

研究員の眼

相次ぐ有料老人ホームの不適切な事案、その対策は？（上）

医療的ニーズの高い人の支援が不十分な点など背景を探る

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

1——はじめに～相次ぐ有料老人ホームの不適切な事案、その背景を探る～

有料老人ホームに入居する末期がんや難病の人を対象にした訪問看護などについて、一部の事業者による過剰請求の疑いが相次いで報じられており、世間の耳目を集めています。厚生労働省も2025年4月、業界関係者や有識者、自治体関係者らで構成する「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」を組織し、透明性や質の確保に向けた対応策の議論を始めました。今後、2026年度診療報酬改定や2027年度介護保険改正に向けて、適正化を意識した見直し論議が加速する見通しです。

しかし、不適切とされる事案の背景を探ると、医療的ニーズの高い人の在宅ケアが不十分な点などの遠因も見えて来ます。さらに、対応策の検討は意外と簡単ではなく、実効面では悩ましい問題も多いと考えています。

そこで、今回から2回シリーズで、有料老人ホームを舞台にした不適切とされる訪問看護の事案に関して、その背景や論点、解決策の方向性などを探りたいと思います。

今回の（上）では、不適切とされる事案を巡る報道の概要を考察した上で、独自記事を連発しているジャーナリストとの対談などを通じて、筆者が持つに至った問題意識を論じます。具体的には、事案の遠因として、医療的ニーズの高い人の受け皿が不十分な点や制度の不備などを挙げます。その上で、（下）では適正化策に関する国の検討動向を見つつ、選択肢や論点を検討したいと思います。

2——相次ぐ不適切な事案に関する報道の概要

1 | 共同通信の相次ぐ独自記事が端緒に

「末期がんや難病の患者向け有料老人ホームで併設の訪問看護ステーションが診療報酬を不正か」「パーキンソン病専門の有料急成長の大手運営会社が過剰請求か」「関西の有料老人ホーム大手が訪問看護の診療報酬を水増し請求の疑い」——。有料老人ホームに入居する末期がんや難病の人を対象にした訪問看護などについて、過剰請求など不正の実態が2024年秋頃から相次いで報じられていま

す¹。これらは共同通信配信の独自記事を載せた地方紙の見出しであり、最近では雑誌や全国紙でも少しずつ記事が増えて来ましたが²。

こうした案件に関連し、筆者は2025年6～7月、専門誌のイベントで、独自記事を連発している共同通信の編集委員と対談、鼎談する機会を持ちました³。今回は一連の記事やイベントで分かった点とか、厚生労働省の説明資料、現場で見聞きする話などを基に、不適切とされる事案の共通点や背景などを整理したいと思います。

図表1：有料老人ホームを舞台とした
不適切とされる訪問看護の事案のイメージ

2 | 不適切とされる事案の共通点

まず、不適切とされる事案のイメージを整理すると、図表1の通りになります。つまり、有料老人ホームに入居する利用者に対し、併設されている訪問看護ステーションが外付けのサービスを提供する方法です。

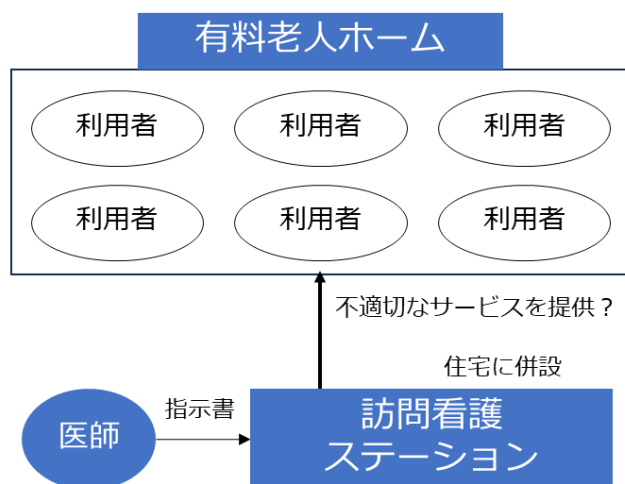
これを病院や在宅ケアと比較すると、両者を組み合わせたハイブリッドのようなモデルであることに気付きます。

