

研究員 の眼

20年を迎えた介護保険の再考 (19) 高齢者の住まいとの関係 サービス付き高齢者向け住宅の囲い込みが問題に

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～介護保険と住まい～

加齢による要介護リスクをカバーする社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えました。過去、介護保険の基本的な仕組みとか、最近の論点を取り上げましたが、この後については、介護保険制度がスタートした際、必ずしも意識されなかったテーマをいくつか取り上げます。

第19回のテーマは住まいです。まず、高齢者の住まいを巡る制度・サービスが複雑に分かれている点を見るほか、介護保険制度の創設に際して、特別養護老人ホームなどの取り扱いが論点となった歴史を振り返ります。さらに、2011年にスタートした「サービス付き高齢者向け住宅」の動向を概観した上で、高齢者福祉と住宅政策の連携が取れていない一つの表れとして、特定の介護事業所のサービスしか使わせない「囲い込み」問題を取り上げ、今後の方向性を模索します。

2—高齢者福祉と住宅政策の関係

最初に、高齢者福祉と住宅政策の関係を簡単に総括します。戦後日本の住宅政策は建設省（2001年以降は国土交通省）によって担われ、公営団地の造成とか、持ち家取得の支援に力点が置かれていましたが、近年は高齢者の増加などを受けて、両者の連携が意識されています。

例えば、1990年代から両者の連携を意識した書籍¹が出版されるようになり、介護保険制度創設の流れを作った1994年12月の高齢者介護・自立支援システム研究会報告書でも「高齢者が住み慣れた地域や家庭で生活を続けていくための基盤」として、住宅や住環境の整備などがうたわれていました。

さらに、[第9回](#)で述べた地域医療介護総合確保推進法に基づく地域包括ケアの定義でも医療、介護などと並んで「住まい」が言及されており、2013年8月に公表された政府の社会保障制度改革国民会議報告書では「住まい」という言葉は9回使われています。このほか、高齢者の住まいに関する根拠法である高齢者居住安定確保法（以下、高齢者住まい法）は国土交通省と厚生労働省の共管となっており、両者の連携は一定程度、意識されていると言えます²。

¹ 例えば、早川和男（1997）『居住福祉』岩波新書、社会保障研究所編（1990）『住宅政策と社会保障』東京大学出版会などを参照。2001年1月には居住福祉学会が発足している。

² 高齢者以外分野では、低所得者や被災者、高齢者、障害者、子育て世帯などに配慮するための「住宅確保要配慮者居住

ただ、「住宅＝国土交通省」「高齢者福祉＝厚生労働省」という縦割りの問題が常に付きまといまいます。先行研究でも「住宅政策と住宅市場に対する視野の狭い関心しかもっておらず、より広範な争点群を無視している」³、「住宅問題を福祉国家論の視点から考察することは最近に至るまで必ずしも十分に行われてこなかった」⁴とされており、住まいは福祉分野で見落とされがちなテーマと言えます。

3—複雑に分かれている住まいに関わる制度・サービス

1 | 介護保険制度に位置付けられているサービス

では、高齢者の住まいを巡る制度・サービスはどうなっているのでしょうか、全体像を示した表 1 の通り、複雑に分

表1：高齢者の住まいに関する主な制度・サービス

名称・種類	主な機能	
特別養護老人ホーム（特養）	長期療養を前提とした施設。原則として要介護3以上の高齢者が対象。	介護保険制度
介護老人保健施設（老健）	退院後、在宅復帰を目指す中間施設。近年は特養との差が小さくなる傾向。	
介護型療養病床	長期療養者向け施設。2024年度までに廃止の予定。	
介護医療院	長期療養者向け施設。介護型療養病床の移行先。入所者は在宅扱いに。	
短期入所生活介護（ショートステイ）	介護施設などに短期入所し、介護を受けるサービス	介護保険以外
短期入所療養介護（ショートステイ）	老健などに短期入所し、介護やリハビリを受けるサービス	
小規模多機能型居宅介護	訪問、通い、泊まりを組み合わせられるサービス	
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	小規模な建物で認知症の人が集団生活を送ることを支援するサービス	
介護付有料老人ホーム	施設内のスタッフ、あるいは外部契約した事業者が介護サービスを提供する住宅。特定施設入居者生活介護の指定が必要。	
住宅型有料老人ホーム	生活支援サービスなどが付随した高齢者住宅。	
サービス付き高齢者向け住宅	バリアフリー設備などを兼ね備えた高齢者向け賃貸住宅。外部から介護サービスを契約。	
軽費老人ホーム（ケアハウス）	身寄りがない高齢者などを受け入れる住宅。	
養護老人ホーム	生活保護受給者など主に生活困窮者を受け入れる住宅	

