

# 特定施設入居者生活介護型のケアハウスの 経営に関する一考察

池内 梨恵

キーワード：ケアハウス、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、経営実態、  
財務分析、黒字赤字施設の特性

## 1. はじめに

軽費老人ホームは、昭和38年に施行された老人福祉法による施設として設置された。軽費老人ホームは高齢者の支援の実態の変化とともにその内容は変化し、時代の流れとともに、A型、B型、ケアハウス型と主に3つのタイプの軽費老人ホームが設置されている。現在では、介護保険で利用できる特定施設入居者生活介護型のケアハウス（以下、特定型ケアハウス）が主流である。

また、特定施設入居者生活介護の保険給付の仕組みは、ケアハウスだけでなく、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅も算定可能であり、外部環境の変化により設置当初の軽費老人ホームの姿から大きく変化した特定型ケアハウスにとって、特定型ケアハウスの入居対象である高齢者のニーズを捉え経営していくことが今後重要である。

2012年、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会「平成24年度 居住型施設実態調査（軽費・ケアハウス）」によると、ケアハウスの存続理由は、要介護認定の判定が軽度であっても、生活課題のある高齢者を支援する施設として必要とされている。介護度の軽度、利用者負担の課題を持つ高齢者ケアについて検討するとき、他の特定施設との違いを明らかにし、これら生活課題を抱える高齢者の支援を行う施設の固有性を可視化することを目的としている。

## 2. 目的と方法

### 2-1. 研究目的

特定型ケアハウスの特徴と特定型ケアハウスの社会的存在意義、特定型ケアハウス利用者の特性、特定型ケアハウスの課題を抽出する。また、特定型ケアハウスの経営実態を軸に分析し、他の特定施設と比較することにより、その固有性を明らかにすることを目的とする。財務・非財務情報を分析することにより、他の特定施設と比較し、特定型ケアハウスがどのような高齢者にとって最適であり、適切な運営形態が良いのかを可視化することとする。

### 2-2. 研究方法

特定型ケアハウスに関する先行文献調査を行い、Google Scholar にてケアハウス、特定施設というキーワードで検索し、ケアハウスが中心に記載されている 46 文献の中で特定施設、リロケーションについて記載されている 4 文献を中心に特定施設の特異性について検討した。また、高齢者の住まいについて記載されている文献を用い、軽費老人ホームの地域包括ケア内での位置づけを検討した。なお、46 文献の中には、経営実態を明らかにした論文はなかった。

また、厚生労働省による開示のデータから、高齢者の住まいや特定型ケアハウスに関係する資料を参照し、特定型施設の分析の検討を行った。神戸市開示データからは介護保険認定人数や特定施設の受給人数を参照し、神戸市内の特定型施設と、高齢者の住まいについて分析を行った。

経営・運営に関する調査は、WAMNET に公開されている特定型ケアハウス 28 施設の開示データを活用した経営指標との比較を行った。財務諸表がケアハウス単独で公開されていた 22 施設を対象に、財務運営面と機能面について比較検討を行った。さらに、22 施設の財務分析では利益率、コスト率、稼働率を軸に分析をすすめる。22 施設中、2 施設は直接施設に赴き、管理者インタビューを行い、財務・運営の分析を補足する形式で記載している。WAM Research Report 2021 年度軽費老人ホーム（ケアハウス）に、経営指標となるデータが存在し、公開データから分析をした 22 施設と比較検討を行った。

### 3. 先行研究のレビューおよび、ケアハウスの動向

#### 3-1. 軽費老人ホームと特定施設型ケアハウスの制度的背景

軽費老人ホームは、昭和 38 年に老人福祉法が制定された際、老人福祉施設の 1 つとして設置された。老人福祉法は、基本的理念として、第二条に、『老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。』第三条に、『老人は、老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする。2 老人は、その希望と能力とに応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする。』と定めており、戦後の混乱期に、高齢者が、健康を保持し、社会活動へ参加し、仕事に従事する機会を持つものと定めた。さらに、第五条の三で、『老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターを老人福祉施設』として定め、第二十条の六で、軽費老人ホームの目的を、『無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与すること』としており、設置当初の軽費老人ホームは、家庭環境や住宅事情、経済状況などの理由から居宅において生活することが困難で、生活障害に応じた生活支援サービスや介護サービスを利用すれば自立した生活が維持できる低所得者向けの施設として運営する、軽費 A 型（現 A 型）として運営されていた。

ところが、昭和 46 年には、当時の住宅政策の 1 つとして、軽費 A 型から食事サービスを抜き、介護職員も配置されていない、より住居の比重が大きい施設として軽費 B 型（現 B 型）を設置した。

その後、平成元年には、A 型や B 型のような所得や家庭環境よりも、むしろ住宅面に重点をおき、「安心して生活を営める住まい」として食事その他日常生活上必要な便宜を提供する施設で介護職員は A 型よりも少なく、必要な介護は外部サービスを利用する、C 型（現ケアハウス型）が設置された。