まず、病院の場合、病棟に入院する複数の患者に対し、医師や医師の指示を受けた看護師が対応しています。いわゆる病院における集団的なケアです。

一方、訪問看護や訪問診療などの在宅ケアでは、自宅に住む患者・利用者に対し、医師や医師の指示を受けた看護師などが医療やケアを提供しています。いわゆる自宅を中心とした個別的なケアになります。

これに対し、図表1のスタイルでは両者を組み合わせたような形になっており、集合住宅に入居する患者・利用者に対し、外付けのステーションから看護師が訪れています。つまり、制度的には在宅ケアなのに、実態は病院のような集団的なケアに近いスタイルと言えます。

もちろん、このスタイル自体、特に問題があるわけではなく、実際に質の高いホスピス住宅を提供している事例も目にしますが、不適切とされる事案では、住宅を運営する事業者が併設の訪問看護事業所を通じて、入居者に過剰なサービスを提供したり、報酬上の加算（ボーナス）を過剰に請求した



出典：各種資料を基に作成

¹ 本稿で言及した記事の見出しは2025年3月24日『北海道新聞』、2024年9月4日『河北新報』、同年9月3日『中国新聞』を参照。共同通信が配信している『47ニュース』のほか、介護専門媒体である『JOINTニュース』配信の連載記事も参照。

² 例えば、2025年8月3日『日本経済新聞』のほか、同年4月16日『週刊東洋経済』を参照。同年7月24日に配信された『東洋経済ONLINE』記事も参照。

³ イベントは2025年6月20日と同年7月25日に開催され、前者は共同通信編集委員の市川亨氏、福祉ジャーナリストで元日本経済新聞編集委員の浅川澄一氏、筆者の3人によるリアル開催、後者は市川氏と筆者によるオンライン開催だった。いずれも主催は高齢者住宅新聞。この場を借りて、市川氏、浅川氏のほか、イベントを企画して下さった高齢者住宅新聞の小川真二郎取締役の謝意を述べたい。なお、市川氏とは、筆者が前の前の職場で勤務していた頃から交流させて頂いており、イベントなどの機会でも市川氏に取材の過程を聞くと、内部文書などの物証を得たり、複数の証言を集めたりするなど、ジャーナリストとして誠実かつ丁寧に対応されている。このため、筆者自身としては、記事で取り上げられている情報の信頼性は極めて高いと判断している。

りしている疑いが報じられています。こうした事象は一般的に「囲い込み」と呼ばれています。

さらに、報道されている事案は複数の事業者にまたがっており、共通点として、概ね4つの点を指摘できるとのことです⁴。

- (1) 必要ない人にまで「1日3回」「複数人での訪問」「早朝・夜間・深夜の訪問」を設定。
- (2) 原則30分間は訪問しなければならないのに、数秒～数分の訪問でも30分滞在したことにして報酬を請求。
- (3) 看護師1人の場合でも複数人での訪問、または早朝・夜間に訪問したという虚偽の記録を作って報酬上の加算を請求。
- (4) 表面上は「コンプライアンス」を掲げ、相談・通報窓口を設置しているが、内部のスタッフが声を上げると、異動や退職に持って行く。パワーハラスメントも横行。

主な対象者は末期がんの患者やパーキンソン病など難病の患者。いずれも医療的ニーズが高い人という共通点があります。サービスの名称は公式に定められているわけではないため、「ホスピス型住宅」「ホスピス住宅」「ホスピスホーム」「ナーシングホーム」「緩和ケアホーム」「医療特化型有料老人ホーム」「パーキンソン病専門」など様々です。

こうした事例が一部の不心得な法人あるいは個人に限った話であれば、何らかの形で制限または処罰すれば済む話です。それでも短期間に同様の案件が報じられている点を踏まえると、まだ分かっていない案件、あるいは報じられていない案件は多いと推察されます。俗な言葉に言い換えると、「手っ取り早く儲けられるビジネスモデル」として広がっている可能性が高いと思われます。

さらに、少し見方を変えると、「患者や利用者、家族のニーズがあるからこそ広がっている」という受け止め方も可能です。そもそものニーズがなければ、これほど広がることは困難であり、「制度や政策が十分に対応できていないニーズの受け皿になっている」と解釈できるかもしれません。