出典：厚生労働省資料などを基に作成

かれています。このうち、特別養護老人ホーム（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護型療養病床、介護医療院、認知症共同生活介護（グループホーム）、短期入所生活介護・療養介護（ショート

ステイ）、小規模多機能居宅介護が介護保険サービスに位置付けられており、役割や機能、入居する高齢者の属性が違います。

例えば、特養は「終の棲家」などと呼ばれる通り、要介護度の重い高齢者が入るタイプ。1963年の老人福祉法の制定とともに制度化され、2015年度改正では新規入居は原則として要介護度3以上に限られるようになりました⁵。老健は元々、「中間施設」と呼ばれた仕組みで、病院に入院している高齢者を一時的に受け入れた後、自宅などに戻す類型で、1987年の改正老人保健法で創設された仕組み。さらに、介護型療養病床と介護医療院は第1回で述べた老人病院の名残です。

このほか、▽認知症の人に少人数で集団生活を送ってもらうグループホーム、▽短期間の泊まりを提供する短期入所生活介護や短期入所療養介護、▽高齢者を受け入れる宅老所を制度化したサービスとして、訪問や通い、泊まりを組み合わせられる小規模多機能居宅介護——があります⁶。

支援協議会」の設置も進んでいる。

³ Jim Kemeny (1992) “Housing and social theory” [祐成保志訳 (2014) 『ハウジングと福祉国家』新曜社 p6]。

⁴ 菊地英明・金子能宏 (2005) 「社会保障における住宅政策の位置づけ」『海外社会保障研究』No. 152。

⁵ 2002年度から新設する特養に関しては、多くの人が同じ部屋で生活を送る多床室ではなく、ユニット型（個室と共同のリビングスペースを持つタイプ）に切り替えられた。

⁶ ここでは詳述しないが、介護保険では個人住宅のバリアフリー改修工事について、20万円を支給する仕組みがある

2 | 介護保険以外の制度・サービス

さらに、ややこしいことに介護保険の枠組み以外にも、高齢者の住まいに関する制度があります。例えば、有料老人ホームは一般の高齢者向け住宅であり、身寄りのない高齢者向けの軽費老人ホーム（ケアハウス）、生活困窮者などを対象とした養護老人ホームという仕組みも整備されています。

さらに有料老人ホームなどについては、一定の要件を満たすと、「特定入居者生活介護」という介護保険の適用を受けられます。この場合、施設内の職員がケアを提供する類型と、外部サービスを受け入れる類型に分かれます。

近年、利用者が増加している制度と

して、高齢者向け賃貸住宅であるサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）があります。これは2011年の法改正で創設された比較的新しい仕組みであり、高齢者向け住まい・施設の利用者数・定員数の推移を示す図1の通り、戸数が増え続けています。

