身が決めるべきであり、人生のボスであるべきという考えである。第二は自己能力の活用。これについては、”Use it or lose it”（使わなければ使えなくなる）を標語とし、自分のことは自分でする文化（職員側からみると、先回りして必要以上のケアを提供しない文化）、自己能力を活用し他者に奉仕する文化を尊重している。第三は家

族的関わりである。高齢者の孤立をどう防ぐかがキーポイントであるという。第四はイエス文化である。従来の施設では官僚的で何でもノーであったが、入居者の要望にまずはイエスと言ってみてから、どうすれば実現できるか考えようという文化である。

こうした文化（価値観）について、あちこちに標語や絵が飾られ、法人全体の文化共有が図られている。

若いうちは仲間も多いが、高齢になると家族や友人を亡くし、孤独になる。ベッカー教授の考えに、人も動物も同じで、グループでないと生きられないというものがある。牛や馬が1頭では生きられないように、人間も社会の一員として、グループの中で暮らす必要性を説く。

そのため様々なイベントを通して、絵を描くグループ、美術館巡りをするグループ、カード遊びをするグループ、動物たちと遊ぶグループなど、押しつけではなく自然なグループ化を図っている。

その他、プロの歌手を招いてのコンサート、職員による音楽会など、常にイベントが開催されている。また、当該高齢者住宅および施設では、入居者の誕生会を一人ひとり実施している。同じ月の生まれの高齢者をまとめて祝うのではなく、一人ずつ誕生会をするため、ほぼ毎日、誰かの誕生会が催されている。

このような努力に基づいて、アクロポリスは200名を超える大規模住宅だが、大規模のメリットである経済効果を活かしながら、個人を尊重し、住宅全体で楽しい雰囲気を醸し出している。

たとえば次の写真はエレベータ、リハビリ室のものだが、美しい絵が描かれ（ボランティアによるもの）、見ているだけで楽しい。



写真：明治安田生活福祉研究所



写真：` Hands off not an option! " Prof.dr.H.M.Becker

こうした楽しい雰囲気にとわれ、地域住民も立ち寄りやすく、自然と高齢者住宅にボランティアが集まる。既述のようにアクロポリスだけでも 400 人のボランティアがいる。ボランティアの仕事は多様で、高齢者ケア、動物の世話³²、レストランでの給仕や調理、庭の手入れ、インターネットの講師、イベントでのピアノ演奏など様々である。なぜ、これ程無償のボランティアがあるのかベッカー教授に尋ねた所、楽しいからだという。ヒューマニタスの高齢者住宅は楽しさ、刺激に満ちている³³。また、高齢者ケアを学びたいボランティアに対しては、資格取得の支援も施設で行っている。

ベッカー教授は、老化は孤独感からくると考えている。孤独感によって精神的病気になる、身体的病気になると言う。こうした活発なイベント実施、レストランやバーの楽しい雰囲気、壁中のペイントなど、会話の話題に事欠かない住宅づくりが、老化の防止になり、その社会的な経済効果は大きいと言う。

³² アクロポリスでは羊、牛、うさぎ、猫、犬など様々な動物を飼っており、小さな動物園がある。

³³ 刺激と言えば、アクロポリスでは動物園から象やラクダを呼びパーティを開いたこともある！これも無償ボランティアである。

3. 日本の事例

(1) 大牟田市白川校区の事例

当該事例は高齢者住宅ではなく、地域力育成の事例として紹介したい。

福岡県大牟田市は人口 12.6 万人、高齢化率 30.2%の典型的郡部地域である。

少子高齢化の進行、核家族化などから、従来は地域にみられた「お互い様（ふれあい）の関係」が希薄化してきていると言う。たとえば高齢者虐待は年間 15 件であり増加傾向にある。大牟田市の代表的な地縁組織である公民館加入率も 1990 年 7 割近かったのが、近年では 4 割を切っている。

こうした中、高齢者が住みなれた地域で住み続けるためには、ADL などの「自分力」、介護を行う等の「家族力」、介護保険などの「行政力」のほか、隣近所の見守り、安否確認などの「地域力」が必要と考え、地域力向上を図る一環として「ほっと安心（徘徊ネットワーク）」という徘徊している高齢者に声をかけて保護する訓練が、市の行政主導で行われた。

始めは 2004 年に 1 つの小学校区で実施されたが徐々に訓練は広がりを見せ、同市内の白川校区では 2007 年に第 1 回目を実施した。

初回は民生委員を中心に 9 名が参加し、1 名の徘徊役に 2 時間、町を歩いてもらったが、地域からの声かけは 1 件だけであった。当時の地域の関心度は非常に低く、他人事の様子であった。

翌年度も実施したが、盛り上がりはなく、住民間の関係の希薄さが浮き彫りとなった。この訓練の反省から、常日頃、隣近所へ関心を持ち、互いに気軽に声かけできるような関係づくりが重要と認識されるようになった。住民同士の意見交換を通して、本人の地域での生活を把握するために、地域での「ふれあいの場所」を作る必要性が論じられた。そして地域住民の「交流の場」「悩み相談所」「ネットワークの拠点」として、サロン（たまり場）が必要との結論に至った。サロン開設のポイントは、自宅から歩いていける距離にサロンを設置することである。

しかしサロン開設には資金がいる。誰が契約するのかという問題もある。そこで、NPO 法人を立ち上げ、社会的信用の獲得（空家の契約）、継続性、自主性を持たせるための組織化が図られた。こうして NPO 法人しらかわの会が平成 21 年に設立された。

当法人では、高齢者宅の庭の除草支援、火災報知機などの設置、病院から自宅へ退院する方の自宅清掃といった日常生活支援事業、地域の清掃などの環境美化事業、防犯パトロールなどの安心安全事業、徘徊模擬訓練などを行っている。

また、白川校区の社会福祉協議会、白川病院など、保健・医療・福祉関係者が協力し、コーディネートを行っている。

これらの活動の結果、2007 年には徘徊役 1 人、参加者 9 人、声かけ 1 件だった徘徊模擬訓練が、2011 年には徘徊役 26 人、参加者 167 人、声かけ 268 件という成果を挙げた。このような働きかけから、近年では地域で徘徊者を発見すると即座に地域医療機

関へ通報し保護に至るケースが増えてきた。

なお、地域の高齢者が病院から退院する際には、当 NPO メンバーや、サロンの高齢者仲間が多数、退院患者の自宅へ集まり、退院前訪問指導と一緒に参加することも多い。その際に高齢者が自宅に帰って生活する上で必要なケアプランが検討される。従来は介護事業者がデイサービスの利用を多く入れるケースが目立ったが、サロン仲間より「サロンにあればデイサービスに行かなくても良いかもね」等の意見もあり、当初の予定よりも少なめのデイサービス利用となり、代替としてサロン活用や、サロンメンバーが安否確認、ごみ出しの手伝いなどをすることに決まるケースが増えた。本人は笑顔で生活していると言う。こうして白川校区では在宅で生活を継続できる高齢者が増えた。住民を中心とした地域力向上を図りつつある好例と言えよう。

（２）高齢者住宅の事例

本調査研究のアンケート調査で、入居者とのイベントに具体的記入があった高齢者住宅に対し、メールでその内容を問い合わせたところ、写真を送ってくださった高齢者住宅の事例を紹介する。

高齢者住宅の「そら」は、医療法人社団黎明会が経営する居室数 29 室の旧高齢者専用賃貸住宅である。母体の医療法人は広島県福山市にて、クリニック、老健、デイサービス、デイケアを運営している。

「そら」ではほたる祭り、桜まつりなど各種イベントの実施が盛んである。毎年、夏には大型バスを 2～3 台借りて、デイサービスやデイケアの利用者も合同でほたる祭りに出かける。その際には、職員やボランティアも多数参加し、利用者と職員およびボランティアの比率が 1 対 2 以上になるよう配慮されている。

参加は当然強制ではなく自由だが、多くの入居者がこうしたイベントを楽しみにしていると言う。オランダの事例で様々なイベントとボランティアの活躍をみてきたが、わが国にもその可能性が十分あることが伺えよう。



写真：医療法人社団黎明会



写真：医療法人社団黎明会



写真：医療法人社団黎明会



写真：医療法人社団黎明会

参 考 資 料

1. 単純集計

① 全体（317 件）

（1）高齢者住宅の居室数、入居可能人数

項目	平均値 (人)
居室数	30.4
入居可能人数	35.8

居室数分布

階級	割合 (%)
1～10室	10.2
11～20室	31.9
21～30室	22.7
31～40室	12.8
41～50室	9.2
51室以上	13.2
合計	100.0

入居可能人数

階級	割合 (%)
1～10人	10.8
11～20人	24.0
21～30人	22.2
31～40人	12.2
41～50人	10.4
51人以上	20.4
合計	100.0

（2）1か月の稼働率

項目	平均値 (%)
稼働率	82.9

(3) 事業開始年度

項目	平均値 (年)
事業開始年	2.007

事業開始年度分布

階級	割合 (%)
1999年以前	2.7
2000年	1.7
2001年	2.0
2002年	2.4
2003年	3.0
2004年	1.7
2005年	4.4
2006年	7.4
2007年	10.5
2008年	15.2
2009年	15.2
2010年	17.2
2011年	9.8
2012年	6.8
合計	100.0

(4) 要介護者の割合

項目	平均値 (割)
要介護者の割合	7.2

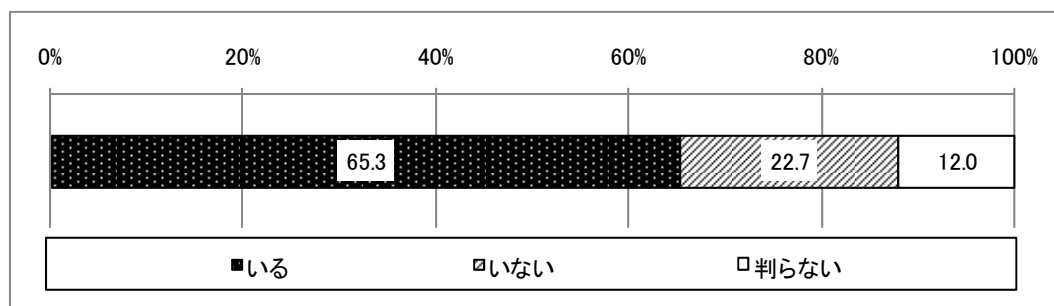
要介護者の割合分布

階級	割合 (%)
5割未満	26.4
5～6割	3.2
6～7割	4.4
7～8割	7.6
8～9割	12.4
9～10割	46.0
合計	100.0

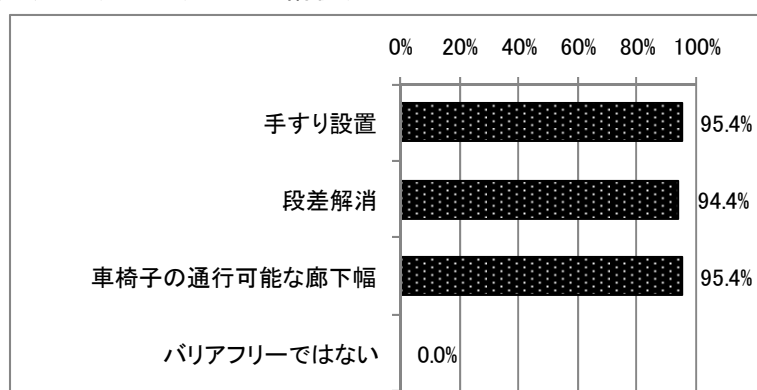
(5) 平均要介護度

項目	平均値
平均要介護度	1.9

(6) 認知症の入居者の有無



(7) バリアフリーの整備状況



(8) 居室の面積

ア. 最も居室数の多い部屋の面積

項目	平均値 (㎡)
最も居室数の多い部屋の広さ	29.0

分布

階級	割合 (%)
15㎡未満	2.4
15～20㎡	31.9
20～25㎡	10.1
25～30㎡	19.4
30～35㎡	7.6
35～40㎡	7.3
40～45㎡	8.7
45～50㎡	4.2
50㎡以上	8.3
合計	100.0