このほか、保険制度から得られる報酬の構造とか、行政による関与の実情などを見ると、筆者自身は「悪い意味で綿密に考えられたビジネスモデル」という印象を受けています。以下、不適切とされる事案を引き起こしている背景として、(1) 医療ニーズの高い人の在宅ケアが不十分、(2) 高齢者の居住保障が不十分、(3) 制度の不備——という3つを指摘したいと思います。

3——事案の背景(1)～医療的ニーズの高い人の在宅ケアが不十分～

まず、医療的ニーズの高い人の在宅ケアが不十分という点です。これは近年の平均在院日数や病床の削減を目指す政策が影響している可能性があります。

広く知られている通り、人口比で見た日本の病床数は世界有数⁵であり、平均在院日数の長さも以前から問題視されています。このため、診療報酬改定を含めた医療政策では1980年代以降、病床数や平

⁴ 2025年7月25日高齢者住宅新聞「介護経営者サミット」市川氏資料を参照。一部表記などを変更。

⁵ ここでは詳しく触れないが、OECD（経済協力開発機構）の統計では、人口1,000人当たりのベッド数は12.52床であり、韓国（12.62床）に次いで2位。ドイツ（7.66床）、フランス（5.4床）などと比べても突出して多い。

均在院日数の適正化が強く意識されて来ました⁶。さらに、病床から退院した後の「受け皿」のような形で、在宅医療のテコ入れも図られており、2012 年頃から在宅ケアや医療・介護連携が制度改正の度に重視されています⁷。

このほか、人生の最終段階の患者・利用者に対する看取り対応を強化するため、近年の報酬改定では様々な加算が付いています。特に、患者や利用者の希望に沿って医療やケアを提供できるようにするため、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が重視されており、診療報酬や介護報酬の算定要件に組み込まれています⁸。

しかし、不適切とされている事案を見ると、末期がんやパーキンソン病などの難病患者を対象に起きており、医療的ニーズの高い人の受け皿になっている可能性が示唆されます。

実際、厚生労働省が 2025 年 4 月に開いた「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」第 1 回会合に提出した資料⁹を見ると、入居者の平均要介護度が 3 以上の住宅型有料老人ホームは 2014 年時点で 35.6%でしたが、2024 年調査で 46.1%まで上昇しました。このほか、住宅型有料老人ホームでは、退去者数に占める「死亡による契約終了」の比率も増えており、2014 年調査で 36.6%だったのに対し、2024 年時点で 55.3%に伸びています。

以上のような点を踏まえると、筆者自身としては、平均在院日数や病床削減を目指す政策に総論として賛成なのですが、看取り対応も含めて、医療的ニーズの高い人の在宅ケアが政策的に後手に回っていることが事案の遠因になっていると考えています。

4——事案の背景(2)～高齢者の居住保障が不十分～

1 | 高齢者の住まいの状況

第 2 の背景として、高齢者の居住保障が不十分という点です。日本の住宅政策は過去、団地造成や持ち家取得支援などに力点が置かれ、「居住保障」という視点は不十分でした。そもそも住宅政策の主務官庁は国土交通省（2001 年以前は建設省）であり、低所得者向け住宅の整備などを除くと、社会保

⁶ 例えば、直近の 2024 年度診療報酬改定では急性期病床の適正化が意識された。2024 年度診療報酬改定のうち、急性期病床の適正化に関しては、2024 年 7 月 29 日拙稿「[2024 年度トリプル改定を読み解く（中）](#)」を参照。さらに、2017 年度から本格化した「地域医療構想」も同じ意図を有している。具体的には、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が 75 歳以上になる 2025 年をターゲットに、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分しつつ、都道府県が医療需要を病床数で推計。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにした。その結果、全国的な数字では、高度急性期や急性期病床の削減と回復期機能の充実、慢性期の削減と在宅医療の充実が必要と理解されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017 年 11～12 月の拙稿「[地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く（1）](#)」（全 4 回、リンク先は第 1 回）、2019 年 5～6 月の拙稿「[策定から 2 年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全 2 回、リンク先は第 1 回）、2019 年 10 月 31 日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。なお、2025 年の目標年次が到来したため、厚生労働省は 2040 年をターゲットに据えた新しい地域医療構想を起動させようとしている。

