

有料老人ホームの現状と問題点について

——サービス機能と介護問題——

山 路 克 文

I 有料老人ホームと介護問題

有料老人ホームは「終のすみか」として、近年にわかに関心が高まり、毎年その数は着実に増えてきている。そして、いわゆる「終身利用権方式」と呼ばれる新しい入居形態が注目され、この型の有料老人ホームが民間企業の手によって次々と建設されている。

さて、本稿では、このような有料老人ホームの基本的な性格の一端を明らかにすることを目的に、まず有料老人ホームの介護機能に焦点をあて、いま注目されている「終身介護」の現実的な意味について考えてみたいと思う。

そこで、まずはじめに介護問題の一般的な課題について考えてみたい。

さて、昭和62年版『厚生白書』には、シルバーサービス登場の背景を次のように表現している。「高齢化社会の到来や年金制度の成熟化に伴って、購買力のある高齢者層が増大する一方で、核家族化の進展等による家庭介護機能の外部化が進んでおり、こうした状況の下で、高齢者の福祉を中心とするニーズはますます増大、多様化してきている」(傍点は筆者による)。そして、有料老人ホームについては、シルバーサービスのなかで第1に注目されるものとして、高齢者の「生活の基盤」という役割と、「寝たきり等になった場合の介護機能や病気になった場合の医療機関との連携など」の機能が重要視されつつあるとしている。

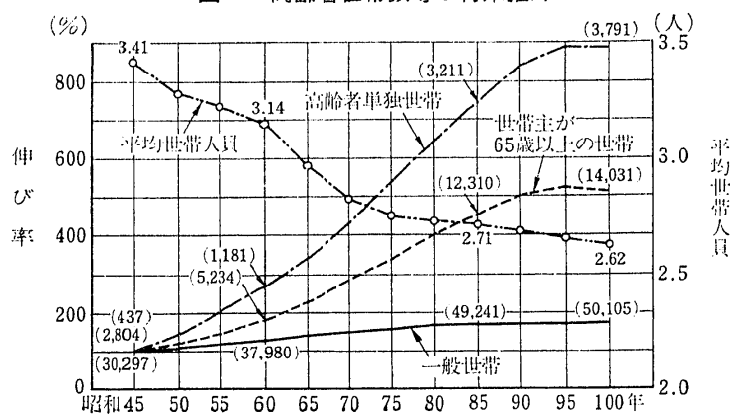
そこで、ここでは年金の成熟化の現状の考察は割愛するとして、核家族化の進展等がもたらした

家庭介護機能の外部化、そしてそのひとつの現れが、有料老人ホームを「終のすみか」としての介護機能や保健・医療的なネットワーク機能と呼び覚ました点についてももう少し掘り下げて検討してみることにする。

図1は、わが国の世帯動向をみたものであるが、図が示すように平均世帯人員が減少する一方で、高齢者の単独世帯や老夫婦世帯などが着実に増加してきている。この現象は、家庭介護機能が単に「外部化」したということではなく、事情はどうであれ、核家族化の進行によって、家庭介護機能が相対的に弱体化ないしは縮小化していく現実にはほかならない。いわゆる「福祉における『含み資産』」が目減りしていくことを意味しているし、別な表現をすれば、それだけ家庭崩壊の危機に対してもちこたえるだけの力量が少なくなってきたことを意味している。したがって、高齢者の介護問題に限らず、たとえば、在宅で重度の障害をもつ子をかかえる家庭の老後問題や、父子家庭、母子家庭、在宅難病者等、相対的にリスクの大きい家庭にあっては、核家族化の進行によって、社会的変動の波に脆くなり、さまざまな家庭問題が社会問題化しやすくなってきている。

全国有料老人ホーム協会が実施した「有料老人ホームに関する基礎調査」で、有料老人ホームに入居するとした場合の主な理由が出ているが、その第1位は「身体が弱くなっても日常生活の世話や介護が受けられるから」(全体の58.8%)、次いで「子は子、親は親の考え方で生活するのがよいと思うから」(全体の30.2%)となっていて、この両方で全体の約9割を占めている¹⁾。

図1 高齢者世帯数等の将来推計



注：世帯数については、昭和45年を100とした伸び率。

() 内の数字は、単位千世帯。

資料：昭和60年までは、総務庁統計局「国勢調査」、65年以降は厚生省人口問題研究所「わが国世帯数の将来推計」(昭和62年10月)

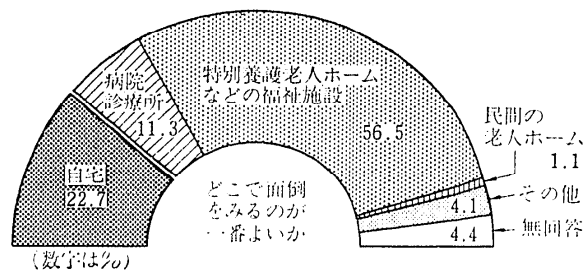
このように有料老人ホームに対する期待は、日常の世話や介護が受けられる施設であり、そして老後を子供に干渉されたくないという三世同居を求めないか、できない高齢者の姿を現している。ただそれが生活の仕方の主体的な選択であるかぎり、とりたてて問題とする必要はないが、選択の余地がなく、有料老人ホームを唯一とする場合、現在の有料老人ホームがその期待に応えるあるいは耐えうる条件を備えた施設であるのかという点が問題となろう。