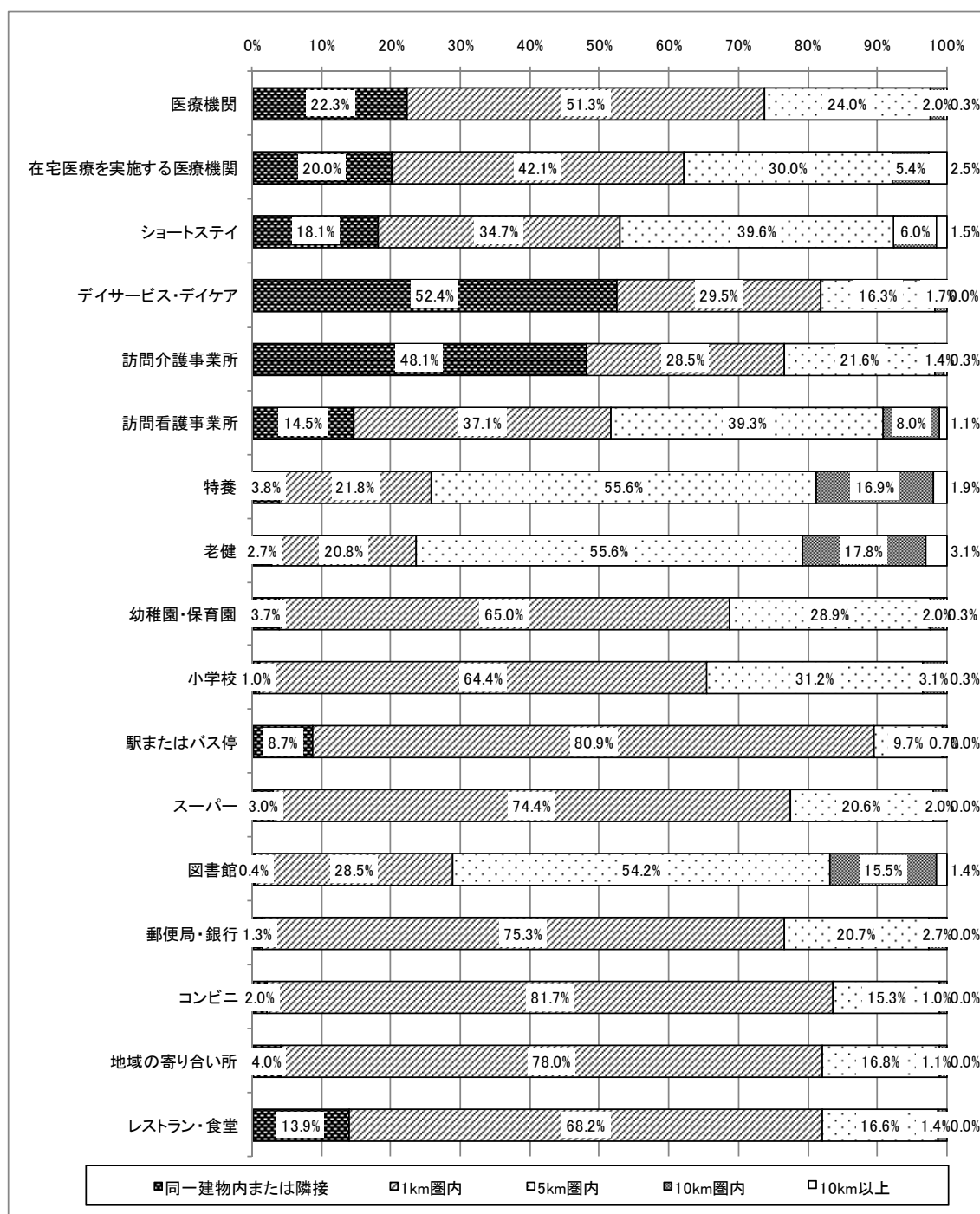
イ. 最も狭い部屋の面積

項目	平均値 (㎡)
最も狭い部屋の広さ	25.7

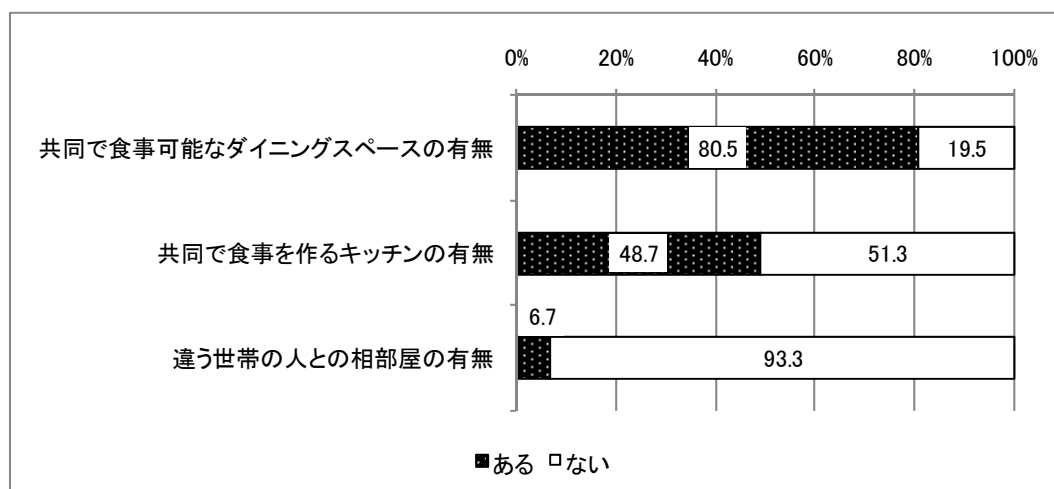
分布

階級	割合 (%)
15㎡未満	3.5
15～20㎡	38.5
20～25㎡	10.8
25～30㎡	18.9
30～35㎡	9.1
35～40㎡	8.4
40～45㎡	7.0
45～50㎡	1.4
50㎡以上	2.4
合計	100.0

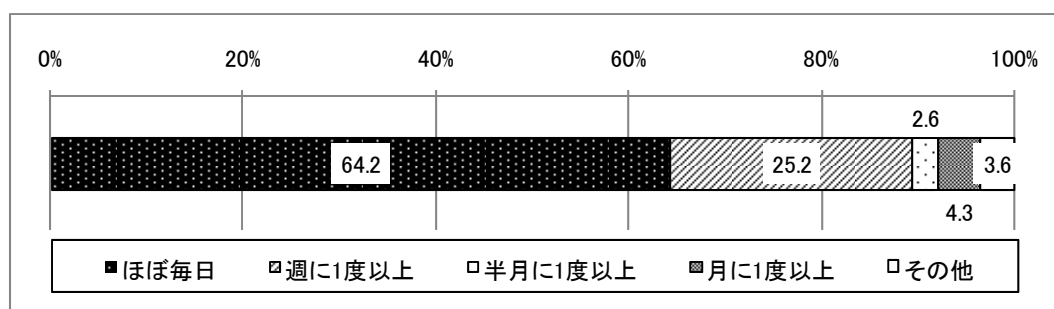
(9) 高齢者住宅と関連施設・設備との距離



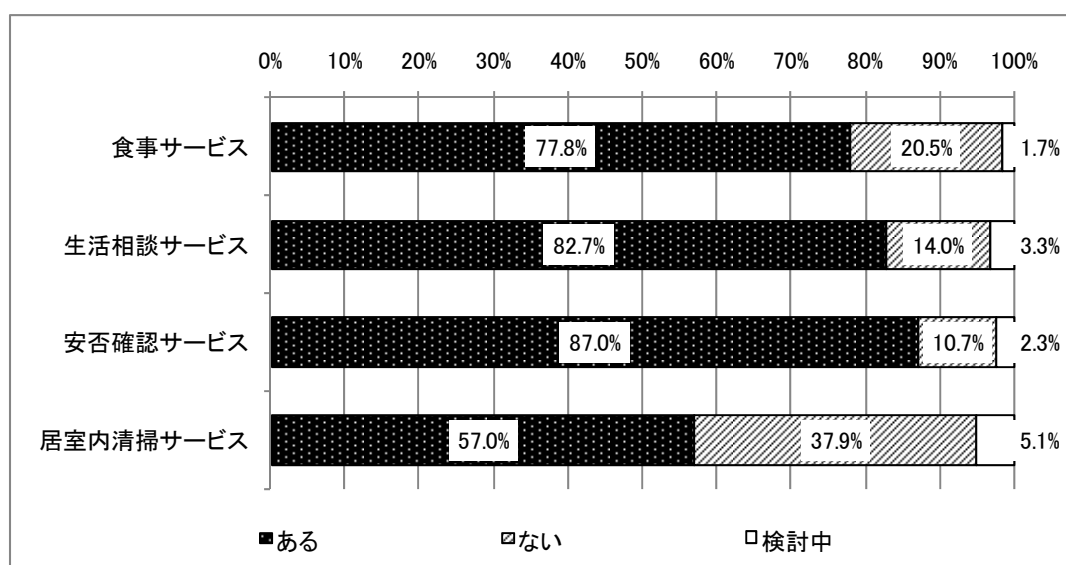
(10) 建物の状況



(11) 居室外清掃の頻度



(12) 提供しているサービスの状況



(13) 入居時の費用

ア. 家賃

項目	平均値 (円)
家賃	61,998
最も安い家賃	57,598

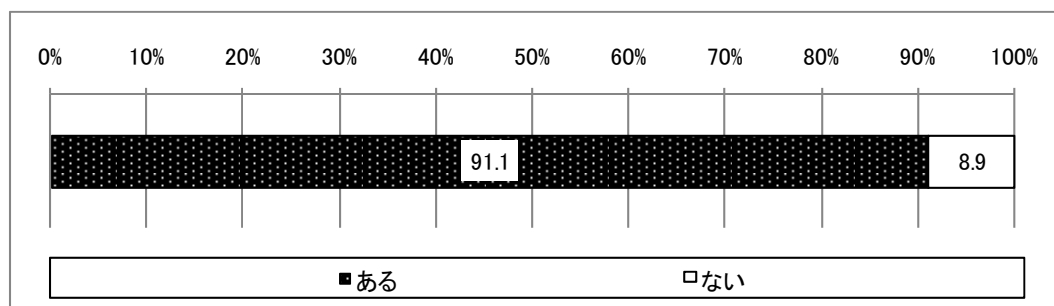
家賃の分布

階級	割合 (%)
30,000円未満	6.0
30,000～40,000円	9.6
40,000～50,000円	13.6
50,000～60,000円	22.5
60,000～70,000円	15.6
70,000～80,000円	13.2
80,000～90,000円	7.9
90,000～100,000円	4.3
100,000円以上	7.3
合計	100.0

最も安い家賃の分布

階級	割合 (%)
30,000円未満	7.1
30,000～40,000円	14.2
40,000～50,000円	12.8
50,000～60,000円	23.6
60,000～70,000円	16.9
70,000～80,000円	12.2
80,000～90,000円	5.4
90,000～100,000円	3.4
100,000円以上	4.4
合計	100.0

イ. 共益費の有無



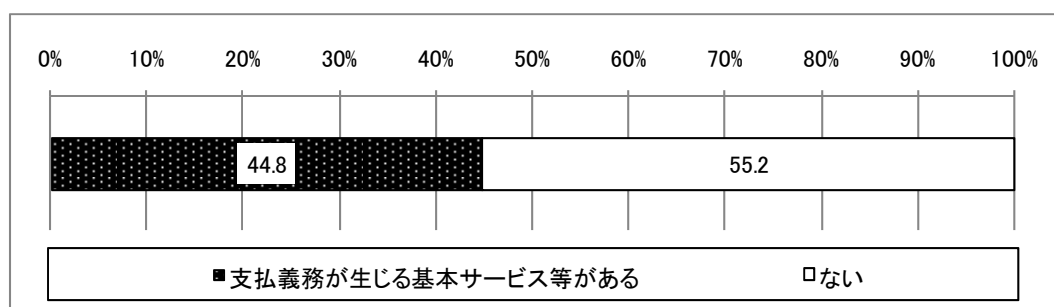
共益費の価格

項目	平均値 (円)
共益費	18,971

共益費の分布

階級	割合 (%)
5,000円未満	11.7
5,000～10,000円	20.9
10,000～15,000円	12.5
15,000～20,000円	14.3
20,000～25,000円	12.5
25,000～30,000円	7.3
30,000円以上	20.9
合計	100.0

ウ. 基本サービス費等の有無



基本サービス費等の価格

項目	平均値 (円)
基本サービス費	23,397

基本サービス費等の価格の分布

階級	割合 (%)
5,000円未満	16.1
5,000～10,000円	11.3
10,000～15,000円	13.7
15,000～20,000円	7.3
20,000～25,000円	12.9
25,000～30,000円	5.6
30,000～35,000円	12.9
35,000～40,000円	4.8
40,000～45,000円	4.0
45,000～50,000円	0.8
50,000円以上	10.5
合計	100.0

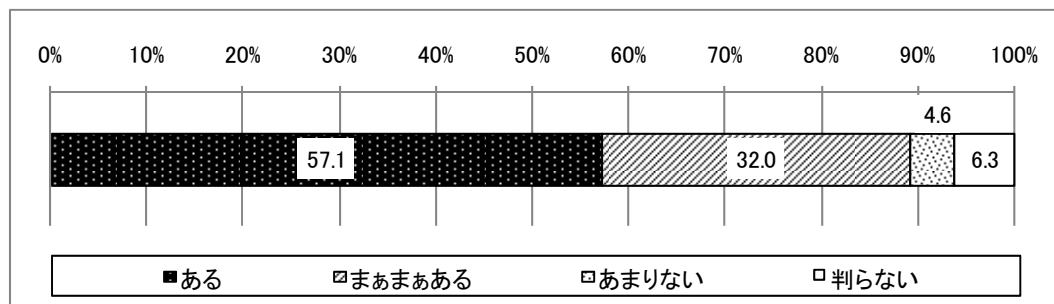
エ. 月額入居費用総額（家賃＋共益費＋基本サービス費等）

項目	平均値 (円)
月額入居費用の総額	89,996

分布

階級	割合 (%)
50,000円未満	10.8
50,000～60,000円	6.5
60,000～70,000円	13.3
70,000～80,000円	11.5
80,000～90,000円	14.4
90,000～100,000円	12.2
100,000～110,000円	8.6
110,000～120,000円	6.1
120,000円以上	16.5
合計	100.0