⁷ 例えば、医療と介護が同時に見直された 2024 年度報酬改定では、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」と介護事業所の情報連携を強化するための見直しなどが細かく講じられた。2024 年度改定のうち、医療・介護連携に関しては、2024 年 7 月 29 日拙稿「[2024 年度トリプル改定を読み解く（中）](#)」を参照。

⁸ いわゆる「ACP（Advance Care Planning）」と呼ばれる。

⁹ 元の数字については、PwC コンサルティング合同会社（2025）「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究事業報告書」、野村総合研究所（2015）「高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査事業報告書」（いずれも老人保健健康増進等事業）に依拠している。入居者の要介護度に関する有効回答数は 2024 年調査で 963 カ所、2014 年度調査で 2,144 カ所。退去者数は 2024 年度調査で 3,783 人、2014 年度調査で 2,147 人。

障の枠内で捉えられていませんでした。これは日本に限った話ではなく、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」¹⁰などと指摘されて来ました。

実際、高齢者の居住保障に関しても、制度をパッチワーク的に作った結果、▽終の住まいとして想定されている「特別養護老人ホーム」（以下、特養）、▽退院後の高齢者にリハビリテーションを提供する「介護老人保健施設」（以下、老健）、▽長期療養の患者を受け入れる「介護医療院」、▽認知症の人が家庭的な雰囲気暮らす「グループホーム（認知症対応型共同生活介護）」、▽有料老人ホームに入居する高齢者に対し、中付けでサービスを提供する「特定施設入居者生活介護」——など複雑に入り組んでいます。

居住保障の考え方が本格的に示されるようになったのは 2000 年代以降です。高齢者居住安定確保法（通称、高齢者住まい法）が 2001 年 10 月、住宅確保要配慮者賃貸住宅供給促進法（通称、住宅セーフティネット法）が 2007 年 7 月に施行され、高齢者や低所得者などに対する住まいの確保が強化されるようになりました。

さらに、2011 年 10 月には改正高齢者住まい法が施行され、高齢者の賃貸住宅である「サービス付き高齢者向け住宅」が制度化されました。2024 年通常国会で改正された生活困窮者自立支援法でも、高齢者や低所得者など要配慮者の相談対応などを担う「住まい相談支援員」を自治体の相談窓口配置するなど、居住保障の概念が重視され始めています¹¹。

しかし、それでも制度面での居住保障は十分とは言えないと考えられます。ここでは、「介護保険の枠に入らない住宅の類型が伸びている」「不適切とさ

図表2：介護付きと住宅型有料老人ホームの主な違い

	介護付き有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	住宅型有料老人ホーム
許認可	都道府県または市町村の指定	都道府県などへの事前届出義務
指導勧告	都道府県または市町村の勧告、改善命令、指定取消など	都道府県などによる改善命令、業務停止命令など
介護サービスの利用	介護保険サービスをホームが提供	在宅と同様に外付け
介護サービスの報酬	包括報酬	在宅と同様に出来高払い
主な人員基準	根拠：基準省令 ➢ 管理者：1人 ➢ 生活相談員：100対1 ➢ 看護・介護職員：要支援者：10対1、要介護者：3対1 ※夜間帯の職員は1人以上 ➢ 機能訓練指導員：1人以上 ➢ 計画作成担当者：介護支援専門員1人以上	根拠：標準指導指針（局長通知） ➢ 入居者の数及び提供するサービスの内容に応じ、管理者、生活相談員、栄養士、調理員を配置すること。 ➢ 介護サービスを提供する場合、提供するサービスの内容に応じ、要介護者などを直接処遇する職員については、介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制とすることなど
設備基準	根拠：基準省令 ➢ 介護居室は原則個室、プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ、地階に設けないなど ➢ 一時介護室は介護を行うために適当な広さ ➢ 浴室は体の不自由な者が入浴するのに適したもの ➢ 便所は居室の各階に設置し、非常用設備を備える ➢ 食堂、機能訓練室は機能を十分に発揮し得る適当な広さを備える ➢ 施設全体は車椅子で円滑に移動できる可能な空間と構造	根拠：標準指導指針（局長通知） ➢ 一般居室、介護居室、一時介護室：個室、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上など ➢ 浴室、洗面設備、便所について、居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるように適当な規模及び数を設けること ➢ 介護居室のある区域の廊下は、入居者が車いすなどで安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、幅は原則1.8メートル以上など