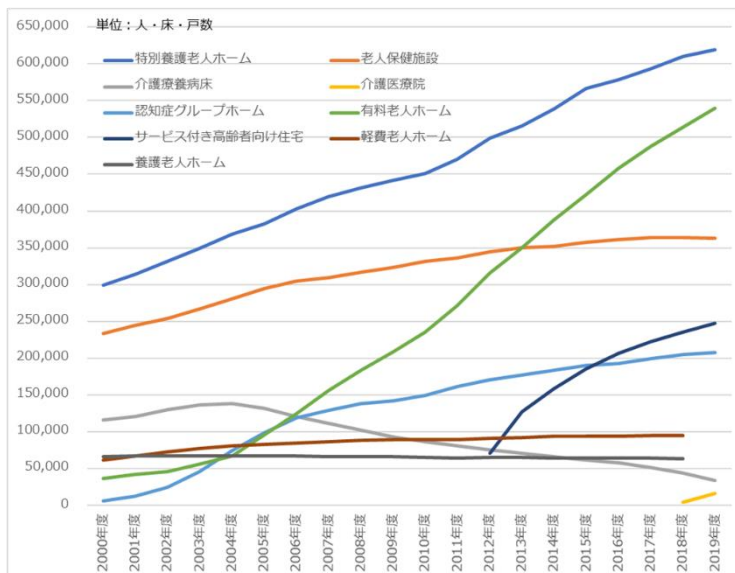
このようにサ高住が増えている要因としては、国による税制・財政面の支援に加えて、一定の要件（床面積は原則 25 m²以上、バリアフリー設備など）を満たせば、都道府県に登録できる参入障壁の低さが影響していると思われます。

実際、多くの事業者が参入している結果、質のバラツキが指摘される一方、良質なケースでは従来の「高齢者施設」「高齢者住宅」のイメージを覆す事例が生まれています。その一例として、筆者が昨夏、見学した千葉県浦安市の「銀木屋」は写真の通り、オシャレな雰囲気とともに、近所の子供も遊びに来る開放性を備え、一角には昔懐かしい駄菓子の販売ゾーンも置かれています。

もちろん、入居には相応の家賃が必要ですし、全ての地域で同じ住宅ができるとは限りませんが、サ高住の創設で民間企業の創意工夫が発揮され、利用者の選択肢が広がっていると言えます。

ただ、ここまで読まれた方は制度・サービスの複雑さにウンザリされたかもしれません。これ以外でも細かく見ると、特養には「地域密着型」という類型がありますし、介護保険以外の仕組みやサービスとして、自治体の高齢者向け公営住宅とか、通所介護（デイサービス）で夜間に高齢者を受け入

図1：高齢者の住まいに関する利用者数・定員数



出典：国土交通省資料などを基に作成
 注1：介護保険サービスは10月現在。
 注2：特別養護老人ホームは地域密着型を含む。
 注3：養護老人ホーム、軽費老人ホームは10月現在。利用者数ではなく定員数。一部推計値。
 注4：有料老人ホームは利用者数ではなく定員数。
 注5：サービス付き高齢者向け住宅は9月末現在。利用者数ではなく登録戸数。

写真：千葉県浦安市のサービス付き高齢者向け住宅「銀木屋」の様子



写真：2019年8月筆者撮影

れる「お泊まりデイ」があります。その上、地方創生では高齢者が終身でケアを受けられる「CCRC」(Continuing Care Retirement Community) という米国の制度の導入論議まで浮上しました⁷。経済産業省主導で有料老人ホームの入居者に働いてもらう「仕事付き高齢者向け住宅」も整備されています。

このように枝分かれしている理由としては、建て増しで制度・サービスを微修正して来たことが影響しています。以下、介護保険制度創設時の議論を振り返りつつ、複雑化のプロセスを見ます。

4—住まいを巡る制度・サービスの複雑化の経緯

1 | 施設系サービスを巡る議論

介護保険制度の創設に際しては、以前から存在していた特養、老健、老人病院（後に介護型療養病床）の取り扱いが焦点の一つとなりました。中でも、老健から自宅に帰れない人が半数近くに上るなど、特養と老健の機能が近付いている点が論点となり、一元化の可能性が模索されました。

しかし、運営主体を見ると、特養は社会福祉法人、老健や老人病院は医療法人といった形で違いがありました。さらに法律の根拠を見ても、特養は社会福祉事業法、老健は老人保健法、老人病院は医療法に分かれていました。そこで一元化の選択肢を取らず、自己負担の違いなどを揃えることで、3つを介護保険サービスに位置付けて整合性を図ることにしました。