(14) 入居者が自分でできることは自分で行う風土



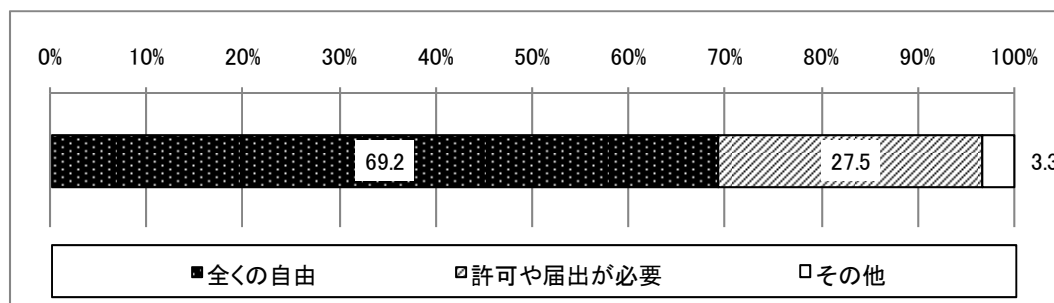
(15) 公共交通機関への所要時間

項目	平均値 (分)
所要時間	5.9

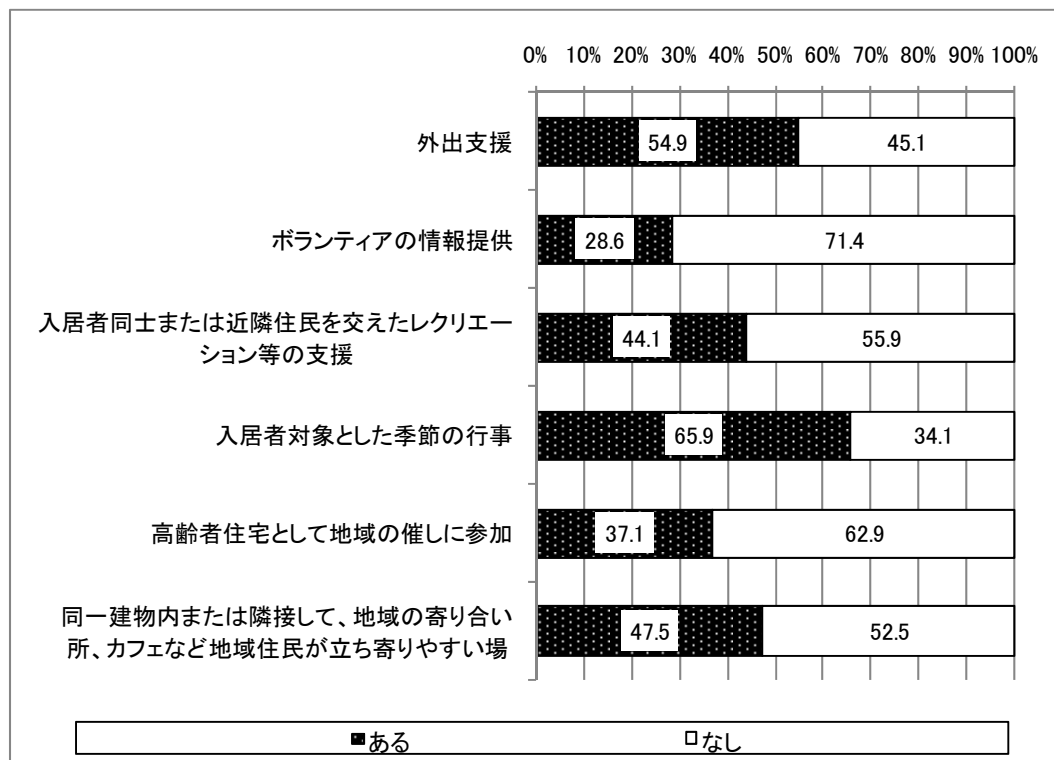
分布

階級	割合 (%)
1分	16.8
2分	8.2
3分	14.1
4分	2.6
5分	24.3
6分	1.3
7分	3.9
8分	3.3
9分	1.0
10分	16.8
11分以上	7.6
合計	100.0