次に、上記の調査が高齢者に対して実施されたものであるのに対して、この調査は、毎日新聞社が1988年6月に全国の50歳未満の夫のいる女性3,400人を対象に実施した「ぼけに関する全国世論調査」の結果である。図2は、「あなたは、ぼけ症状のお年寄りをどこで面倒をみるのが一番よいと思いますか」の問いに、全体の56.5%が特別養護老人ホームなどの福祉施設という回答があり、その施設も公的なものに期待は高く、民間の老人ホームはわずかに1%程度である。

また、「今後ぼけ老人の介護のために、充実すべきことは」という問いに対しては、「長期入院施設」が第1位で45.2%、第2位が「経済的援助」の37.9%で、あとは在宅福祉諸サービスとなっている(図3)。

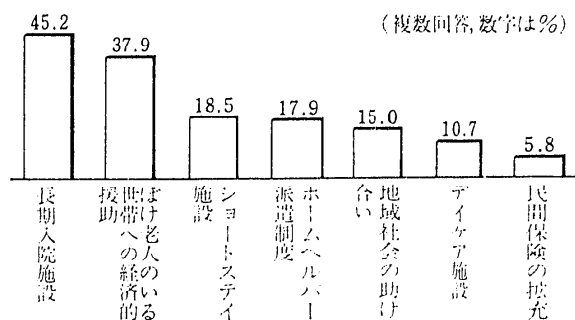
このように、ボケ老人をかかえることは、同紙の表現を借りれば、“身近な脅威”となっており、

図2



資料：毎日新聞社「ぼけに関する全国世論調査」1988年6月。

図3 「今後ぼけ老人の介護のために、充実すべきことは」



資料：図2に同じ。

直ちに公的な長期入院施設という方向が示されている。つまりボケ老人をかかえること自体が、同時に家庭介護の限界を意味していることになる。

しかし、いったい調査対象者のどれだけの人が、ボケ老人を実際に介護したかをみると、全体の14.1%で、残る85.9%が経験のない人であった。

このように、身近な脅威——家庭介護の限界という回答の背景には、実際に介護経験のある人の話やレポートなど、多くの情報を収集した調査対象者の学習活動の成果と受けとめることができる。

以上の結果から、介護問題の課題を整理してみると次のようになるとと思われる。

老化の進行過程で、さまざまに現れてくる疾病や障害は、それが進行することはあっても、軽快しないしは完治するということはきわめて難しく、仮にそのように良い方向に向かった例をみても、本人と家族などまわりの人々の並々ならぬ努力と、何よりも長期戦に耐えうるだけの経済的条件などが整っている場合に限られる。しかし、多くの場合はそれらの条件が整わず、必要なときに適切な医療機関にかかれず対応が遅れたりして、ボケや寝たきりという常時介護を必要とする状態になっていく。

そして、介護のための費用が続かなくなったり、介護者が病気になっても代替も得られない、家庭介護に家族の理解と協力が得られないなどの事

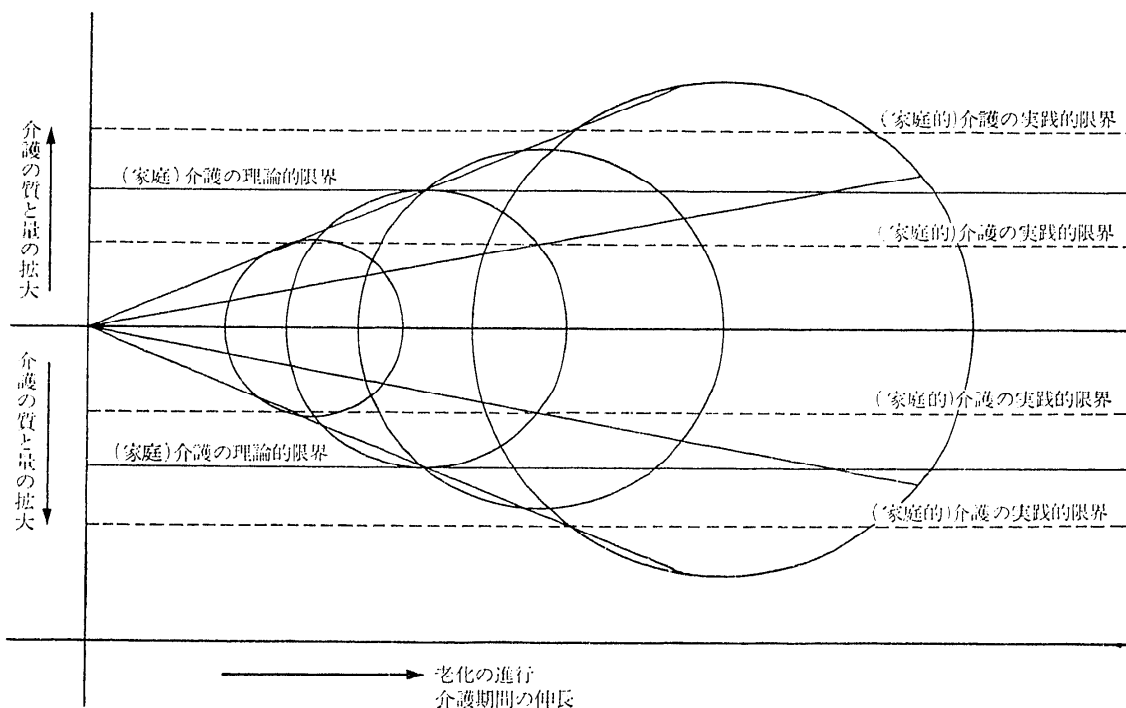
情が絡み合って、介護問題が社会的な問題として顕在化してくる²⁾。

このように、介護問題はかならずしも「ボケ」や「寝たきり」という症状や状態になった老人の固有の問題状況ではなく、「ボケ」という症状が引き金になって、介護問題を浮かび上がらせているにすぎない。たとえば、夜中に徘徊して介護者を不眠状態にしてしまう、必要もなくマッチを擦ってやたら火をつけたがる、目的もなく外出して帰る道がわからなくなり帰ってこれなくなるなどは、たしかにボケ老人特有の行動であるが、行動があまりにも極端なために、ボケ老人固有の問題状況にしてしまいがちである。