この辺りについては、当時の厚生省幹部が「問題は、双方（筆者注：特養と老健）の出自が違う点だ」と述べていた点から読み取れます⁸。実際、両論併記、多論羅列となった1996年4月の老人保健福祉審議会（厚相の諮問機関）中間報告も「事業主体等の取扱いが異なっていること等を踏まえ、一元化は漸進的な方法で進めていく」と書かれていました。

このような方法を取った結果、幾つかの論点が残されました。まず、在宅と施設の負担格差です。在宅の場合、食費や居住費は自己負担なので、施設入居者からも費用を徴収しないと不平等になります。結局、この問題は2005年改正で決着し、食費などの経費を徴収する一方、低所得者の負担は「補足給付」として給付で支援する仕組みになりました⁹。さらに[第16回](#)で述べた通り、特養と社会福祉法人の位置付けも課題として残されました。実際、制度創設に関わった厚生省元幹部も「『特養ってそもそも何か』という議論をしないままに持ってきた」「もう少しサービスの中身を洗い直して、きちんと整理し直すことをすべきだったのかもしれない」と振り返っています¹⁰。このほか、[第1回](#)で述べた通り、介護型療養病床については、小泉純一郎政権期に廃止論議が浮上。2度の期限延長を経て、介護医療院への段階移行が決まりましたが、その取り扱いは課題として残されています。

2 | その他の介護保険サービス

制度創設時には有料老人ホームの取り扱いも焦点となり、「家」として定義されるとともに、高齢者

⁷ CCRCについては、政府の有識者会議が2015年12月に最終報告書を作成し、全世代・全員活躍型のコミュニティづくりを掲げた「生涯活躍のまち」が進められている。松田智生（2017）『日本版CCRCがわかる本』法研を参照。

⁸ 朝日新聞社西部本社編（1999）『介護保険の現場から』雲母書房 pp179-180 における堤修三氏インタビュー。

⁹ しかし、補足給付については、保険給付ではなく、生活保護を含めた租税財源で対応すべきという意見がある。例えば、飛田英子（2019）「介護保険制度の見直しに必要な視点」『JRI レビュー』Vol. 11 No. 72。さらに住宅手当の創設を通じた支援が必要との指摘がある。丸山桂（2018）「住宅手当の構想」山田篤裕ほか編著『最低生活保障の実証分析』有斐閣、2020年4月1～8日『高齢者住宅新聞』における東京通信大学教授の高橋紘士氏インタビューなどを参照。

¹⁰ 2019年9月号『文化連情報』No. 498における堤修三氏インタビュー。

が受けるサービスを特定入居者生活介護として、介護保険に位置付ける形になりました。制度創設に関わった官僚などの書籍¹¹によると、これらの住まいは要介護の高齢者だけでなく、介護を必要としない高齢者も受け入れていたため、「家」として位置付ける代わりに、制度的には外部からサービスを導入している形にしたとのこと。

その際、デンマークの事例が影響した面もあります¹²。同国は1980年代後半、高齢者施設で住まいとサービスを一体的に提供するのではなく、施設建設を禁止して高齢者住宅に切り替えるとともに、外部サービスとしてケアを提供する「住まいとサービスの分離」を実行しました。そこで、有料老人ホームなどの特定入居者生活介護に関しては、「介護サービスの革新が図られるのではないか」という期待の下、住まいとサービスを分離させる考え方を取り入れたと説明されています。

このほか、ショートステイとグループホームは制度創設時から介護保険に位置付けられており、小規模多機能型居宅介護については、多様な「住まい方」の実現を打ち出した2003年6月の「高齢者介護研究会」報告書に沿って、2006年度制度改正で創設されました。

以上のような説明を通じて、住まいの制度・サービスが細かく分かれている理由の一端をご理解いただけたと思います。つまり、制度設計に際して、何かグランドデザインがあったわけではなく、その時々で最適な制度改正、言い換えると漸増主義的に制度改正が積み重ねられてきたわけです。