出典：厚生労働省資料を基に作成

¹⁰ 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]。

¹¹ 居住保障については、鈴木賢一 (2024) 「住宅セーフティネットの現状と課題」『調査と情報』No. 1256、国立社会保障・人口問題研究所編著 (2021) 『日本の居住保障』慶應義塾大学出版会、野口定久ほか編著 (2011) 『居住福祉学』有斐閣などを参照。

れる事案は介護保険以外の制度で頻発している」という点に着目したいと思います。

そもその前提として、有料老人ホームは老人福祉法に基づいており、介護保険サービスの特定施設入居者生活介護の指定を受ける「介護付き」と、外からサービスを受け入れる「住宅型」などに分かれており、図表2の通り、それぞれ規制などが違います。

さらに、図表2には盛り込みませんでしたが、報酬に関しても差異があり、介護付きでは要介護度に応じて1日当たりの報酬を設定する包括報酬が採用されているのに対し、住宅型では回数ごとに算定する出来高払いとなっています。

近年、急ピッチで増えているのは住宅型です。2012年度現在の定数が31万5,678人だったのに対し、2022年度には61万1,056人となりました。つまり、10年間で約2倍に増えた計算です¹²。

一方、介護保険適用の特養は伸び悩んでいます。具体的には、2012年度時点で利用者数は49万8,700人だったのに対し、2022年度時点で28.7%増の64万1,700人に増えているとはいえ、住宅型の伸びを下回っています。老健に至っては、同じ時期に横ばい（2012年度：34万4,300人→2022年度：34万7,800人）となっており、高齢者の居住保障のニーズが介護保険以外で吸収されている様子を読み取れます。しかも、報道されている事案の多くは住宅型で起きており、介護保険の枠内に入らない住まいの類型で事案が起きていることになります。

2 | 介護保険以外の仕組みが伸びる理由

では、上記のような状況が起きている理由は何でしょうか。その大きな理由として、介護保険給付の抑制が考えられます。近年の制度改正では、給付費と保険料の伸びを抑えることが重視され、例えば2015年度改正では特養の新規入所を原則として、要介護3以上の重度者に限定することが決まりました。さらに、介護保険適用の特定施設入居者生活介護についても、自治体が「総量規制」という参入規制を設けています。こうした状況の下、介護保険の適用を受けない住宅型の有料老人ホームが伸びており、かつ不適切とされる事案が起きていると言えます。

なお、筆者自身としては、「住宅型+外付けサービス」という類型が増えることを否定しておらず、全てのニーズを介護保険サービスの施設類型で包摂すればいいとは思っていません¹³。

しかし、後述する通り、住宅型は介護保険ほど規制が厳しくないため、高齢者の居住保障の受け皿が介護保険以外で急速に広がっている点を考えると、介護保険だけでなく、「高齢者の居住保障」という視点で、制度全体を捉え直す必要があると思います。

5——事案の背景(3)～制度の不備～

第3に、制度の不備を指摘できます。例えば、報酬制度で言うと、先に触れた通り、介護付きでは1日当たりの包括報酬が採用されているのに対し、住宅型では回数で算定する出来高払いとなってい

¹² このほか、サービス付き高齢者向け住宅も2011年度の創設後、利用者数が急増しており、都道府県に登録された戸数は2011年度の7万999戸から2022年度で27万8,320戸に増えている。