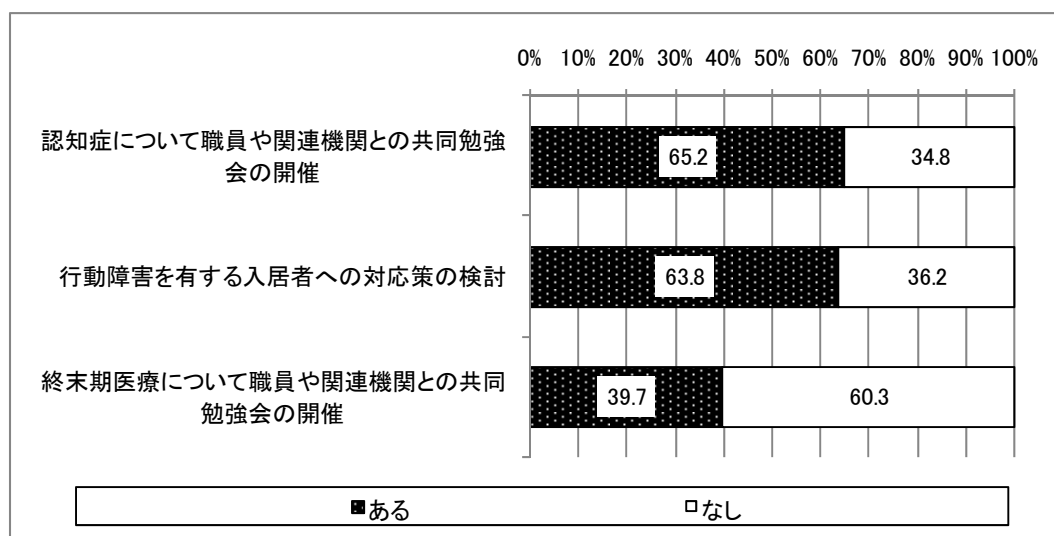
(16) 外出の状況



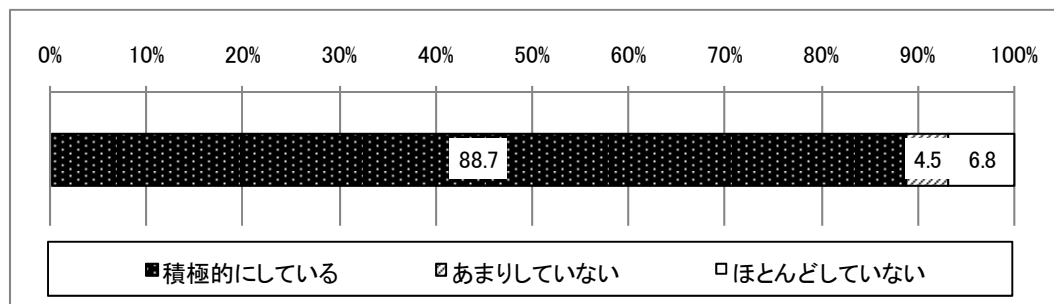
(17) 入居者への支援や地域との交流



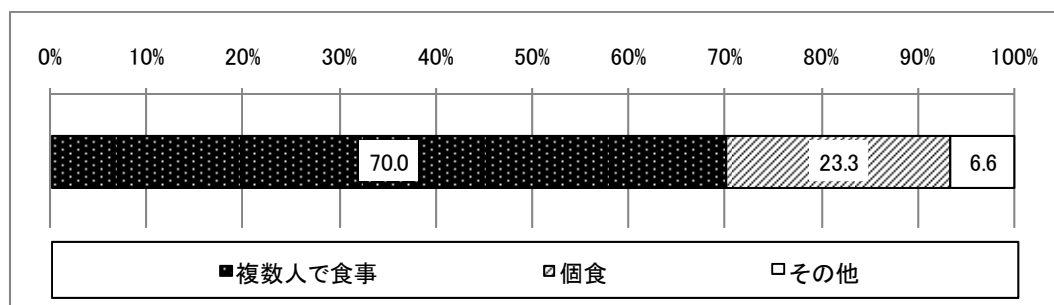
(18) 認知症や終末期医療などへの理解促進のための取組み



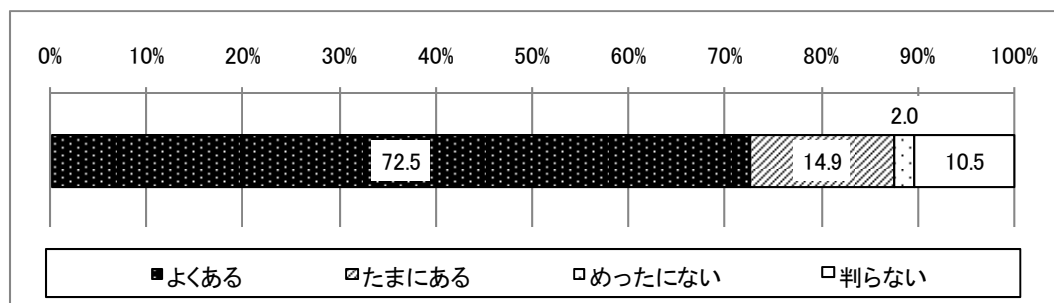
(19) 職員の積極的な声かけ



(20) 食事の状況

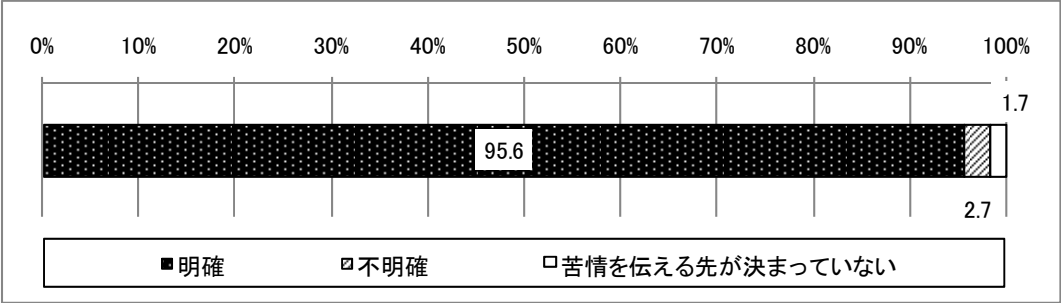


(21) 入居者の家族・知人の訪問

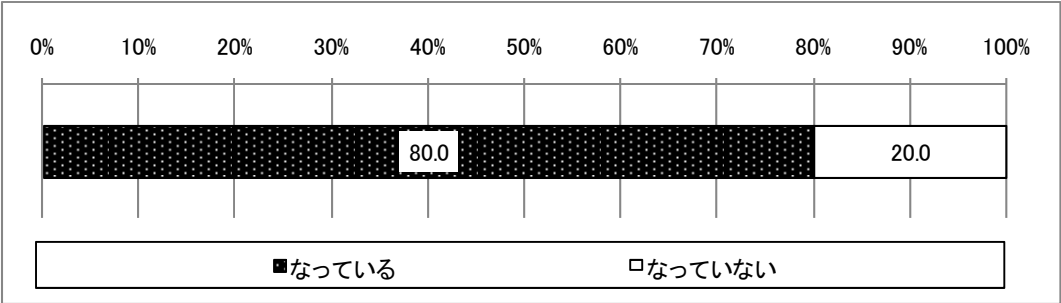


(22) 苦情

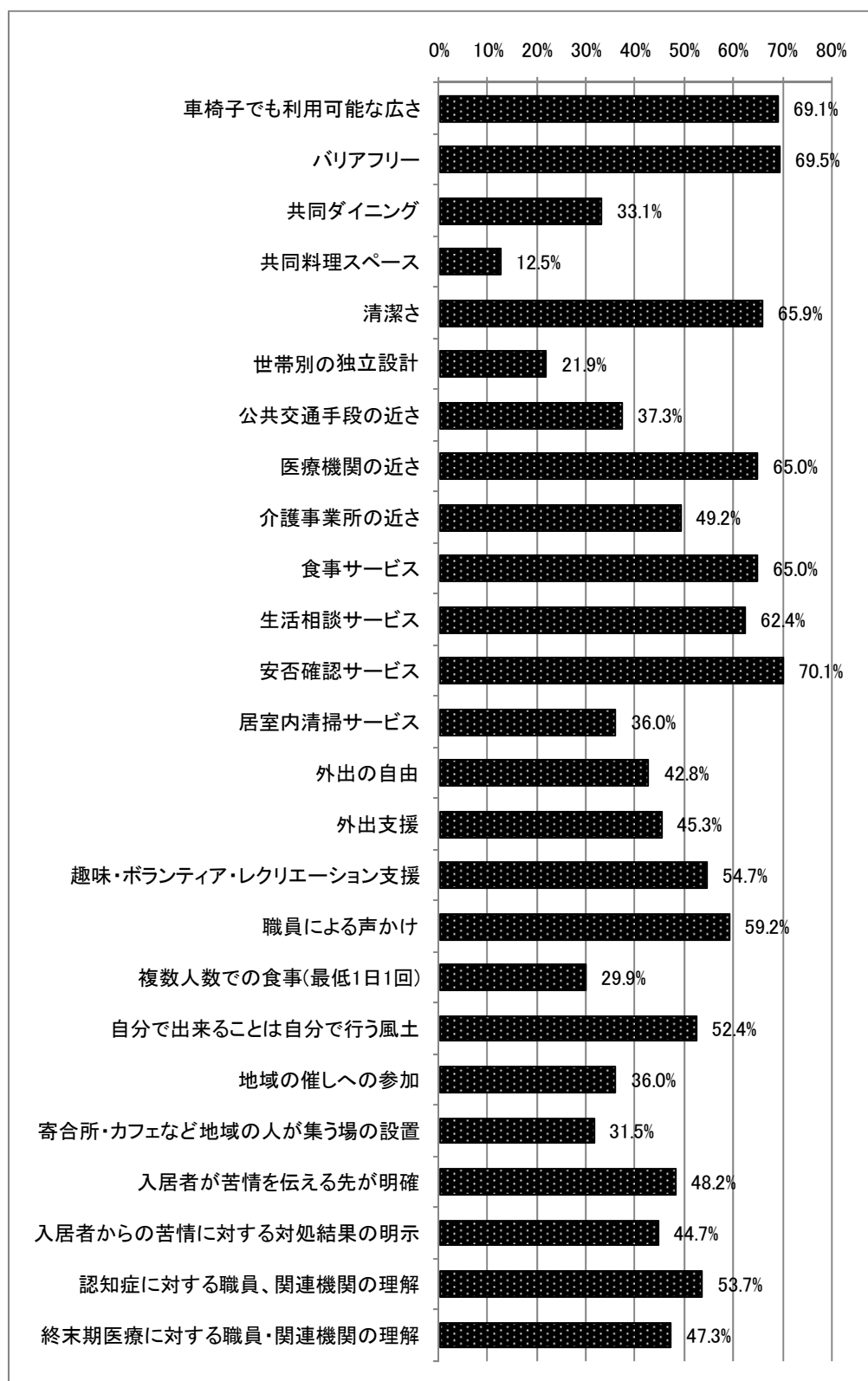
ア. 苦情の伝え先



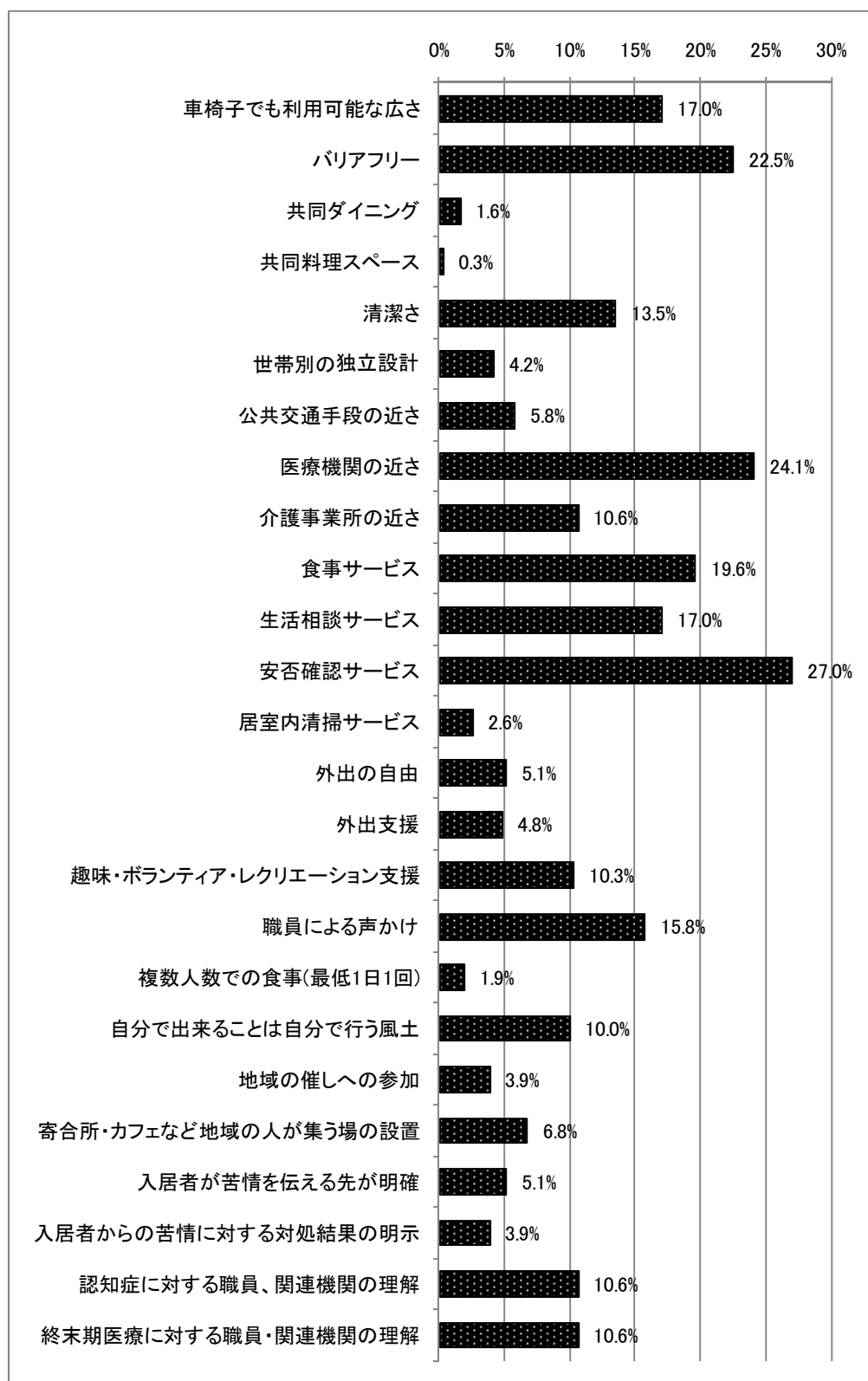
イ. 苦情への対処の明示



(23) 価格に関わらず高齢者住宅に必要と思う機能



特に必要なサービスを5つ選択



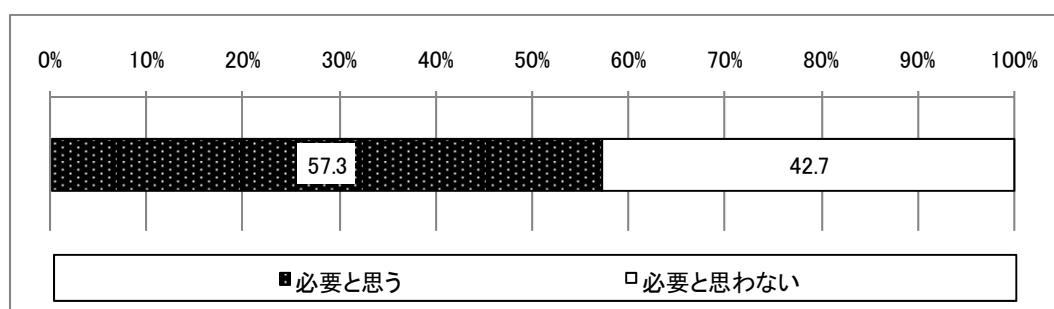
(24) 高齢者住宅の建設費

項目	平均値 (万円)	中央値 (万円)
建設費	30,469	25,000

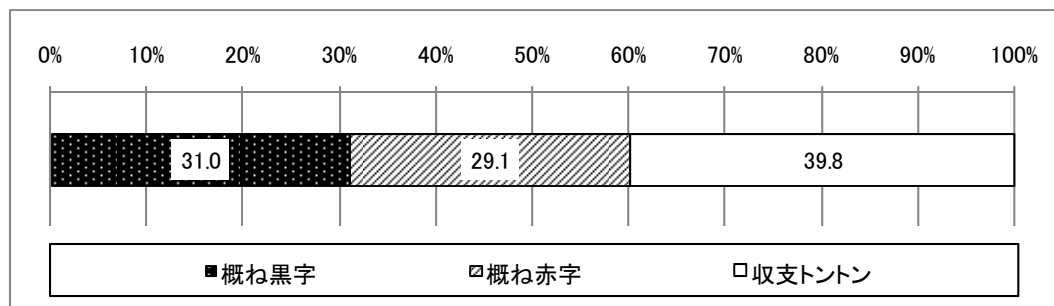
(25) 高齢者住宅の総延べ床面積

項目	平均値 (㎡)	中央値 (㎡)
延べ床面積	2,137	1,200

(26) 高齢者住宅を対象とした第三者評価制度の必要性



(27) 高齢者住宅事業の経営状況



② サービス付き高齢者向け住宅（53 件）

（１）高齢者住宅の居室数、入居可能人数

項目	平均値 (人)
居室数	32.8
入居可能人数	34.3

居室数分布

階級	割合 (%)
1～10室	9.4
11～20室	28.3
21～30室	22.6
31～40室	13.2
41～50室	13.2
51室以上	13.2
合計	100.0

入居可能人数

階級	割合 (%)
1～10人	7.8
11～20人	21.6
21～30人	25.5
31～40人	21.6
41～50人	13.7
51人以上	9.8
合計	100.0

（２）１か月の稼働率

項目	平均値 (%)
稼働率	71.2

(3) 事業開始年度

項目	平均値 (年)
事業開始年	2.010

事業開始年度分布

階級	割合 (%)
2005年以前	10.0
2006年	2.0
2007年	8.0
2008年	10.0
2009年	0.0
2010年	6.0
2011年	30.0
2012年	34.0
合計	100.0

(4) 要介護者の割合

項目	平均値 (割)
要介護者の割合	7.8

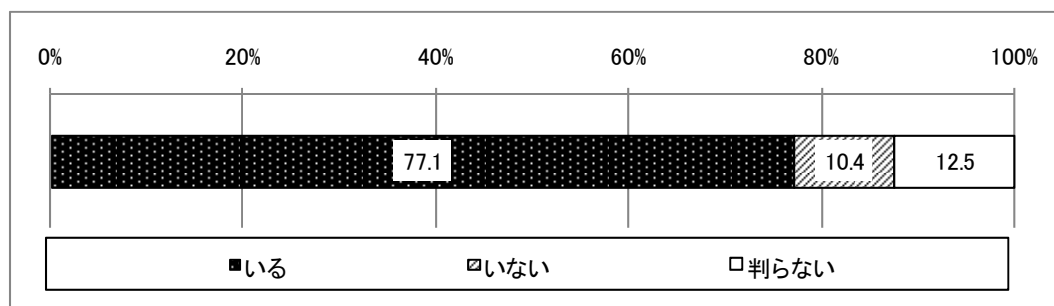
要介護者の割合分布

階級	割合 (%)
5割未満	12.5
5～6割	2.5
6～7割	7.5
7～8割	15.0
8～9割	7.5
9～10割	55.0
合計	100.0

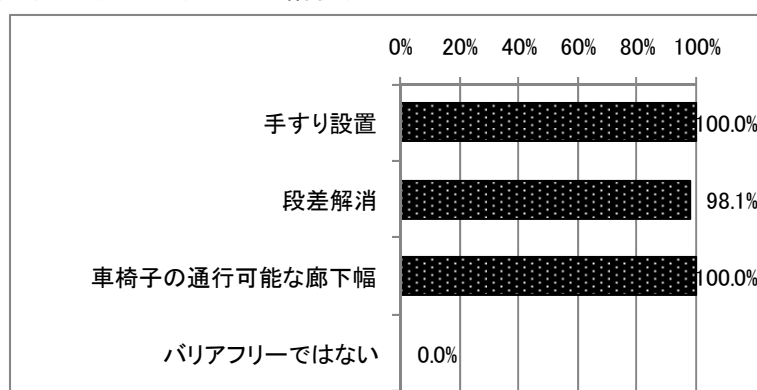
(5) 平均要介護度

項目	平均値
平均要介護度	1.9

(6) 認知症の入居者の有無



(7) バリアフリーの整備状況



(8) 居室の面積

ア. 最も居室数の多い部屋の面積

項目	平均値 (㎡)
最も居室数の多い部屋の広さ	25.1

分布

階級	割合 (%)
15㎡未満	1.9
15～20㎡	47.2
20～25㎡	5.7
25～30㎡	18.9
30～35㎡	13.2
35～40㎡	5.7
40～45㎡	1.9
45～50㎡	3.8
50㎡以上	1.9
合計	100.0