3 | サービス付き高齢者向け住宅の創設

ただ、これで話は終わりません。住宅政策の流れを踏まえる必要があります。まず、高齢者を対象とした「高齢者専用賃貸住宅（高専賃）」が1998年に制度化されたほか、2001年に高齢者住まい法が制定された際、高齢者向けの賃貸住宅である「高齢者優良賃貸住宅（高優賃）」、高齢者の居住を拒まない「高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）」が新設されました。その後、高齢者住まい法が改正され、高専賃などの制度がサ高住に一本化され、登録要件も定められました。現行の制度では、都道府県が「高齢者居住安定確保計画」を策定し、サ高住の整備方針などを定めることになっています。

では、こういった現状について、どういった問題が考えられるのでしょうか。それぞれの制度・サービスに論点があるのですが、ここでは全体的に制度・サービスが細分化している弊害として、①選択肢が多いように見えるが、選択しにくい弊害、②住宅政策と高齢者福祉の連携が取りにくい弊害——の2つを取り上げつつ、解決策の方向性を示したいと思います。

5——制度が細分化している弊害と対応策(1)～住まいと介護サービスの分離～

1 | 選択肢が多いように見えるが、選択しにくい弊害

1番目の弊害として、「選択肢が多いように見えるが、選択しにくい」という点です。制度が複雑で分かりにくく、特養と老健の差が小さくなるなど機能面の重複も見られます。さらに、機能や要件、高齢者の属性を細かく決め過ぎており、高齢者がニーズに応じて住まいを選択するのではなく、逆に状態やニーズの変化に応じて高齢者が住まいを変える必要に迫られています。

¹¹ 介護保険制度史研究会編著（2019）『介護保険制度史』東洋経済新報社 pp153-154。

¹² デンマークに関しては、松岡洋子（2011）『エイジング・イン・プレイス<地域居住>と高齢者住宅』新評論、同（2005）『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論を参照。

さらに、余りに複雑に枝分かれしている結果、利用者は判断しにくくなっています。実際、行動経済学や社会心理学では「幅広い選択肢には、たしかに良い面がある。だがそれでもわたしたちは混乱し、圧倒されて、お手上げ状態になる」¹³といった形で、選択肢の多さが自己決定を阻害する可能性に着目しており、高齢者の住まいにも共通していると思います。

2 | 住まいと介護サービスの分離が必要？

このため、住まいとサービスの機能を分離させ、住まいは公営住宅と民間活力で選択肢を広げつつ、介護サービスは一定の量と質を担保することで、制度を簡素にする方法が考えられます。この考え方は先に触れたデンマークの対応に近く、有料老人ホームやサ高住でも取り込まれているため、これを高齢者施設・住宅に広げたり、徹底したりするイメージです。一方、低所得者や重度者などに関しては、契約制度をベースとした介護保険とは違う対応が必要となるため、[第17回](#)で述べた措置制度での対応が必要になります。そうすれば、特養や社会福祉法人の位置付けも明確にできます。

もちろん、住まいとサービスの分離は大規模な制度改革ですし、公営住宅などの受け皿も十分とは言えない中で、一朝一夕には難しい面があります。しかし、近年の制度改革論議を見ていると、介護保険関係の審議会は業界団体（政治学で言うと、利益集団、圧力団体）の意見調整に力点が置かれ、議論が細部にとどまり過ぎている印象です。それだけ20年の歴史を経る中で、介護保険制度が成熟化した証なのかもしれませんが、複雑な制度を理解している専門家と業界団体による「重箱の隅の隅の…」を突く話にとどまらず、利用者の視点に立った議論が展開されてもいいと思います。

6——制度・サービスが細分化している弊害と対応策(2)～住宅政策と高齢者福祉の連携～

1 | 住宅政策と高齢者福祉の連携が取りにくい弊害

第2に、住宅政策と高齢者福祉の連携が取りにくい点です。これだけ制度が複雑になり、「高齢者の住まい」という観点の議論が難しくなっている感は否めません。さらに、住宅行政は都道府県で担われる一方、[第14回](#)で述べた通り、介護保険制度では市町村の役割が大きくなっており、「住宅＝都道府県、高齢者福祉＝市町村」という役割分担の下、自治体レベルで齟齬が生じやすくなっています¹⁴。