しかし、問題は、ボケ老人固有の問題状況ではなく、ボケ老人にかかる介護の質と量の問題であって、課題はかなり一般的なものである。

図4は、老化の進行過程で起きる介護問題発生論理を図に表したものであるが、この図は個々の個別の事情のいっさいを捨象して、老化の進行に合わせて介護内容、介護の量、介護の期間が拡

図4 介護問題発生の方



注：(家庭)を有料老人ホームに置き換えても基本的には同じ。

大したものと想定し、それぞれが一定の段階にきたとき、家庭では介護することが不可能となる、これを家庭介護の理論的（仮説的）限界とした。そして、3つの要件に、たとえば土地を売って介護費用に余裕ができた、あるいは逆に、他に出費があって介護費用のやりくりがつかなくなったなど、他の要件が加わることによって、介護の実践的（現実的）限界は理論的な限界よりも早くなったり、遅くなったりするものと考えた。

この図は、そのまま「終身介護」をキャッチフレーズにする利用権方式の有料老人ホームにもあてはめて考えることが可能である。つまり、家庭介護の限界は、介護者の介護負担の増大による疾病などが原因となって、介護が続けられなくなる場合が多いが、有料老人ホームの場合はそのホームが想定した介護量を上回る介護が必要となったときが限界で、その時点で病院か特別養護老人ホームに移されてしまうことは必至である。つまり、家庭介護の限界が、他に新たな問題が発生した場合に生じるように、そこには家庭介護の最低基準のようなものはないのと同じように、有料老人ホームには利用者の権利性もなければ、終身介護のミニマムスタンダードのようなものも存在しない。したがって、個々の有料老人ホームが個々の基準で施設介護の限度を設定すれば、それがすなわち終身介護の実質的な内容となる。つまり、現在のところ終身介護の実質的な保障は、契約時にあらゆる場面を想定して、そのひとつひとつがどのように保証されているのか、確認をとる以外に方法がないのが現状である。

福島善之助氏は有料老人ホーム入居者の立場から、この点について厳しい問題提起をされているので紹介してみたい。「終生介護という魅力で、老人の泣きどころをキャッチして、多額の入居一時金を徴収し、所有権を与えず、毎月相当な管理費を負担させたうえで、最も肝心なところで、医療保険システムと行政の措置費（特別養護老人ホームへの入所）にリスクを転嫁させる有料老人ホームの運営の仕組みは、これでよいのか」³⁾。

以上、有料老人ホームにおける介護についてその入居者や高齢者の立場から、問題点を探ってみ

たが、次に、その現状——とくにサービス機能について、具体的にみてもみることにする。

Ⅱ 有料老人ホームの概要

1. 有料老人ホームの基本的性格

有料老人ホームの法による性格づけについては、老人福祉法第29条の雑則に「(有料老人ホームとは)常時10人以上の老人を収容し、給食その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であつて、老人福祉施設でないものをいう」と規定している。

老人福祉法で規定する施設との違いは、①設置主体の規制がない、②自由契約を前提として、その費用の全額が自己負担となっている、③設立に関しては業務の開始後1ヵ月以内の届け出と、設立後都道府県知事に調査権が付与されている程度で、設備、サービス内容、料金などはすべて経営者に委ねられている。つまり、有料老人ホームは、老人ホームという名称はもっているけれども、あくまで民間（企業）団体が老人を対象に売り出した住宅関連の商品であることに、基本的な違いはない。

ところが、有料老人ホームに対する関心の高まりや、有料老人ホームの倒産事件など居住者の権利を脅かすような問題の発生、さらには民活導入という最近の老人福祉政策の転換を契機に、昭和61年8月2日付で、従来の「有料老人ホーム設置運営指導指針について」(昭和49年)が改正され、有料老人ホームに対し、「介護機能の確保と適正な運営を図るため」という目的が明示された。そして、下記の4点が新たに行政指導の具体的項目としてあげられている。

- ① 有料老人ホーム設置の計画段階での把握と適切な指導
- ② 届出義務の履行
- ③ 調査、勧告等の指導監督の徹底
- ④ 情報の収集、提供など

そして、「別紙」にそれぞれ具体的な内容が明らかにされている。

しかし、これにおいても設備や職員の配置、利

用料のあり方、契約内容等のモデルを提示したにすぎず、将来の方向性やそのための基準を明らかにしたものではないため、入所する側からみれば、不確定な要素も多く、不安定な施設という点は否めない。

2. 有料老人ホーム数と設置主体

前出の全国有料老人ホーム協会の調査に、希望する経営主体を問う質問がある。その結果は、第1位が社会福祉法人で30.7%、第2位が公社・公団の28.3%、そして財団法人、宗教法人の順で、株式会社はわずかに1.2%であった。このように、やはり毎日新聞の調査結果と同じように公的なものに厚い信頼度を寄せており、公的なものから私的なものへ移行するに従って薄れていくという傾向がある。