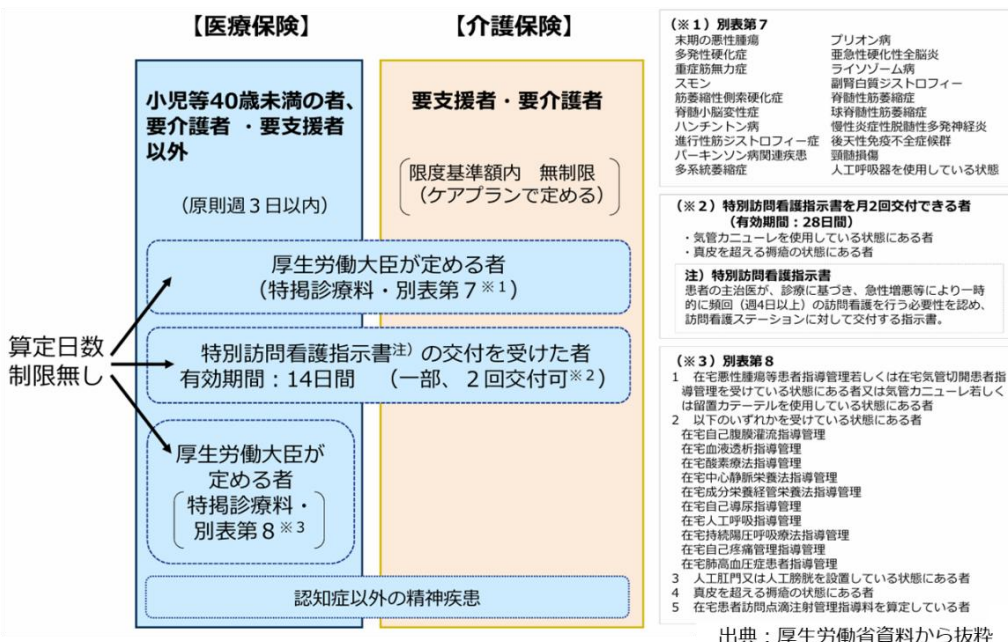
¹³ むしろ、高齢者福祉の世界では以前から「住まいとサービス」の分離の必要性が意識されていた。具体的には、住まいとサービスが介護施設という形でパッケージ化されると、地域社会と施設が分断され、介護が必要になった後、住み慣れた自宅や地域を離れて施設に移り住むことになり、これまでの暮らしと断絶してしまうという問題意識である。住まいとサービスの分離については、松岡洋子（2011）『エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅』新評論などを参照。

ます。この結果、ケアを過剰に提供するほど、収入が増える状況になっており、不適切とされる事案の温床の一つになっています。

さらに、医療保険と介護保険の狭間で起きている制度の不備という側面も見逃せません。訪問看護サービスは多くの場合で介護保険の適用を受けるのですが、図表3の通り、▽厚生労働相が別表で定める病名の患者、▽患者の主治医が必要性を判断し、訪問看護事業者に交付する「特別訪問看護指示書」の対象になる患者、▽厚生労働相が

図表3：訪問看護の医療保険と介護保険の適用の違いのイメージ

「特別な管理を必要とする状態にある患者」と定める別表に該当する場合——などについては、医療保険の適用を受けることになっており、今回の不適切とされる事案は介護保険ではなく、医療保険適用で起きている。



その結果、過剰サービスを防ぎにくくなっています。具体的には、介護保険では要支援・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）が定められており、これを超えると全額が自己負担になります。このため、限度額が上限として機能する分、過剰サービスにもブレーキが掛かる仕組みが内在しています。

しかし、医療保険の場合、限度額のような上限は存在しません。このため、「囲い込み」を通じてサービスを過剰に提供しやすくなっています。

このほか、行政の監視の面でも「抜け穴」が起きやすくなっています。訪問看護事業者が介護保険の適用を受ける際、都道府県か、政令市・中核市に申請を提出するほか、普段から介護保険の保険者（保険制度の運営者）である市町村の運営指導も入っています。

これに対し、不適切とされる事案は医療保険の適用を受けているため、主な所管は厚生労働省の出先機関である地方厚生局になります。要するに、不適切とされる事案を監督する部署は国、自治体に分かれていることになります。

少し分かりやすく言うと、医療保険と介護保険の狭間で起きる「ポテンヒット」を突いていると言えます。既述した通り、筆者が「悪い意味で綿密に考えられたビジネスモデル」という印象を抱いているのは、この辺りにあります。

6—おわりに

本稿では、有料老人ホームを舞台にした不適切とされる訪問看護の事案について、その状況を概観するとともに、医療的ニーズが高い人への在宅ケアが不十分な点などを背景として指摘しました。さらに、医療保険と介護保険の狭間で起きる制度の不備を巧みに突いている可能性も論じました。筆者自身は「悪い意味で綿密に考えられたビジネスモデル」という心象を強く抱いています。

では、どんな対策が考えられるのでしょうか。対策を詳細に検討しようとする、単純に「市場に任せた国が悪い」などと政策当局者を批判すれば済む話ではないことに気付かされます。

そこで、次回の（下）では、厚生労働省が設置した「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」の動きも含めて、適正化策の選択肢を検討するとともに、その難しさも考えたいと思います。