中でも、こうした齟齬は現在、いわゆるサ高住の「囲い込み」問題として顕在化しています。具体的には、同じ住宅に住む高齢者に対し、訪問介護サービスを提供すると、移動時間が少なく済む分だけ収益率が上がります。そこで、生活保護の高齢者を囲い込むとともに、要介護度別に定められた区分支給限度基準額（以下、限度額）の上限ギリギリまで介護サービスを使うことで、収益を上げる方法がビジネスになっており、登録要件が緩やかなサ高住で顕著に見られます¹⁵。

ここで、囲い込みを巡る齟齬を具体的に考えてみましょう。ある業者がA県B市にサ高住を新設し、都会から高齢者を多く受け入れつつ、関係する事業者が訪問介護を提供するビジネスを考えたとしみます。この状況で業者はA県に対し、サ高住を登録するとともに、系列の訪問介護事業所は権限を持つA県の指定を受けることになります。その後、住宅が完成してサービス提供が始まると、B市に対して

¹³ Sheena Iyengar (2010) “The Art of Choosing” [櫻井祐子訳 (2010) 『選択の科学』文藝春秋 p220]。

¹⁴ 居住福祉に関する市町村の事例としては、愛知県高浜市が2003年10月に「居住福祉のまちづくり条例」を施行させた。

¹⁵ 例えば、2016年10月19日『毎日新聞』、2017年10月29日『読売新聞』、2015年5月4日『読売新聞』。

は毎月、介護保険給付を申請することになり、訪問介護サービスが激増すれば、65歳以上高齢者に課されるB市の介護保険料が上昇します。

しかし、B市から見ると、上記のプロセスに参与する機会が全くないまま、介護保険料の上昇という状況に直面することになります。実際、こうした事例は大都市近郊で起きており、茨城県つくば市は定期巡回・随時対応型などの事業者が高齢者住宅を経営する場合、利用者の8割以上を市民にする条例を定めました¹⁶。つまり、サ高住などに移住する高齢者が多くなったため、地元住民の利用を優先することで、大都市部の高齢者の囲い込みを制限しようとしたわけです。

2 | サービス付き高齢者向け住宅の「囲い込み」問題と対応策

国も様々な制度改正を通じて、囲い込みを制限しようとしています。まず、厚生労働省は3年に一度の介護報酬改定に際して、規制を試みています。例えば、2012年度改定では、同じ建物（同一建物）に住む30人以上の高齢者に対して、訪問介護などを提供した場合、介護報酬を10%減算する措置を導入しました。ただ、「同一建物」の減算を回避するため、事業所を隣の建物に移すなどの事例が見られた¹⁷ため、2015年度改定では「同一建物」の基準を20人以上に引き下げるとともに、減算回避の行動を制限するため、「隣接する敷地内」も同一建物と見なす規制を導入。2018年度改定でも、一定の要件の下で減算幅を拡大しました¹⁸。

報酬以外の対応策も講じられています。例えば、訪問介護などのサービス量が市町村の想定を超えるなど一定の条件の下、市町村は都道府県の事業所指定について、協議を申請できる「市町村協議制」が2012年度から導入されました。さらに、▽サ高住の整備に対して国庫補助金を申請する際、都道府県が市町村の意見を聴取し、介護保険との連携などを確認する仕組みを2016年度に導入、▽実地指導に当たる市町村を財政支援する「高齢者向け集合住宅関連事業所指導強化推進事業」を2018年度から創設——という対策が取られました。このほか、2015年度制度改正ではサ高住に関して、「住所地特例」も導入されました。これは元々、引っ越して特養などの施設に入所した後も、元の住所である市町村が引き続き費用を負担する仕組みで、サ高住にも適用されるようになりました。

3 | 「囲い込み問題」への対応策の方向性

それでも囲い込みは依然として争点になっており、財務省は2019年度予算執行調査で、「介護事業所を併設しているサ高住では介護サービスの利用が多い」といった実態を明らかにしました。高齢者住宅財団の調査でも、集合住宅に併設されている介護事業所の問題点として、回答を寄せた70.9%の自治体が囲い込みを問題視しています¹⁹。このため、2021年度制度改正では限度額の利用割合が高い利用者を多く受け入れているサ高住に対し、ケアプランの点検など規制が強化されます²⁰。