さて、昭和61年10月1日現在、有料老人ホームは全国に111ヵ所となっているが、最近の新設ラッシュで急増していることや、都道府県に届け出をしていない分譲型のものを加えると140ヵ所あまりになるといわれている⁴⁾。

表1は、有料老人ホームを設置主体別に、昭和37年当時の状況と現在とを比較したものであるが、後者は全国の実態ではないので数の比較はできないが、それぞれの年の設置主体別の構成比に大きな違いが出てきている。前者は、全般的に公共的な性格がきわめて強いのに対し、後者においては

表1 経営主体の比較

経営主体	昭和37年	昭和63年
国(厚生団, 郵便年金事業団)	7	
地方自治体	1	
社会福祉法人	6	3
財団法人	5	4
社団法人	2	
宗教法人	2	2
学校法人	1	
私人社団	9	2
組合		1
株式会社		25
	33	37

注: 昭和37年「有料老人ホーム利用者実態調査」(大阪市老人問題研究会)。

昭和63年「全国有料老人ホーム協会加盟団体」。

協会加盟37団体の25団体が株式会社などの民間団体であり、全国的にみても総数の約9割が民間団体であるといわれている。

先の意向調査に反し、この傾向は近年いわゆるシルバービジネスと呼ばれる、企業の市場戦略の先駆的役割を有料老人ホームが担っていることの結果でもある。したがって、これからは新しい私たちのものが増え、有料老人ホームがいずれ過当競争の時代に入ってくるものと思われる。サービスをめぐる過当競争によって、弱小資本の経営の破綻は予測されうることである。

猪口修道氏は、このような傾向に対して、「(これからの有料老人ホームを) サービス産業の一分野として考えると、大企業が進出している現在、他の産業分野と同様の流動化現象が生じ、再編成がなされていく可能性は大であろう。おそらくその場合、チェーン化の方向が模索されよう」と述べている⁵⁾。

すでにいくつかの大規模な有料老人ホームでは、団体独自の介護・サービスマニュアルが開発されたり、給食、医療体制のシステム化が行われている⁶⁾。

3. 有料老人ホームの入居形態

有料老人ホームの入居形態は、先にも述べたように「終身利用権方式」のほかに、「分譲方式」と「賃貸方式」の3つのタイプに分けられる。以下、簡単にその内容を紹介する。

(1) 終身利用権方式——設置者がその施設全体を所有し、設置者みずから、またはそれから委託された経営体が、入居者に対して利用権を設定するとともに生活面における各種のサービスを提供するタイプである。寝たきり等になった場合の施設側の対応には大きく分けて次の2つがある。

① 施設内に特別介護床、専用居室等での介護を有料ないしは無料で行うもの。ただし、無料の場合の介護費用は入居金のなかに含まれている。

② 特別養護老人ホーム、病院等への移し替え。この場合、同一敷地内に特養や病院を併設しているものとそうでないものに分けられる。

(2) 分譲方式——設置者がその一部を所有するだけで、その余りはすべて入居者に分譲してしまう形式で、一般のマンションとなんら異なることはないが、高齢者向きに建築上の工夫や、住まいの改良が行われ、医療面で提携先の病院を用意したり、入居者に対する生活面での各種サービスは、設置者の系列に属する別個の経営体が入居者ないしその団体から委託を受けて行うタイプのものである。

(3) 賃貸方式——賃貸契約もしくはそれに類する契約でもって入居するもので、月額利用料のなかには、日常生活上のサービスや食事等が含まれている⁷⁾。

現在、有料老人ホームの入居形態では、厚生省の指導指針にもあるように、介護機能を重視していることから、(1)の終身利用権方式のものが非常に多くなってきている。このシステムの特徴は、①所有権がないこと、②「終生」という不確定な居住年限の利用であること、③社会的な性格をもつ施設であることなどである。とくに②については、「終生」であることによって、当然のことながら「介護」にかかわるいろいろな問題が出てくるわけであるが、施設内の特別介護室や専用居室での介護の内容や限度、特別養護老人ホームや入院の場合、終身利用権の内容が問われてくる。