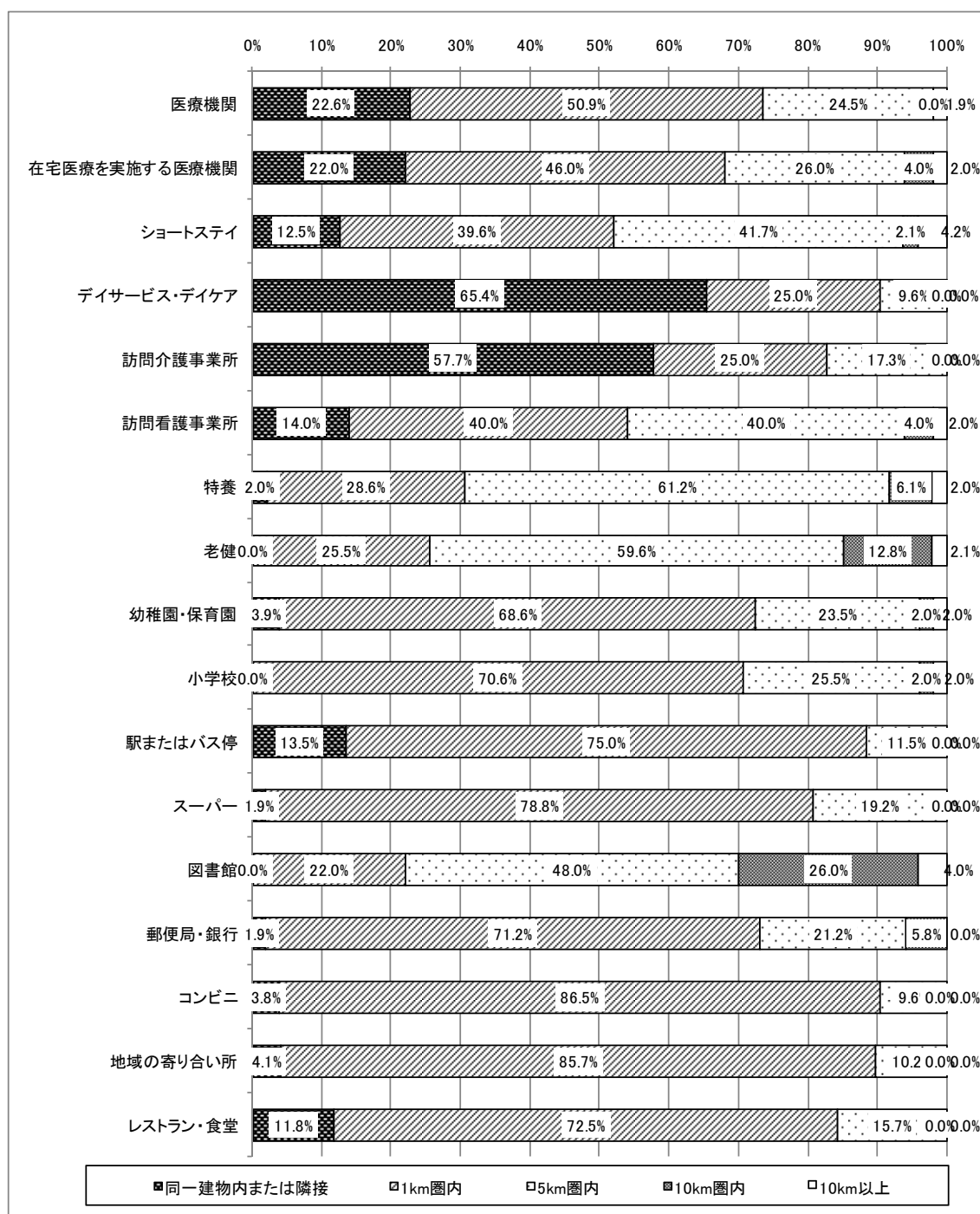
イ. 最も狭い部屋の面積

項目	平均値 (㎡)
最も狭い部屋の広さ	22.3

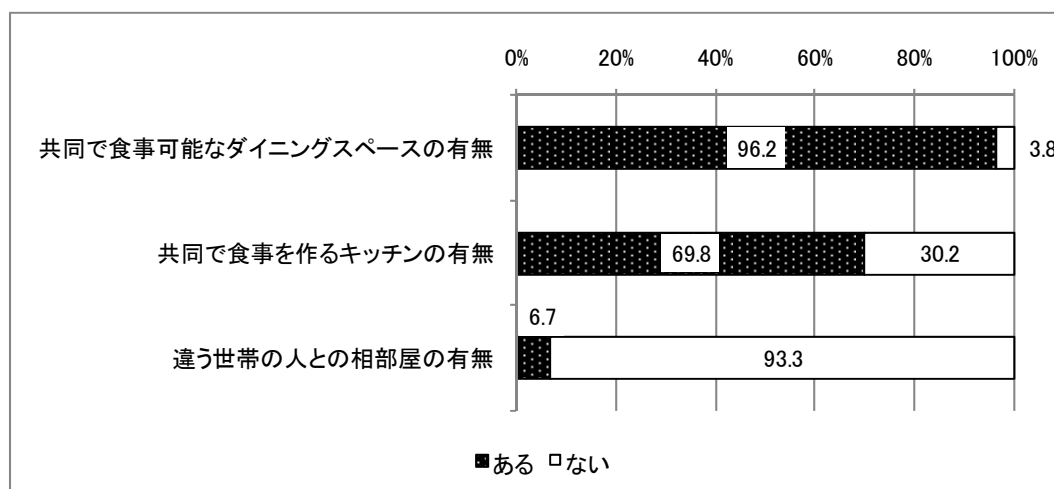
分布

階級	割合 (%)
15㎡未満	1.9
15～20㎡	55.8
20～25㎡	9.6
25～30㎡	17.3
30～35㎡	9.6
35～40㎡	3.8
40～45㎡	1.9
45～50㎡	0.0
50㎡以上	0.0
合計	100.0

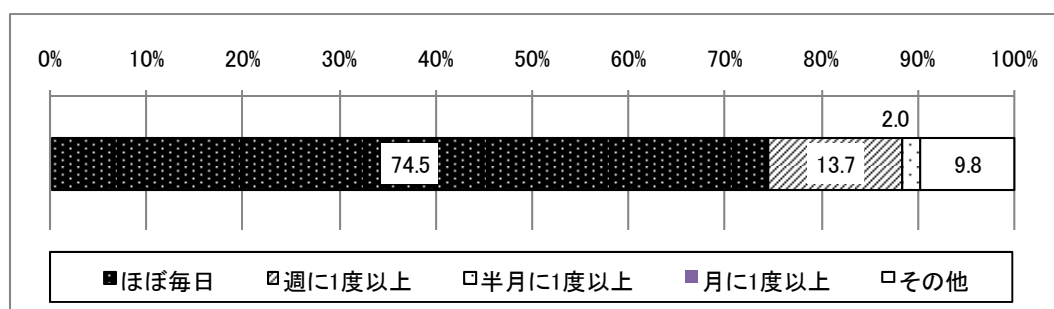
(9) 高齢者住宅と関連施設・設備との距離



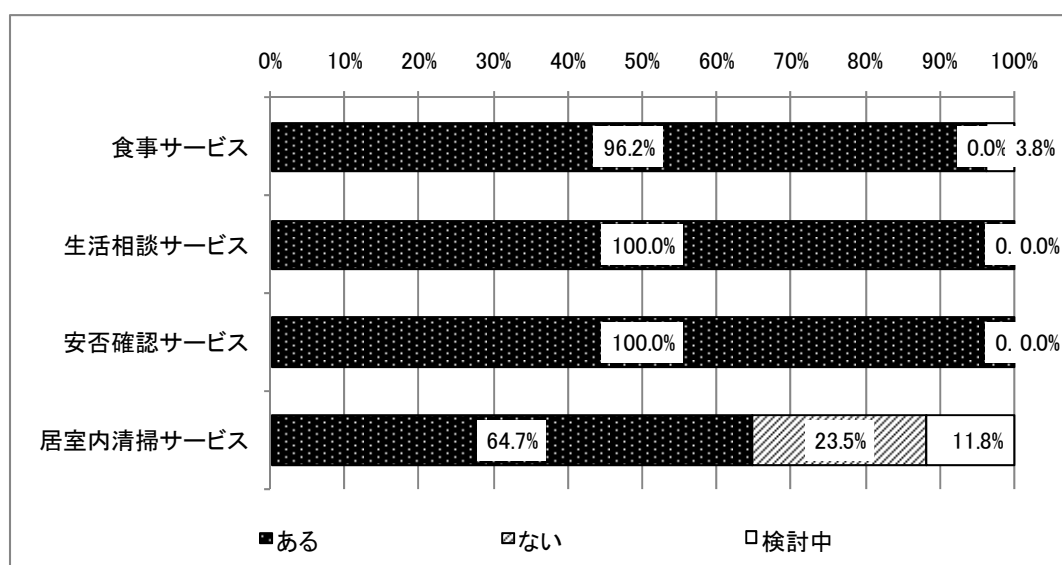
(10) 建物の状況



(11) 居室外清掃の頻度



(12) 提供しているサービスの状況



(13) 入居時の費用

ア. 家賃

項目	平均値 (円)
家賃	59,971
最も安い家賃	54,848

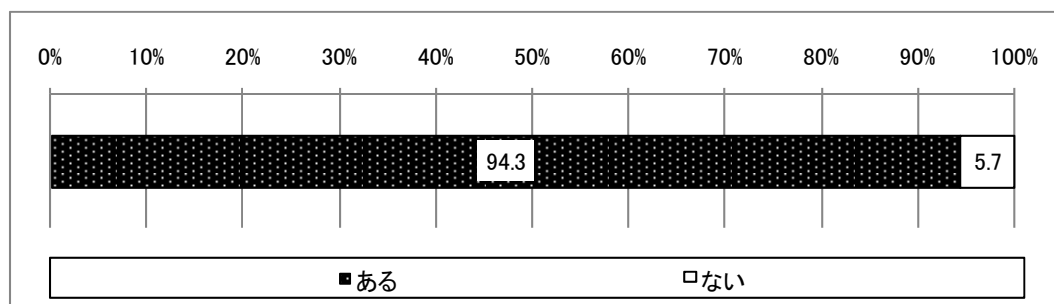
家賃の分布

階級	割合 (%)
30,000円未満	1.9
30,000～40,000円	7.7
40,000～50,000円	19.2
50,000～60,000円	28.8
60,000～70,000円	7.7
70,000～80,000円	19.2
80,000～90,000円	7.7
90,000～100,000円	1.9
100,000円以上	5.8
合計	100.0

最も安い家賃の分布

階級	割合 (%)
30,000円未満	3.8
30,000～40,000円	17.3
40,000～50,000円	15.4
50,000～60,000円	26.9
60,000～70,000円	13.5
70,000～80,000円	11.5
80,000～90,000円	7.7
90,000～100,000円	3.8
100,000円以上	0.0
合計	100.0

イ. 共益費の有無



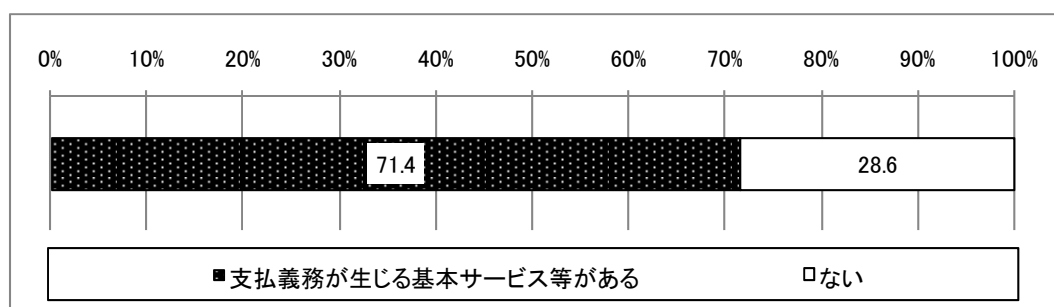
共益費の価格

項目	平均値 (円)
共益費	17,960

共益費の分布

階級	割合 (%)
5,000円未満	6.0
5,000～10,000円	16.0
10,000～15,000円	16.0
15,000～20,000円	16.0
20,000～25,000円	20.0
25,000～30,000円	14.0
30,000円以上	12.0
合計	100.0

ウ. 基本サービス費等の有無



基本サービス費等の価格

項目	平均値 (円)
基本サービス費	23,013

基本サービス費等の価格の分布

階級	割合 (%)
5,000円未満	2.9
5,000～10,000円	5.9
10,000～15,000円	29.4
15,000～20,000円	14.7
20,000～25,000円	11.8
25,000～30,000円	5.9
30,000～35,000円	14.7
35,000～40,000円	2.9
40,000～45,000円	2.9
45,000～50,000円	2.9
50,000円以上	5.9
合計	100.0

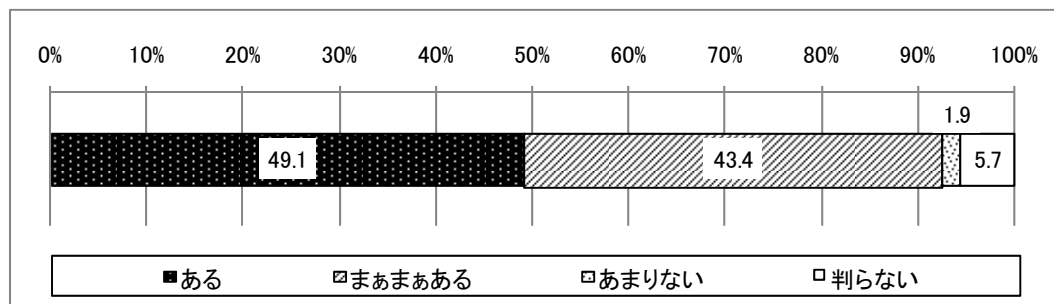
エ. 月額入居費用総額（家賃＋共益費＋基本サービス費等）

項目	平均値 (円)
月額入居費用の総額	92,811

分布

階級	割合 (%)
50,000円未満	6.3
50,000～60,000円	4.2
60,000～70,000円	10.4
70,000～80,000円	10.4
80,000～90,000円	20.8
90,000～100,000円	14.6
100,000～110,000円	10.4
110,000～120,000円	6.3
120,000円以上	16.7
合計	100.0

(14) 入居者が自分でできることは自分で行う風土



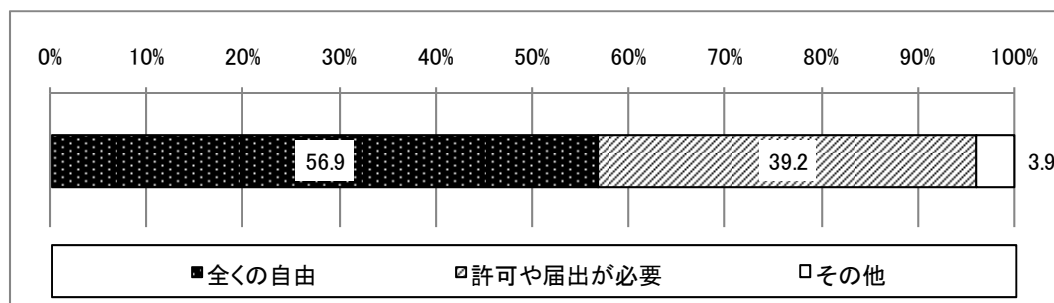
(15) 公共交通機関への所要時間

項目	平均値 (分)
所要時間	4.6

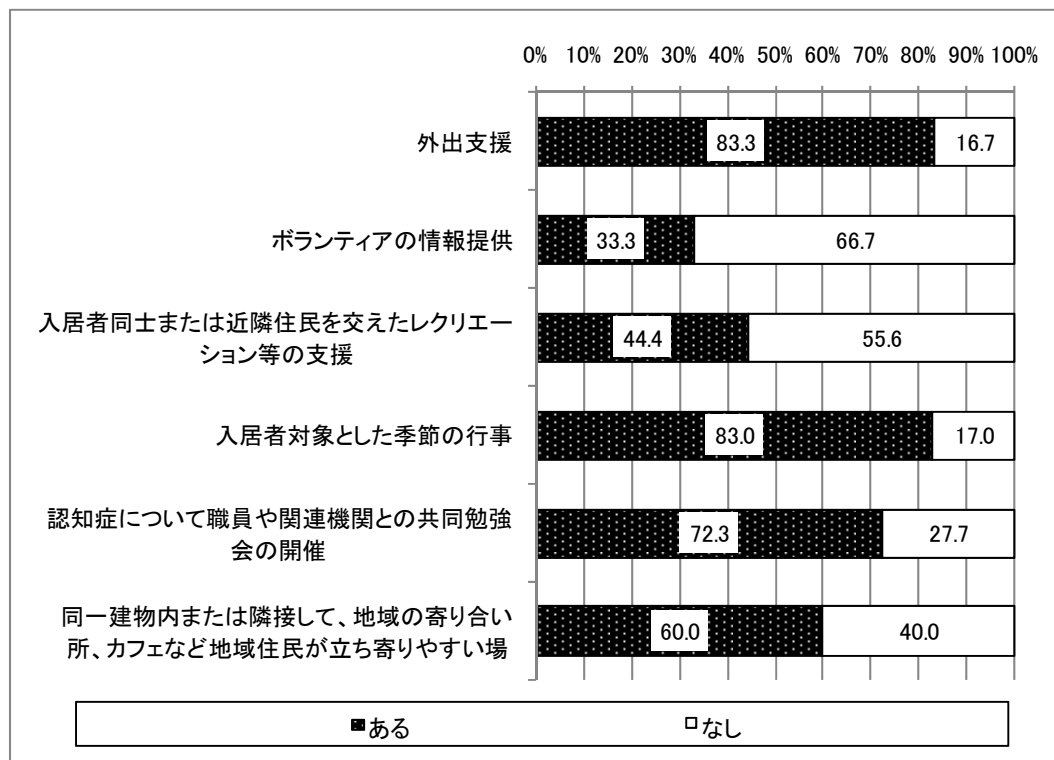
分布

階級	割合 (%)
1分	28.8
2分	7.7
3分	13.5
4分	1.9
5分	23.1
6分	1.9
7分	1.9
8分	1.9
9分	0.0
10分	13.5
11分以上	5.8
合計	100.0