¹⁶ 2012年11月30日『朝日新聞』。

¹⁷ 日本総合研究所（2013）「集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）によると、都道府県向け調査（東日本大震災に被災した3県を除く44都道府県が対象）によると、2012年9～10月の時点で、回答した43都道府県のうち、減算措置を回避する事業者を把握している答えた比率は32.6%に上った。

¹⁸ 医療でも同じ問題が発生したため、2014年度診療報酬改定で訪問診療の報酬単価が最大4分の1に引き下げられた。

¹⁹ 高齢者住宅財団（2020）「高齢者向け集合住宅併設事業所に対する実地指導の推進に関する調査研究事業報告書」（老人保健健康増進事業）。

²⁰ 2020年12月10日『ケアマネジメントオンライン』配信記事。

しかし、問題は簡単ではありません。外見上、良質な事業者と悪質な事業者が区別しにくい面があるためです。この状況が生まれる理由を少し解説すると、[第12回](#)で述べた通り、医療・介護現場では現在、継続的なケアとか、関係者の連携が求められています。一方、囲い込みとされる事例でもサ高住の事業者と介護サービス事業者が連携（結託？）しつつ、高齢者に対して継続的なサービスを提供しています。つまり、両者は「連携」している点で同じであり、サービスの内容が良質なのか、悪質なのか、外見だけでは区別しにくいと言えます。

こうした中で、囲い込みを制限するため、全国一律の報酬単価を調整すれば良質な事例も不必要な影響を受けることになります。むしろ、先に触れた減算回避のような形で、悪質な事例は「規制の抜け穴」を探そうとするので、良質な事例だけが影響を受ける危険性さえ考えられます。

そこで、囲い込みへの対応策として、現場が動きやすい制度改正が必要と思われます。例えば、先に触れた市町村協議制については、市町村の意見を優先させる制度改正などが考えられます。

さらに都道府県がサ高住の国庫補助金を申請する際、市町村の意見聴取を求める制度についても、根拠は通知（技術的助言）であり、都道府県に従う義務はありません。実際、この趣旨を再徹底する通知が2017年8月、国土交通省と厚生労働省が共同で発出されている点から見ても、趣旨が徹底されているとは言えない状況と推察され、法的拘束力を強める方策も考えられます。

このほか、介護保険サービスなどを調整するケアマネジャー（介護支援専門員）の独立性拡大²¹とか、不適切な事例に対する市町村の指導、サ高住の運営情報の開示拡大も論点になります。

さらに現行の枠組みでも、市町村は独自の高齢者居住安定確保計画を策定できますし、それなりにツールはあります。ただ、ツールを市町村が使いこなしているとは言えず、市町村協議制に関しては、三重県桑名市が制度を活用したことが話題になった²²程度であり、認知度も高くありません²³。このため、市町村が既存制度を上手く活用できるような国、都道府県の周知、支援も必要になると思います。

7—おわりに

第19回は制度創設時に必ずしも意識されなかった論点として、高齢者の住まいを取り上げました。住まいとサービスの分離は現行制度の抜本改革に繋がりますし、「住宅＝国土交通省／都道府県、高齢者福祉＝厚生労働省／市町村」という分断を解消するだけでも一苦労ですが、国レベルでは縦割りを排しつつ、利用者の視点に立った制度改正を意識して欲しいと思います。

さらに、住まいとサービスの機能を「分離」しつつ、両者の「連携」を強化する場合、正反対の政策を同時に進める難しさが生まれるかもしれません。筆者の眼から見ると、機能を分離させつつ、制度運用の連携を深めることは必ずしも矛盾していないと思うので、住民の生活に身近な市町村レベルでの取り組みが重要になると思います。

第20回は介護保険制度の制約条件となりつつある人手不足の問題を取り上げます。

²¹ 2020年7月16日拙稿「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」などを参照。

²² 2014年6月27日『読売新聞』。

²³ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2018）「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業報告書」（老人保健健康増進等事業）では市町村協議制について、「詳しいことまで知っている」と答えた市町村は22.8%にとどまった。有効回答数688件。