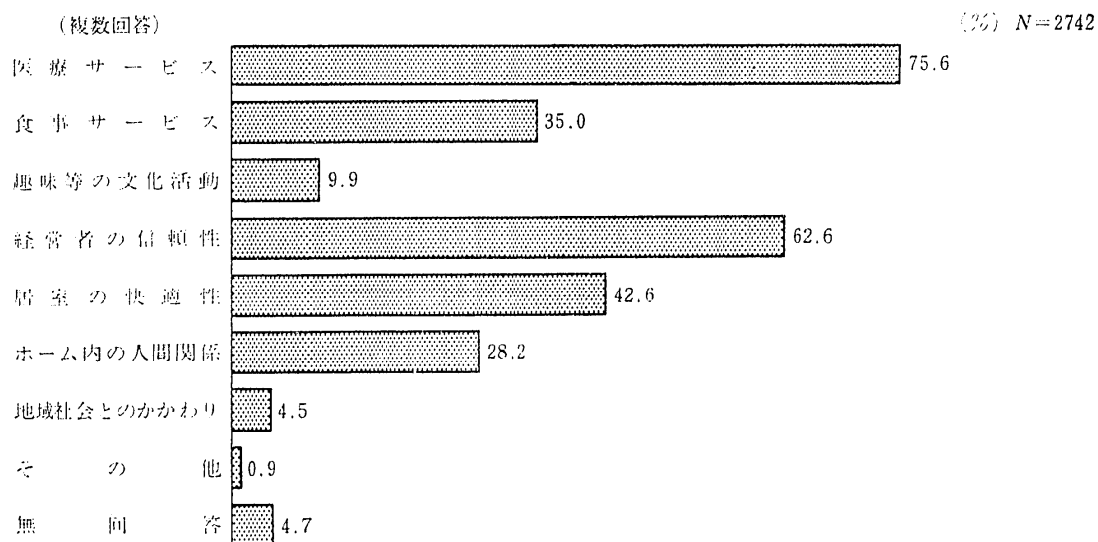
厚生省の指導指針においても、介護機能の内容については、「特別介護室」の設置を進めているが、これについても特別養護老人ホームの基準を参考にするとか、費用については一時金に含まれることが望ましいなど、ひとつのガイドラインを示している程度にすぎない。前出の福島善之助氏はこの点について、「有料老人ホームが、それらの世話機能を丸ごと施設内で準備することなど夢物語りに過ぎ」ないとして、「終身介護に対して過度の期待やイメージを持つてはいけない」と忠告されている⁸⁾。

つまり、有料老人ホームの終身利用権方式という入居形態は、その施設で「できること」と「できないこと」のズレをめぐって、今後さまざまな問題が起きることが懸念される。

4. 有料老人ホームのサービス機能——医療・介護サービスを中心にして——

有料老人ホームのサービス機能は、分譲方式や賃貸方式のものは別としても、「終身利用権方式」の場合は、サービス機能が入居の重要なポイントとなる。前出の全国有料老人ホーム協会の調査においても、「入居に際しての選定基準」という問いに対して、第1位が医療サービス、第2位が経営者の信頼性となっている(図5参照)。また、

図5 入居に際しての選定基準



資料:「有料老人ホームに関する基礎調査」, 社団法人全国有料老人ホーム協会。

保健・医療サービスに対する希望としては、第1位にホーム内での介護、第2位にホーム内での診療、第3位に夜間や緊急時の対応、第4位に近隣病院との提携となっており、終身介護を受けるための実質的な保証要件が高い数値となって表れている。

ちなみに、特別養護老人ホームへの入所斡旋は第6位であり、それほど高い数値ではない。

ところで、厚生省の「指導指針」では、有料老人ホームのサービスについて次のようなガイドラインを示している。

- (1) サービスの範囲——入居者に対して、食事、相談助言、レクリエーション、保健衛生、介護に関して必要に応じてサービスが提供されること。
- (2) 食事サービス——（内容省略）
- (3) 相談・助言等——（内容省略）
- (4) レクリエーション等——（内容省略）
- (5) 保健衛生と介護

ア. 入居時及び1年に1回以上健康診断を行い、その記録を適切に保存しておくとともに、常時、入居者の健康の保持に努め、高齢者の特有の疾病の予防に努めること。

イ. 入居者が一時的疾病等のため日常生活に支障がある場合には、介助等日常生活の世話が行えるよう配慮すること。

ウ. ねたきり等の者の常時介護を行う場合には、入居者を特別介護室で処置するとともに、特別介護に対応できる職員の勤務体制をとること。

- (6) 他制度の活用等——疾病、収入の途絶等入居者の生活に支障、困難が生じた場合には、入居者の意向に応じ、医療機関及び家族への連絡等所要の措置をとるとともに、関連諸制度、諸施策の活用についても迅速、適切な措置をとること。（傍点は筆者による）

以上、多少長くなったが、有料老人ホームのサービス内容にかかわる諸点を引用した。

さて、ここで注意したいのは、サービスの範囲に定める介護の実質的な意味内容が示されていない

点である。したがって、(5)のウにいうところの「ねたきり等の者の常時介護を行う場合」とは、どのような状態をさすのか、当然のことながら、どの程度までを限度とするのかがこの規定からは判断できない。

ところが、(6)では「疾病、収入の途絶等入居者の生活に支障、困難が生じた場合」には、関連諸制度、諸施策つまり、特別養護老人ホームや病院への入所措置をとることも勧めている。ではいったい、疾病によって生活に支障や困難が生じるとはどういう状態をさすのか、これまたこの文面から推測することは難しい。結局のところ、寝たきり等の者の常時介護を行う場合も、疾病によって生活に支障や困難が生じた場合も、当該有料老人ホームの介護機能の内（できること）にあることか、外（できないこと）のことかという点で振り分けられてしまうことを暗に前提とした表現にもとれてしまう。

具体的には、ボケ症状が現れてきた場合や、寝たきり状態が進行して、全面介助に近くなってきた場合に、本人の望むと望まざるとにかかわらず結局その有料老人ホームが文字どおり終身介護を行えるだけの設備を有し、またその意思があるかという点で決着がついてしまう。

つまり、この点は入居者の側から考えると非常に重要な意味をもっている。先にも述べたように、「終身利用権」という権利の中身にかかわる問題であるが、現状においては終生という不確定な利用であるにもかかわらず、入居契約時にしかその内容をチェックできない。また、契約に反するようなことが行われたとしても、今のところ自治会を組織して経営者に圧力をかける以外に、異議を申し立てる回路が保証されていないという問題である。福島善之助氏は、有料老人ホームの過度の宣伝に対して、有料老人ホームでできる介護は「人生の最終コースの介護プログラムの中のきわめて狭い範囲、むしろ、特例に類する介護しか出来ないのが、有料老人ホームなのです。その現実の姿が、病院死が80%という率で示されているのです」と厳しく忠告されている⁹⁾。