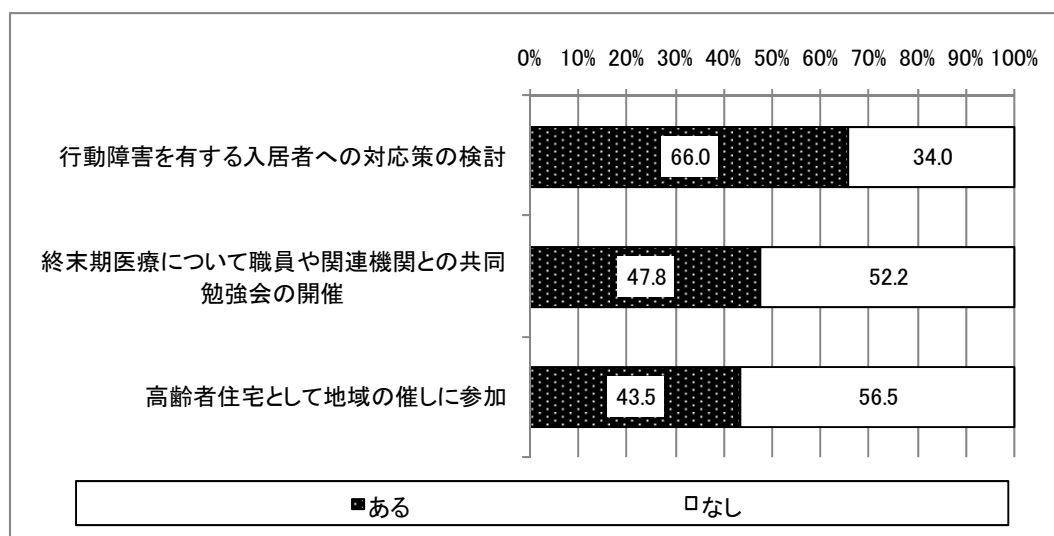
(16) 外出の状況



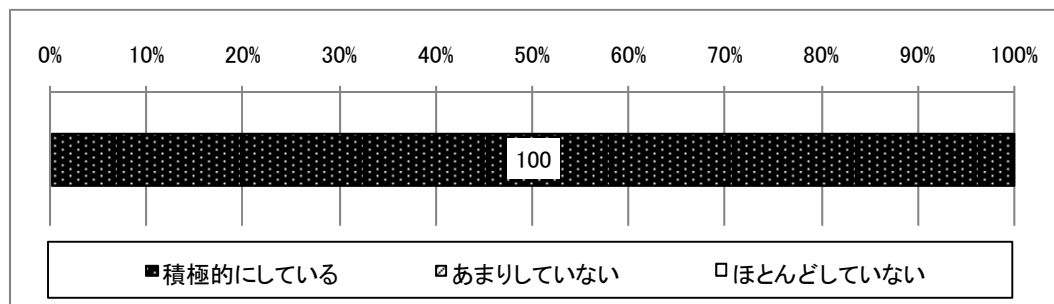
(17) 入居者への支援や地域との交流



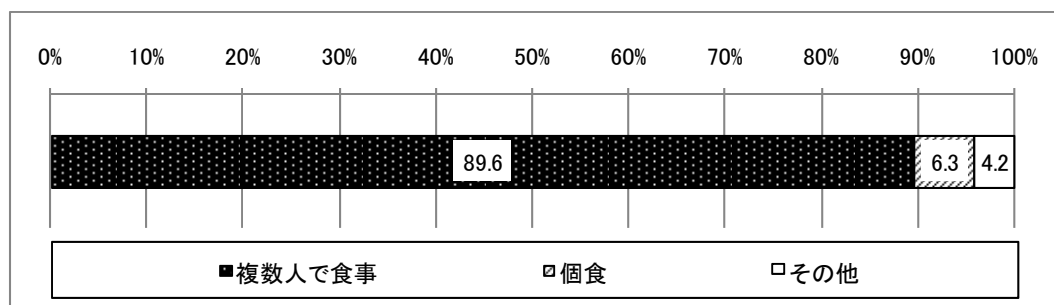
(18) 認知症や終末期医療などへの理解促進のための取組み



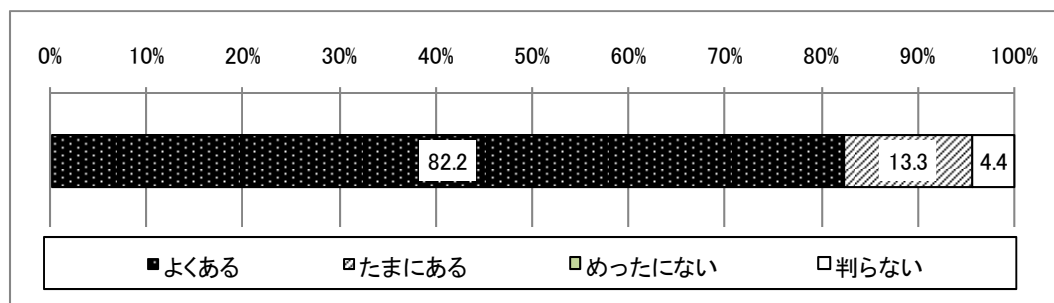
(19) 職員の積極的な声かけ



(20) 食事の状況

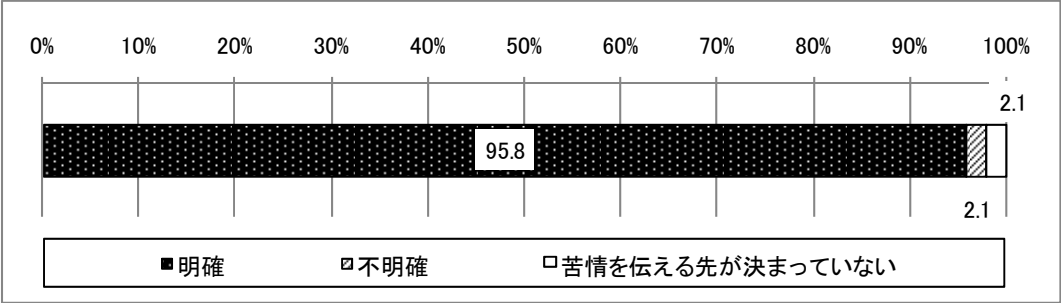


(21) 入居者の家族・知人の訪問

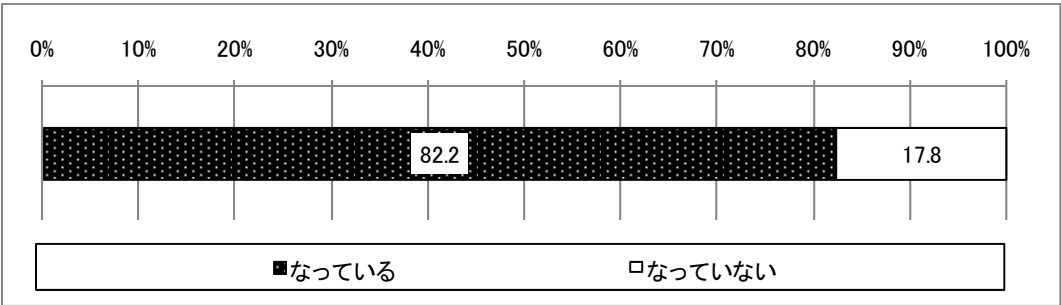


(22) 苦情

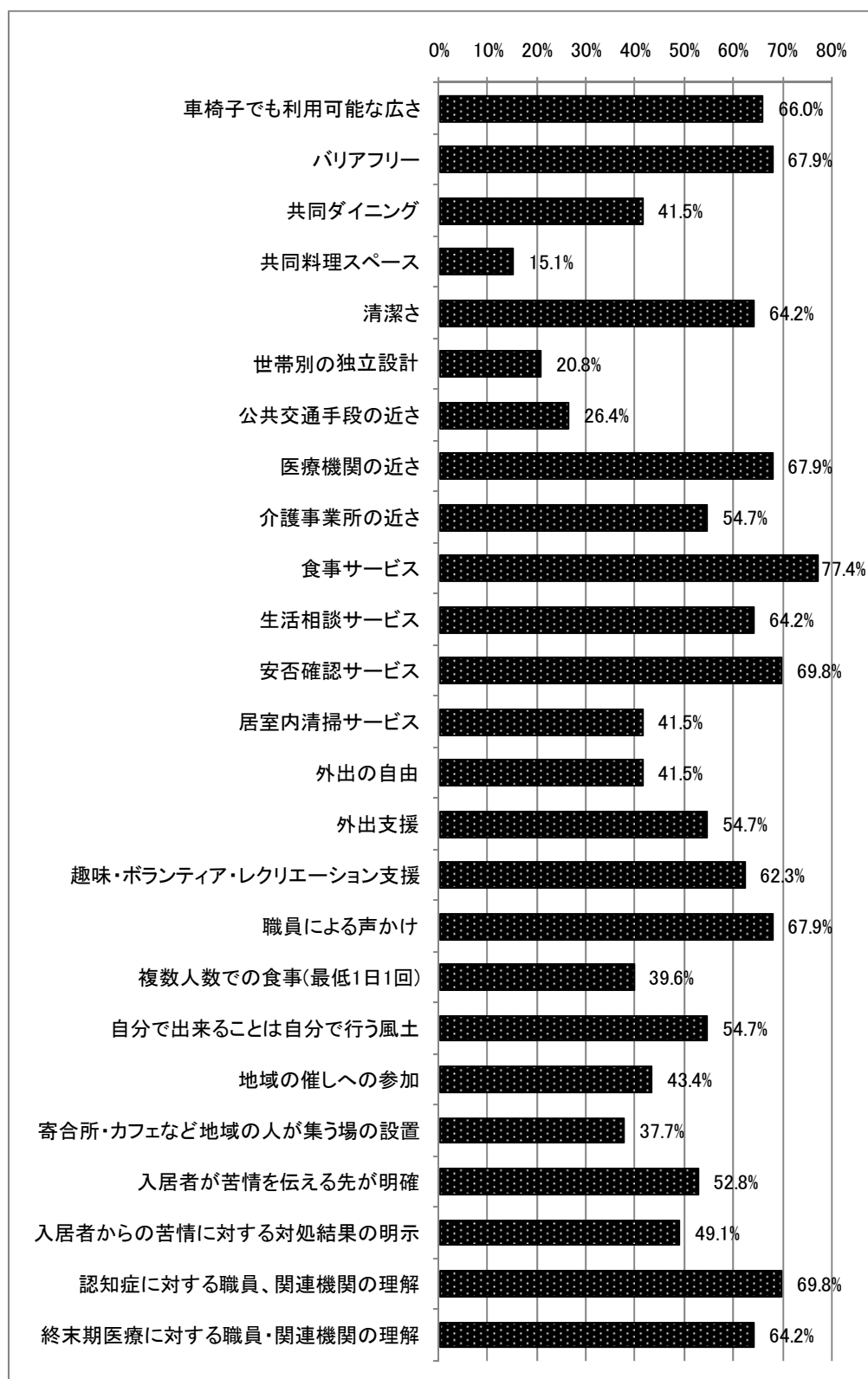
ア. 苦情の伝え先



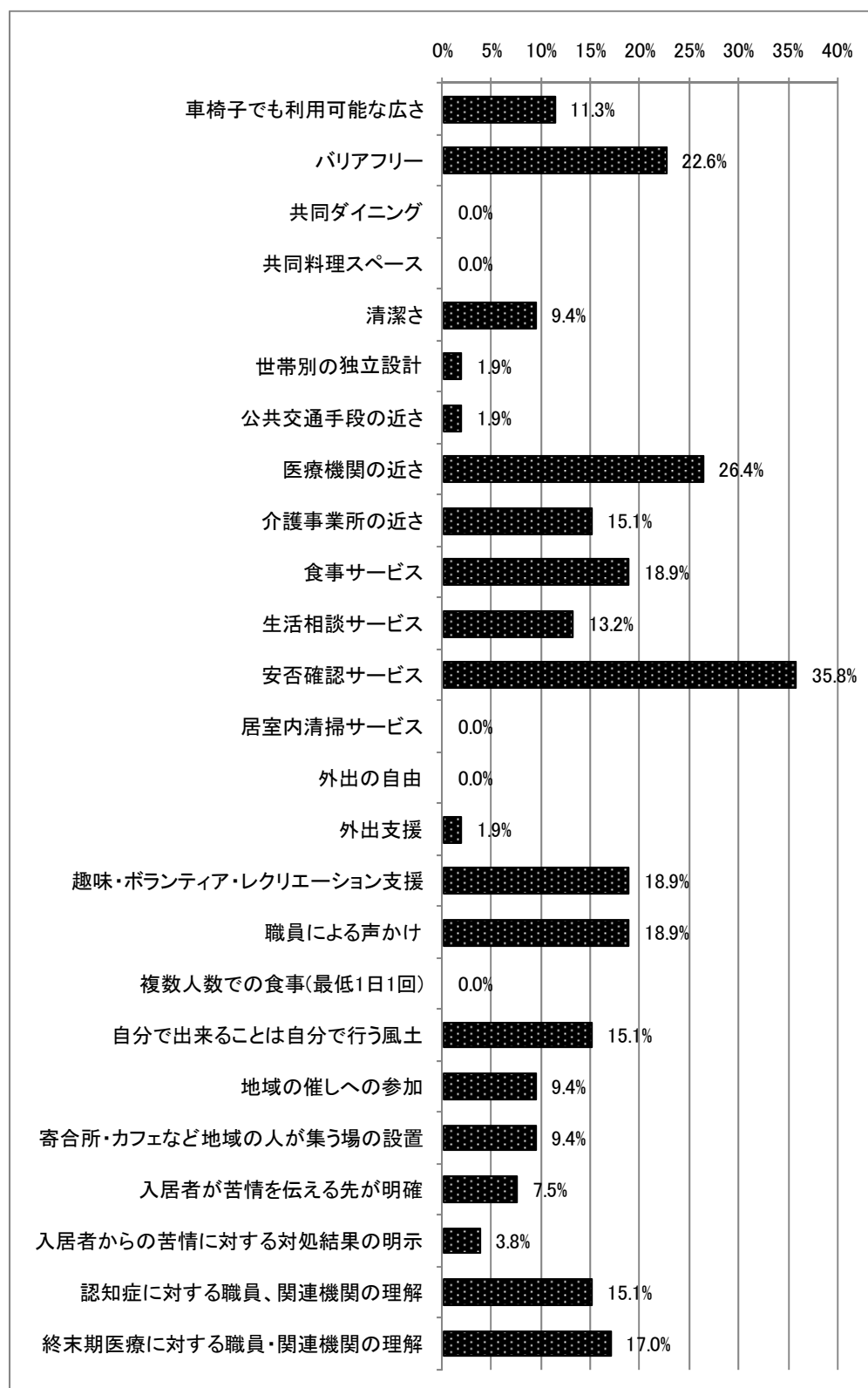
イ. 苦情への対処の明示



(23) 価格に関わらず高齢者住宅に必要と思う機能



特に必要なサービスを5つ選択



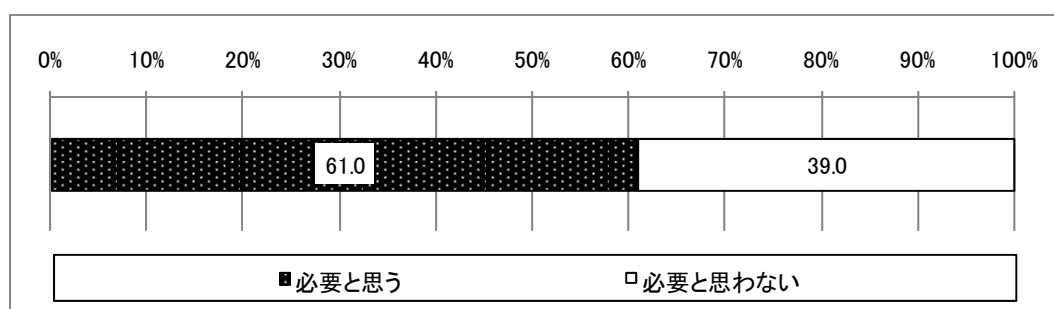
(24) 高齢者住宅の建設費

項目	平均値 (万円)	中央値 (万円)
建設費	39,339	28,500

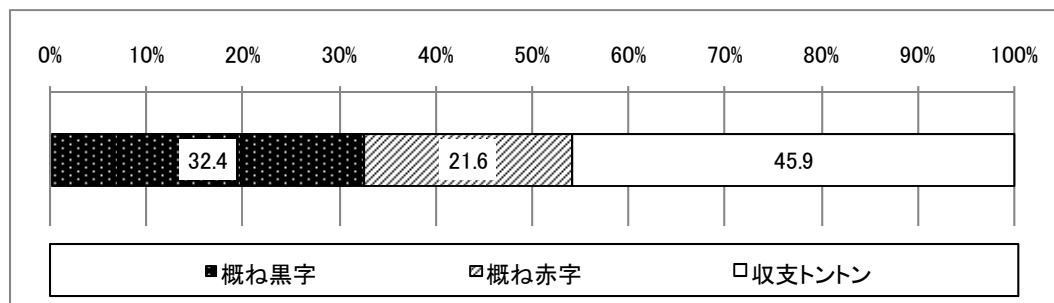
(25) 高齢者住宅の総延べ床面積

項目	平均値 (㎡)	中央値 (㎡)
延べ床面積	1,799	1,356

(26) 高齢者住宅を対象とした第三者評価制度の必要性



(27) 高齢者住宅事業の経営状況



2. アンケート調査票

平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 調査研究事業

高齢者住宅の機能に関するアンケート調査

【調査ご協力のお願い】

- ・本調査は、厚生労働省平成 23 年度老人保健健康増進等事業として、高齢者住宅の機能に関する調査を実施するものです。
- ・全国のサービス付き高齢者向け住宅および旧高齢者専用賃貸住宅の事業者様（または賃貸人様。以下同様）にご協力をお願いしております（東日本大震災の被災区域が多い岩手県、宮城県、福島県、茨城県を除きます）。
- ・このアンケート調査でご回答いただいた内容は、全て統計的に処理致しますので、ご回答頂いた内容が特定可能な形で公表されることは一切ございません。
- ・大変恐縮ですが、平成 24 年 2 月 29 日（水）までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。
- ・判る範囲で結構ですので、ご回答いただけますよう宜しくお願い申し上げます。
- ・回答をご返送いただいた事業者様でご希望される場合は、e-mail にて本調査の結果を送り致しますので、下記にメールアドレスをご記入ください。

メールアドレス： _____ @ _____

【お問い合わせ先】

株式会社 明治安田生活福祉研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1 明治生命館 3F

TEL : 03-3283-8303 (ダイヤル・イン)

※月曜日～金曜日（祝日を除く）9:00～17:00

FAX : 03-3201-7837

e-mail : sawa @myilw.co.jp

担当：松原、澤、大西、渡辺、菱沼

以下、貴事業者様が運営なさっている貴高齢者住宅（サービス付き高齢者向け住宅または旧高齢者専用賃貸住宅）についてお答えください（複数ある場合、最も新しい住宅についてお答えください）。

問 1. 貴高齢者住宅の居室数、入居可能人数はどの程度ですか。

居室数 _____ 部屋
入居可能人数 _____ 人

問 2. 貴高齢者住宅のここ 1 か月間の稼働率は何%程度ですか。

稼働率 _____ %

問 3. 貴高齢者住宅の事業開始年はいつですか。

西暦 _____ 年

問 4. 要介護者（要支援者を含む）は入居者のうち何割程度ですか。判らない場合、不明とご記入下さい。

割

問 5. 要介護者の平均要介護度はどの程度ですか。要支援者は 0.5 で計算してください。判らない場合、不明とご記入下さい。

要介護度

問 6. 入居者に認知症の方はいらっしゃいますか。

1. いる 2. いない 3. 判らない

問 7. バリアフリーの整備状況で、当てはまるもの全てに○をつけてください。

1. 手すり設置 2. 段差解消 3. 車椅子の通行可能な廊下幅 4. バリアフリーではない

問 8. 最も居室数が多い部屋の、一部屋当たりの広さを教えてください。

m²

問 9. 最も狭い部屋の広さを教えてください。

m²

問 10. 下記のそれぞれの施設との距離はどの程度ですか。当てはまるものに○をつけてください。

①医療機関	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
②在宅医療を実施 する医療機関	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
③ショートステイ	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
④デイサービス・ デイケア	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑤訪問介護事業所	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑥訪問看護事業所	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑦特養	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑧老健	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑨幼稚園・保育園	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑩小学校	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑪駅またはバス停	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑫スーパー	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑬図書館	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑭郵便局・銀行	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑮コンビニ	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑯地域の寄り合い所	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上