さて、このような点をふまえて、現状ではどの

表 2 医療介護制度の状況

		併設 診療所	併設 病院	提携・協力 診療所	提携協力 病院
あ り		21	8	12	26
寝たきり 対応		自室 対応	介護室 対応	入院 対応	特設 対応
	実数	9	11	4	4
ボケ 対応		専門 病院	ホーム 対応		
	実数	2	2		

注：数値は、ガイドブックに、明記されていたもの。

資料：全国有料老人ホーム協会編『都道府県別有料老人ホーム入居ガイド』から作成した。

ようになっているかをみることにしたい。

表 2 は、現在、全国有料老人ホーム協会加盟の 50 施設を当協会発行のガイドブックから、医療介護制度の状況を表にあるような項目で拾い、数量化したものである。まず、併設（同一敷地内・同一建物内）および提携の診療所や病院の状況を見ると、ほとんどの施設は診療所か病院ないしはその 2 つを併設しているか、診療所だけの場合は外部に提携病院や協力病院をもっている。

しかし、寝たきり等介護を要する状態になったときの対応では、表には表れていないが大規模ホーム（数カ所以上の施設を経営）に施設ケアを前提にして対応しているところが多く、規模の小さいホームに入院対応や特別養護老人ホーム対応がみられ、対応の仕方の幅は広い。

また、その費用についても、200 万～300 万円の特別介護料をあらかじめ徴収するもの、介護費用の実費を徴収するもの、入居一時金に含まれているものとして無料に対応するものなどさまざまである。

また、ボケ症状への対応は、ボケ老人専用の施設以外とくに対応を明記しているところはなかった^{10,11)}。

このような現状について、清水章子氏は次のような問題点をあげられている。医療サービスについては、ホーム内に医療施設が備わっていないこともさることながら、診療所の診療科目の少なさを指摘されている。つまり、内科はともかくとして、理学療法科、整形外科、神経科、循環器科、

眼科、歯科が少なく、大半が嘱託医の往診ですまされている現状、さらに夜間の医療体制の不備を指摘されている。そして介護サービスにおいては、だいたいの施設が特別養護老人ホームの介護内容をモデルとしているようであるが、介護専用室を設けていても、現実に該当者が出ると病院に入院させてしまう例もある。また重度の痴呆症になった場合は、ほとんどの有料老人ホームが契約を解除するという問題点も指摘されている¹²⁾。

以上、有料老人ホームの介護をめぐる現状を終身介護という視点から、その現実的な意味を探ってきた。その結果、有料老人ホーム入居者や入居を希望する側の期待と現実的な対応に相当なズレがあり、まだまだ「終のすみか」を実質的に保障する場ではないようである。むしろ、終身介護という機能が完璧に実践できないところに有料老人ホームそのものの限界があり、その限界を超えたところの介護はその部分を受け持つ専門的な機関が対応すべきなのかもしれない。

現在、有料老人ホームは多様な機能を求めているつかの新しい方向で事業が開始されている。たとえば痴呆性老人専用の有料老人ホーム、寝たきり老人専用等である。しかし、これらの傾向は、高度な介護機能と介護技術の開発と合理化という市場開発のための企業戦略の一環としての性格はぬぐいきれない。しかも、この傾向は当然のことながら料金は高いところに設定されるし、なによりも消費者の支払い能力と症状＝要介護状態によって入居希望者が選抜されてしまい、庶民的な感覚にはなじまないものになってしまっている。

しかし、有料老人ホームに対するニーズは、公的な施設があまり当てにできない今日的な状況にあって、ますます高まってきている。

先に紹介した全国有料老人ホーム協会の調査においても、たとえば入居金の支払い可能額が 2,000 万円未満に全体の約半数を占めたり、その調達方法をみても預貯金と不動産の売却でやはり約半数を占めている。また不動産の売却においても、持ち家や分譲マンションの処分が圧倒的に多いことなどからみても、それほど余裕のある決断ではなく、むしろ有料老人ホームにすべてを託す

ような状態で入居を希望している。

このような傾向からみても、これから需要の高まる有料老人ホームは、現状よりももっと安く購入でき、しかも終身介護のような機能があって、さらに住み慣れたところというきわめて難しい条件が求められてくるであろう。このような条件を満たそうとすると、福島善之助氏も指摘されているように、「終生を貫くケア体制のネットワークの確立」が急務となってくる¹³⁾。いま全国各地でホームケアサービスのさまざまな取り組みが開始されているが、これらの特徴はサービスをする側も受ける側も一体となってその組織を運営していくとするきわめて地域性の強い、いわば協同組合的な事業経営である。このようなシステムのなかには有料老人ホームの機能も組み込んでいくことによって、新しい可能性が開けてくるかもしれない。

Ⅲ 有料老人ホーム経営の新しい方向

高級リゾート地や温泉景勝地に近代的な設備を有した別荘並みの高級有料老人ホームも、終身利用権方式をキャッチフレーズにして入居者を募集するようになって、「終身介護」という魅力にとりつかれた入居者が増えた半面、実質的に「終身介護」をどう保証していくかという問題で、今後いくつかの有料老人ホームが苦境に立たされるであろう。