⑰レストラン・食堂	1. 同一建物内 または隣接	2. 1 km圏内	3. 5 km圏内	4. 10km圏内	5. 10km以上

問 11. 入居者が共同で食事可能なダイニングスペースがありますか。

1. ある 2. ない

問 12. 入居者が共同で食事を作るキッチンがありますか。

1. ある 2. ない

問 13. 違う世帯の人との相部屋はありますか。

1. ある 2. ない

問 14. 居室外の清掃はどの程度の頻度で行われていますか。

1. ほぼ毎日 2. 週に1度以上 3. 半月に1度以上 4. 月に1度以上 5. その他()

問 15. 以下のサービスはありますか。

①食事サービス	1. ある	2. ない	3. 検討中
②生活相談サービス	1. ある	2. ない	3. 検討中
③安否確認サービス	1. ある	2. ない	3. 検討中
④居室内清掃サービス	1. ある	2. ない	3. 検討中

問 16-1. 家賃について標準的な価格はいくらですか。

家賃	円/月
----	-----

問 16-2. 家賃について最も安い価格はいくらですか。

家賃	円/月
----	-----

問 16-3. 共益費は別途、入居者負担としてありますか。その場合、いくらですか。

1. ある	2. ない
-------	-------

↓

共益費	円/月
-----	-----

問 16-4. 貴高齢者住宅に入居するにあたり、自動的に入居者が支払わねばならない基本サービス等の費用はありますか（安否・見守費用等。上記の共益費除く）。ある場合、その価格を教えてください。

1. 支払義務が生じる基本サービス等がある	2. ない
-----------------------	-------

↓

円/月

問 17. 入居者が自分で出来ることは自分で行う風土があると思いますか。

1. ある	2. まあまあある	3. あまりない	4. ない	5. 判らない
-------	-----------	----------	-------	---------

問 18. 公共交通機関（駅またはバス停）へは健常者で徒歩何分程度かかりますか。

徒歩	分程度
----	-----

問 19. 入居者の外出は原則自由ですか。許可が必要ですか。

1. 全くの自由	2. 許可や届出が必要	3. その他（ ）
----------	-------------	--------------------------------

問 20. 入居者の外出支援を行っていますか。行っている場合、具体的にどのように支援なさっていますか。

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. 行っている（具体的に
2. 行っていない | ） |
|----------------------------|---|

問 21. 入居者がボランティアを行いたい、受けたいといったことについて、掲示板などを利用して情報提供を行っていますか。

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 行っている | 2. 行っていない |
|----------|-----------|

問 22. 入居者が共同で農作物づくりや料理を行うなど、入居者同士または近隣住民を交えたレクリエーションや趣味等に対する支援がありますか。ある場合、具体例を教えてください。

- | | |
|---------------------|---|
| 1. ある（具体的に
2. ない | ） |
|---------------------|---|

問 23. 入居者対象に季節の行事はありますか。ある場合、具体例を教えてください。

- | | |
|---------------------|---|
| 1. ある（具体的に
2. ない | ） |
|---------------------|---|

問 24. 入居者へ職員から積極的に声かけや挨拶をしていますか。

- | | | |
|-------------|-------------|--------------|
| 1. 積極的にしている | 2. あまりしていない | 3. ほとんどしていない |
|-------------|-------------|--------------|

問 25. 入居者の多くは、最低 1 日に 1 食は、ダイニング等で複数人数で食事をしていきますか、または入居者の多くは全食、個食ですか。

- | | | | |
|------------|-------|-------------|---|
| 1. 複数人数で食事 | 2. 個食 | 3. その他（具体的に | ） |
|------------|-------|-------------|---|

問 26. 認知症について、職員や関連機関との共同勉強会を開催したことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問 27. 行動障害を有する入居者への対応策を検討したことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問 28. 終末期医療について、職員や関連機関との共同勉強会を開催したことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問 29. 地域の催し（夏祭りなど）へ貴高齢者住宅として参加したことがありますか。

1. ある（具体的に _____）
2. ない

問 30. 入居者の家族・知人の訪問はありますか。

1. よくある 2. たまにある 3. めったにない 4. 全くない 5. 判らない

問 31. 同一建物内または隣接して、地域の寄り合い所、カフェ、レストラン、塾や保育園、診療所など、地域住民が立ち寄りやすい場がありますか。

1. ある（具体的に _____）
2. ない

問 32. 入居者やその家族にとって、苦情を伝える先が明確ですか。

1. 明確 2. 不明確 3. 苦情を伝える先が決まっていない

問 33. 苦情があった場合、どのように対処したかが入居者やその家族に分かるように明示される仕組みとなっていますか。

1. なっている 2. なっていない

問 34. 下記に記した機能のうち、価格によらず今後の高齢者住宅にはどのような機能が必要と思いますか。必要と思われるもの全てに○をつけてください。また最も重要と思うもの5つに◎をつけてください。

1. 車椅子でも利用可能な広さ	6. 世帯別の独立設計	11. 生活相談サービス	16. 趣味、ボランティア、レクリエーション支援	21. 寄合所、カフェなど地域の人が集う場の設置
2. バリアフリー	7. 公共交通手段の近さ	12. 安否確認サービス	17. 職員による声かけ	22. 入居者が苦情を伝える先が明確
3. 共同ダイニング	8. 医療機関の近さ	13. 居室内清掃サービス	18. 複数人数での食事（最低1日1回）	23. 入居者からの苦情に対する対処結果の明示
4. 共同料理スペース	9. 介護事業所の近さ	14. 外出の自由	19. 自分で出来ることは自分で行う風土	24. 認知症に対する職員、関連機関の理解
5. 清潔さ	10. 食事サービス	15. 外出支援	20. 地域の催しへの参加	25. 終末期医療に対する職員、関連機関の理解

問 35. 価格によらず今後の高齢者住宅に必要な機能として、上記以外で何があります

か。ご自由にご記入ください。

--

問 36. 貴高齢者住宅の建設費はどの程度ですか。

万円

問 37. 貴高齢者住宅の総延べ床面積はどの程度ですか。

m ²

問 38. 健全な産業育成や利用者への情報提供のためには、高齢者住宅の第三者評価は課題の一つと考えられますが、高齢者住宅の第三者評価制度は必要と思いますか。

1. 必要と思う（理由	）
2. 必要と思わない（理由	）

問 39. 貴高齢者住宅事業の経営状況について教えてください。

1. 概ね黒字	2. 概ね赤字	3. 収支トントン
---------	---------	-----------

問 40. 貴高齢者住宅事業で、多世代交流、地域交流など特色あるお取り組みがございましたら、ご記入ください。

--

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

参考文献

- ・ 上野勝代・石黒暢・佐々木伸子「シニアによる協同住宅とコミュニティづくりー日本とデンマークにおけるコ・ハウジングの実践ー」ミネルヴァ書房 2011 年
- ・ 岡田耕一郎・岡田浩子「スウェーデンの老人ホーム 日本型ユニットケアへの警鐘」環境新聞社 2011 年
- ・ 川渕孝一「国民皆保険はまだ救えるー崩れ去る「公助」「共助」から「自衛」の時代へ」自由工房 2011 年
- ・ 鈴木亘・八代尚宏「シリーズ・現在経済研究 成長産業としての医療と介護ー少子高齢化と財政難にどう取り組むかー」日本経済新聞出版社 2011 年
- ・ 田中滋「求められる介護サービスと法の間組 地域包括ケアシステムの構築」ジュリスト 2011 年 11 月 15 日号(No.1433) 有斐閣 2011 年
- ・ 内閣府「高齢社会白書」 2011 年
- ・ 日経ヘルスケア編「日経ヘルスケア別冊 高専賃マーケット徹底攻略ガイド」日経 BP 社 2011 年
- ・ 松岡洋子「エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅ー日本とデンマークの実証的比較研究ー」新評論 2011 年
- ・ 三菱総合研究所「介護保険施設等の居住費・食費に関する実態把握調査研究事業報告書」2011 年
- ・ 三菱総合研究所「特別養護老人ホームにおける医療的ケアの提供体制の整備に関する調査研究事業報告書」 2011 年
- ・ 伊藤元重 編集「『NIRA 研究報告書 まちなか集積医療』NIRA 政策レビュー特別号 2010.6.1」財団法人総合研究開発機構 2010 年
- ・ 国土交通省住宅局「高齢者住宅施策について」 2010 年
- ・ 財団法人高齢者住宅財団「財団ニュース いい住まい いいシニアライフ」2010.7.5 Vol.97～2011.7.5 Vol.103 2010 年
- ・ 社団法人シルバーサービス振興会「高齢者の生活支援及び見守りネットワークの構築における民間企業等の機能に関する調査研究事業報告書」 2010 年
- ・ 鈴木亘「財政危機と社会保障」講談社 2010 年
- ・ 堤修三「介護保険の意味論 制度の本質から介護保険のこれからを考える」中央法規出版 2010 年
- ・ 国立大学法人東京大学高齢社会総合研究機構「平成 21 年度在宅医療と連携した在宅ケアシステムを組み合わせた高齢者向け住宅のあり方と普及方策に関する調査研究事業報告書」 2010 年
- ・ 特定施設事業者連絡協議会「平成 22 年 特定施設経営概況・処遇状況等調査」 2010 年

- ・ 直井道子・中野いく子「よくわかる高齢者福祉」ミネルヴァ書房 2010 年
- ・ 野村総合研究所「特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究報告書」2010 年
- ・ 濱田孝一「有料老人ホームと高齢者住宅 開設と運営のポイント 100」ヒューマン・ヘルスケア・システム 2010 年
- ・ 濱田孝一「有料老人ホーム 大倒産時代を回避せよ」花伝社 2010 年
- ・ 宮島洋・西村周三・京極高宣「社会保障と経済 3 社会サービスと地域」東京大学出版会 2010 年
- ・ 明治安田生活福祉研究所「平成 22 年度 諸外国の医療・高齢者介護に関する制度比較調査報告書」 2010 年
- ・ 湯元健治・佐藤吉宗「スウェーデン・パラドックス 高福祉、高競争力経済の真実」日本経済新聞出版社 2010 年
- ・ NIRA 高齢化に対応した地域医療に関する研究会「『まちなか集積医療』の提言－医療は地域が解決する－」財団法人総合研究開発機構 2010 年
- ・ NIRA 高齢化に対応した地域医療に関する研究会「地域医療をめぐる諸問題－研究会を終えて」財団法人総合研究開発機構 2010 年
- ・ 磯部文雄「老いる首都圏－社会保障これから」社会保険研究所 2009 年
- ・ 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「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 年
- ・ 片山壽「父の背中の中の地域医療－『尾道方式』の真髄」社会保険研究所 2009 年
- ・ 角橋徹也「オランダの持続可能な国土・都市づくり 空間計画の歴史と現在」学芸出版社 2009 年
- ・ 権丈善一「社会保障の政策転換－再分配政策の政治経済学 V」慶應義塾大学出版会 2009 年
- ・ 駒村康平・菊池馨実「希望の社会保障改革－お年寄りに安心を・若者に仕事を・子どもに未来を」旬報社 2009 年
- ・ 特定非営利活動法人シニアライフ情報センター「高齢者の住まいに関する意識調査 結果報告」シニアライフ通信 117 号 2009 年
- ・ 菅谷敦「高齢者が暮らしやすいまちづくりへの提言～県内住宅団地の現状と課題への取り組み～」MANAGEMENT SQUARE 2009-10 2009 年
- ・ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会「認知症グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する調査研究報告書」 2009 年
- ・ 野村総合研究所「介護施設等における重度化対応の実態に関する調査報告書」 2009 年
- ・ 濱田孝一「有料老人ホームがあぶない－崩壊する高齢者住宅事業－」花伝社 2009 年
- ・ 平山洋介「住宅政策のどこが問題か <持家社会>の次を展望する」光文社 2009 年
- ・ 財団法人ベターリビング「都道府県等と市町村等との連携による公的住宅団地を活用し

た安心住空間支援システムの構築事例に関する調査研究事業報告書」 2009 年

- ・ 社団法人北海道総合研究調査会（高齢者住まいの相談情報センター運営委員会）『『高齢者の住まいに関する相談・情報センター』の運営と運営支援事業活動報告書』 2009 年
- ・ André Ouwehand, Gelske van Daalen 共著（角橋徹也 訳）「オランダの社会住宅－住宅セーフティネットのモデル」 ドメス出版 2009 年
- ・ Alan Walker, Catherine Hagan Hennessey 編著（山田三知子 訳）「高齢期における生活の質の探究－イギリス高齢者の実相－」 ミネルヴァ書房 2009 年
- ・ 医療経済研究機構「オランダ医療関連データ集【2007 年版】」 2008 年
- ・ 国土交通政策研究所「高齢者の街なか居住への適応に配慮した都市・住宅整備に関する研究」 2008 年
- ・ 国土交通政策研究所「地方分権社会における広域的観点からの都市整備に関する研究－ドイツ、英国、オランダの広域調整を中心として－」 2008 年
- ・ 財団法人 高齢者住宅財団「財団ニュース いい住まい いいシニアライフ」 2008.7.11 Vol.85～2009.3.6 Vol.89 2008 年～2009 年
- ・ 社団法人シルバーサービス振興会「介護サービス分野における経営品質の評価指標に関する調査研究事業」 報告書 2008 年
- ・ 野村総合研究所「特定施設における医療サービス等の確保のあり方に関する調査研究報告書」 2008 年
- ・ 朝日新聞企画報道部「図解 どうなる？あなたの社会保障 年金・医療・介護保険をシミュレーション」 朝日新聞社 2006 年
- ・ 医療経済研究機構「在宅高齢者等のターミナル期における介護、看護のあり方に関する研究」 2007 年
- ・ 社団法人シルバーサービス振興会「災害時における高齢者への効果的な支援方策に関する調査研究事業報告書」 2007 年
- ・ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会「認知症グループホームにおける看取りに関する研究」 報告書 2007 年
- ・ 公益社団法人全国福祉施設協議会「特養の医療機能に関する調査研究報告書」 2007 年
- ・ 財団法人長寿社会開発センター「高齢者向けの安心な住まいのための LSA 等のあり方に関する調査研究報告書」 2007 年
- ・ 二木立「介護保険制度の総合的研究」 勁草書房 2007 年
- ・ 日本介護支援協会 監修、宮内忍・宮内眞木子 編著「社会福祉法人会計規則集 平成 19 年版」 文出版企画 2007 年
- ・ 西村淳「社会保障の明日－日本と世界の潮流と課題－」 ぎょうせい 2006 年
- ・ 結城康博「医療の値段－診療報酬と政治－」 岩波書店 2006 年
- ・ 医療経済研究機構「認知症（痴呆）対応型共同生活介護における医療・看護の実態に関する調査」 2005 年

- ・ 財団法人高齢者住宅財団「フィンランド高齢者住宅視察報告書」 2005 年
- ・ 国土交通省住宅局住宅総合整備課 監修、財団法人高齢者住宅財団 編集「高齢者が居住する住宅の設計マニュアル」ぎょうせい 2005 年
- ・ 松岡洋子「デンマークの高齢者福祉と地域居住－最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力－」新評論 2005 年
- ・ 介護施設と地域を結ぶ市民の会「有料老人ホームの現状分析－2003 年度調査（愛知県 34 施設）の結果から－」 2004 年
- ・ 近藤克則『医療費抑制の時代』を超えて－イギリスの医療・福祉改革』医学書院 2004 年
- ・ 上野健一「夫婦で思いっきり人生を楽しむために!! 老後はこんな家で暮らしたい」こう書房 2003 年
- ・ 財団法人高齢者住宅財団「北欧高齢者住宅視察報告書」 2002 年
- ・ 日本貿易振興会 JETRO「対日アクセス実態調査報告書－医療・福祉（介護）サービス－」 2002 年
- ・ 斎藤公生「福祉先進 9 カ国『社会保障、雇用、助成金、障害者教育等』の概要」筒井書房 2000 年
- ・ 財団法人高齢者住宅財団 編著、建設省住宅局住宅整備課 監修「高齢者向け優良賃貸住宅制度の解説～優良な高齢者向け賃貸住宅整備への新しい公的支援～」財団法人高齢者住宅財団 2000 年
- ・ 新田秀樹「社会保障改革の視座」信山社 2000 年
- ・ 東京都生活文化局価格流通部価格調査課「高齢期の住まいと費用『高齢者の生活費用等実態調査』報告書」東京都情報連絡室 1996 年
- ・ 財団法人高齢者住宅財団「1994 年度 ヨーロッパ高齢者住宅視察報告書」 1995 年
- ・ 財団法人社会保険福祉協会「ヨーロッパの高齢者住宅 European Housing for the Aged イギリス・ドイツ・スウェーデン・ベルギー」財団法人社会保険福祉協会 1995 年
- ・ 内海洋一「高齢者社会政策－老後のしあわせを保障するために」ミネルヴァ書房 1992 年
- ・ 小川政亮・西澤秀夫ほか「デンマーク・スウェーデンで見た在宅福祉－福祉の専門家が複眼で見た福祉大国の現場」萌文社 1992 年
- ・ 経済企画庁総合計画局「2010 地域・居住研究会報告」 1991 年
- ・ 厚生省老人保健福祉部老人福祉課 監修、社団法人シルバーサービス振興会 編集『「高齢者に配慮したまちづくりのあり方」について ふるさと 21 健康長寿のまち構想を中心として」中央法規出版 1989 年
- ・ Prof.dr.H.M Becker 「Hands off not an option!」 Eburon 2011 年
- ・ Peter Townsend 「The last refuge : a survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales」 London : Routledge&Paul 2011 年

謝辞

本調査研究を行うにあたっては、アンケート調査にご協力頂いた事業者の皆様をはじめ、多くの方々からのご支援ご協力を賜った。特にヒアリング調査に快く応じていただいた方々や、大阪市立大学大学院生活科学研究科の森一彦教授、独立行政法人労働政策研究・研修機構の堀田聰子研究員には、現地調査の前後にわたりご支援を頂いた。共同研究者である慶應義塾大学大学院経営管理研究科の田中滋教授、全日本病院協会会長および全国老人保健施設協会副会長の西澤寛俊医師、ドイツ在住社会保障研究家の吉田恵子氏には数多くの貴重なご意見を賜った。ここに厚く御礼申しあげる。なお事実誤認などの誤りがあれば、文責は全て筆者に属する。

**平成２３年度老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業）
要介護高齢者の住まい（住宅、施設）の機能と評価の
あり方に関する調査研究事業 報告書**

委託先：株式会社明治安田生活福祉研究所
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1
電話 03-3283-8303
FAX 03-3201-7837