そこで、いま一度「介護問題とは何か」という点で課題を確認し、そのあと有料老人ホーム経営の新しい方向として2つの例を紹介してみたい。

介護問題は当然のことながら、その時代の家族問題のありさまと密接な関連がある。核家族化の進行という現象は、明らかに家族の老親扶養能力を弱体化させているし、その過程で扶養に対する意識も変化してきている。原田純孝氏は、「……(前略)……土地、住宅等の相続を親の扶養の引受けと結びつける意識の強まりは、……(中略)……親の扶養は「家」を継ぐ長男の〈義務〉ではなくなり、〈将来の相続における受益とある種の対価関係にたつ特別の負担〉として意識されるよ

うになるからである。もしそうした意識が普及すれば、それはさらに、一方では、親の面倒をみる子にとって特段の約束されない場合の扶養負担の平等化への志向を強めると同時に、他方では、親自身が子から扶養を受けることにかえて、その資産を自己の自立した老後のために費消しようとする志向を一層助長することにもなるであろう」と推測されている¹⁴⁾。(傍点は筆者による)

このように、介護問題とは、家庭介護機能の弱体化ないし縮小化に加え、介護意識の変化も絡みあってきている。したがって、介護問題の基本的な課題は、有料老人ホームを「終のすみか」と呼ぶように老親扶養機能をもった従来の家庭に代わる、介護機能をもった新しい住まいという意味で「場」の問題であり、他方、要介護つまり人や物の援助があってはじめて自立した生活を営むことができるという意味での「人権」にかかわる問題なのである。したがって、基本的には社会問題的性格を有しており、なんらかの制度・政策的対応を必然とする問題状況である。

その意味では、有料老人ホームに新たに介護機能が担わされたことによって、社会的な性格の強い施設となったといえる。

現在、有料老人ホームの経営主体は、先にも紹介したように圧倒的に民間企業が多い。そして、新しいターゲットを求めて機能が細分化していく傾向にある。

一方、このような動きとは別に、低料金システムへの挑戦や地域性を重視し、住民参加型の施設づくりに取り組んでいる例もある。そこで、それぞれ一例ずつ紹介することによって、これらの試みの社会的意義と今後の課題について考えてみたい。

- (1) 特定有料老人ホーム「リバティハウス」
——三重福祉社会が経営主体の「リバティハウス」は昭和62年8月に全国初の特定有料老人ホームとしてオープンした。定員は49人。リバティハウスの特色は、①入居一時金が低額(単身者 200 万円、夫婦 250 万円)で退出時には全額返還)であること、②家賃が年金で賄える範囲(単身用月 6 万円、夫婦 7 万円、管

理費が月3万8,000円)である。

リバティハウスの設立趣旨は、庶民が利用できる低額な有料老人ホームということでオープンした。上記のような低額な料金を設定できた背景には、いくつかのユニークな試みがある。まず「特定有料老人ホーム」という制度であるが、これは昭和61年度から新たにスタートした社会福祉・医療事業団から融資の特例制度である。条件としては、①養護老人ホーム、特別養護老人ホーム（以下、「特養」と略す）、軽費老人ホームを運営している社会福祉法人が隣接して設置、運営すること、②定員50人未満などである。これらの条件を満たしていれば建設しようとする有料老人ホームに対して、社会福祉・医療事業団から建設費などの90%の融資（利率4.3%）が受けられる制度である。

リバティハウスは、経営主体である三重福祉会が保育園、精薄者授産施設、特養、そしてヘルシーハウスという温泉保養施設などを運営する社会福祉法人の新しい施設であることから、既存の施設を利用したさまざまな機能を備えている。

食事は、約3割が自炊、7割は食堂を利用しており、朝食は250円、昼食350円、夕食は450円で調理は特養の厨房で行っている。医療介護面では、4人の嘱託医があたり、寝たきりになった場合は特養に措置する方法と、1ヵ月6万円の介護料で施設内で介護することも計画中である。

さて、このリバティハウスの特徴である低額料金システムの条件としては、法人の伊藤理事長が次のようなコメントを行っている。「(前略)私は有料老人ホームの運営は単体では苦しいものと考えております。一般の方にも利用できる施設(この場合ヘルシーハウス)を併設し、それによって利益を生み出し、利益をホームの経営に活用すべきであると考えます。」つまり、施設が低料金システムを採用しても自活できる方策を考えなくてはならない点を強調されている。

しかし、リバティハウスの強みは、寝たきり老人などの介護に特養が併設している点であろう。現在、特養には単に要介護老人を入所させておくだけの施設ではなく、特養のもつ設備や機能を積極的に社会に還元するように動いている。特養の

機能が有料老人ホームの介護機能に生かせれば、有料老人ホームにおける介護問題が相当軽減されるであろう。その意味では、特定有料老人ホームが低料金システムを採用できるメリットに加え、介護体制のネットワーク化に大きく貢献できる可能性を秘めていると思われる(なお、リバティハウスの詳細については注の資料を参照されたい¹⁵⁾)。

(2) 生活科学研究所「シニアハウス」——昭和63年4月にオープンした「シニアハウス新町」(大阪市西区)は、40歳以上を対象にしたコーポ方式(入居予定者が組合を結成、その組合が建て主になって建設する方式)の集合住宅である。すでに名古屋市内に4ヵ所、大阪府下に1ヵ所ができています。

シニアハウスの特色は、先記したように、40歳以上を対象としていること、さらに会員の総意で建物や設備が造られている点であろう。「シニアハウス新町」の入居契約方法は、賃貸方式と終身利用権方式があり、それぞれ一般型とケア型がある。入居の条件は一般型が40歳以上、ケア型は55歳以上で、前者の介護費用は実費で、後者は無料であるが契約時の金額が前者より高くなっている(表3参照)。

シニアハウス新町の場合、大阪市西区というもっとも地価の高いところに建設されているが、ここに建てられた理由の第1は入居者や会員の多くが、この地域を拠点にして生活している人が多く、この地域に建設してほしいという意向が反映され

表3 賃 貸 方 式

	面 積	家 賃	管理費	保証金	入居金
一般型	39～65m ²	7～12万円	2～3万円	360～600万円	—
ケア型	50～61m ²	9～11万円	6万円	500万円前後	500万円

一括購入方式

	面 積	価 格	管 理 費
一般型	39～65m ²	1,700～2,800万円	2～3万円
ケア型	50～61m ²	2,300～2,900万円	6万円

注：終身利用権の中途解約については、価格の87%を15年間の月割にして計算し、入居していた期間分を差し引いた金額が返還される。

たものと聞いている。入居者は、入居する前からのかかりつけの医者にかかるなど、入居する前からの地域とのつながりをそのまま維持できるように配慮されている。入居者で働く意思のある人には仕事を紹介したり、また入居者に家事援助が必要になったときには会員のなかのホームヘルパーを派遣するシステムになっている。

このように、シニアハウスという集合住宅で生活する入居者を会員が支えるシステムがいろいろと開発されているところに、この施設のユニークな一面があると思われる（なお、詳細については注の資料を参照されたい¹⁶⁾）。

以上、簡単に2つの施設の取り組みをながめてみたが、両施設に共通することは、その組織も方法も違うが、快適なくらし、老後の安全と安心を確保するために、そこ独自のケア体制とネットワーク化が試行されていることである。

サービス内容が、値段と相関していく民間企業の有料老人ホームと違い、地域性と人間関係を重視した地域密着型の有料老人ホームは、不十分ではあっても人に支えられているという実感をより強くもつことができるのではないだろうか。

有料老人ホームが民間主導型で次々と建設されていく一方で、低料金システムの開発や地域のネットワーク化を思考しながらの施設づくりは、現在の動向に一石を投じる役割を演じるものと期待したい。

有料老人ホームと介護問題というあまり取り上げられない主題で、有料老人ホームのサービス内容を中心に分析してきたが、資料が不十分なことや筆者の力量の及ばぬところも多く、満足のいくものとはならなかった。

最後にひとつ問題提起をしてみたい。

有料老人ホームが、高齢者向けの住宅であることを主張し、介護機能を付与することに対してはその内容を厳しく問うかたちで臨んでいけば、有料老人ホームで介護問題が起きる可能性はもっと少なくすんだと思われる。しかし、有料老人ホームが介護機能を担い、しかも終身介護保証という老人の泣きどころをつかんだかたちで登場して

きたことによって、さまざまな問題を引き起こすきっかけをつくったといえる。そもそも介護問題とは、児童養護の問題や障害者の自立の問題と同じように優れて社会性の強い問題状況である。にもかかわらず、民間企業が政策の後退を機にサービス商品の新たな市場を求めて乗り出してきた。しかし、有料老人ホームに介護機能はなじまないばかりか、サービスの質の低下を招くような過当競争が始まりかねない。また入居者が高齢化するとともに、介護問題は一層深刻なかたちで提起されてくるものと思われる。

いま一度、介護問題の基本的な性格を明らかにし、有料老人ホームの介護機能の限界を明らかにする方向で検討してみる必要はないだろうか。

注

- 1) 「有料老人ホームに関する基礎調査」社団法人全国有料老人ホーム協会、1987年7月。
- 2) 山路克文「高齢者の保健・医療問題に関する一考察」『高野山大学論叢』第19巻、1984年。
- 3) 福島善之助『入居者からみた有料老人ホームの選び方住み方』、ミネルヴァ書房、1988年6月。
- 4) 清水章子「有料老人ホームの現状と問題点」『月刊福祉』、1988年7月。
- 5) 猪口修道『シルバービジネス動きだした巨大新産業』、ダイヤモンド社、1986年12月。
- 6) 日本老人福祉財団「ゆうゆうの里」や中銀ライフケアマンションなどはその例としてあげられる。
- 7) 山口純夫「有料老人ホーム契約—その実態と問題点」『判例タイムズ』633号、1987年7月1日と新福祉政策研究会編『いまなぜ健康と福祉か』、ぎょうせい、1987年11月、76頁を参照して要点を整理した。
- 8) 福島善之助、前掲書、30頁。
- 9) 福島善之助、前掲書、31頁。
- 10) この例は「聖マリアナーシングヴィラ」（埼玉県）と「八王子同友会」の2ヵ所が明示していた。
- 11) 「有料老人ホームに関する基礎調査」、37頁。
- 12) 清水章子、前掲書。
- 13) 福島善之助、前掲書、31頁。
- 14) 原田純孝「『日本型福祉社会』論の家族像」『転換期の福祉国家』（下）、東京大学出版会、1988年6月、362頁。
- 15) リバティハウスの概要については、『福祉新聞』（週刊）の1466号、1988年7月4日と1471号、1988年8月15日に詳しく掲載されている。
- 16) 大阪消費者センター『くらしのアンテナ』209号、1988年9月および生活科学研究所『くらしねっとwork』、1988年7～9月を参照。
(やまじ・かつふみ いずみ女子学園)