更に、平成 12 年から始まった介護保険制度により、介護サービスにおいては、それまでの措置制度から契約制度へと変わり、介護保険制度では、住まいと介護等のケアサービスをあわせて提供する「特定施設」が提供する介護サービスについて、「特定施設入居者生活介護」として保険給付の対象となっており、現在では、軽費老人ホームの多くが、特定施設入居者生活介護を算定するケアハウス（以下、特定型ケアハウス）として運営されている。

### 3-2. 高齢者の住まいについて

神戸市高齢者居住安定確保計画第2版によると、高齢期の住まいに関する施策と介護保険の住まいに関わる施策をあわせて、それらを集約化し定めており、高齢者向けの住まい（住宅と施設）及び「高齢者に配慮した仕様で整備している市営住宅」の状況（平成28年度末時点）では、住宅として①サービス付き高齢者住宅②シルバーハウジング（市営＋県営）③高齢者向け優良賃貸住宅④高齢者世帯向住宅（市営）とし、施設・居住系サービスとして、④認知症高齢者グループホーム⑤有料老人ホーム⑥軽費老人ホーム・ケアハウス⑦養護老人ホームと7分類しており、高齢者の住まいについて定義している。（表1）

表1 高齢者に配慮した仕様で整備している市営住宅（平成28年度）

住宅 (戸)	サービス付き高齢者住宅	3,363	17%
	シルバーハウジング	2,378	12%
	高齢者向け優良賃貸住宅	757	4%
	高齢者世帯向け住宅	928	5%
	小計	7,426	38%
居住系 サービス (床)	認知症高齢者グループホーム	2,286	12%
	有料老人ホーム	7,496	39%
	軽費老人ホーム・ケアハウス	1,624	8%
	養護老人ホーム	551	3%
	小計	11,957	62%
合計		19,383	100%

平成28年の整備数からみてもケアハウスは居住系サービスの全体の8%にしかすぎない。表2は、2025年までの整備人数を示したものである。特定施設は、右肩上がりでの整備数を増やしているが、全体の割合で見ると図1のように令和2年度の27%をピークに以降年々減っていき令和7年度には全体の23%の整備が見込まれている。

表 2 2025 年までの施設整備人数

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度
介護老人福祉施設	5,127	5,381	5,700	6,252	6,606	6,783	7,212
小規模介護老人福祉施設	607	640	644	710	750	770	819
介護老人保健施設	4,785	4,789	4,855	4,920	5,167	5,291	5,540
介護医療院	301	348	380	385	393	400	413
小計	10,820	11,158	11,579	12,267	12,916	13,244	13,984
認知症高齢者グループホーム	2,285	2,357	2,407	2,602	2,835	2,950	3,180
特定施設入居者生活介護	4,710	4,878	5,121	5,131	5,140	5,150	5,168
小計	6,995	7,235	7,528	7,733	7,975	8,100	8,348
施設・居住系サービス合計	17,815	18,393	19,107	20,000	20,891	21,344	22,332

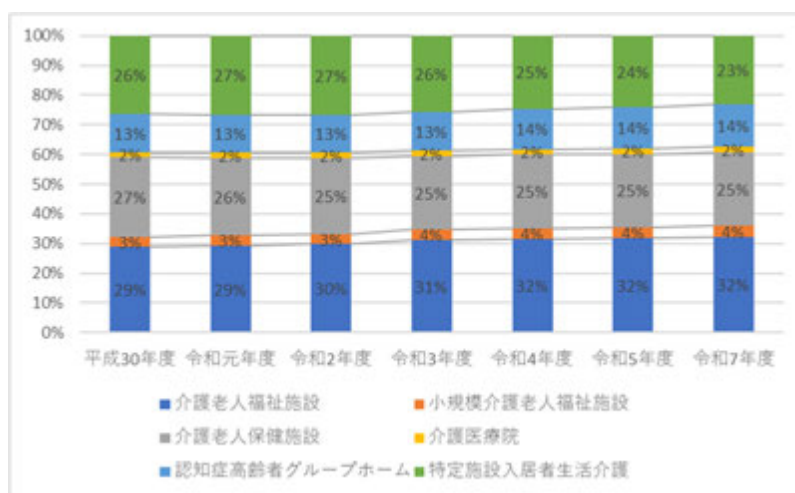


図 1 2025 年までの施設整備割合

### 3-3. 神戸市の人口動態

神戸市の人口は令和 2 年 9 月末時点で 152 万人であった。高齢化率は 28.8%と日本の平均人口とほぼ同じであった。行政区別の人口を示したものが表 1 である。区によって高齢化率は大きく異なり、生産人口が多い中央区で最も低く 23.4%で、北区で最も高い 31.9%となっていた。(表 3)

表3 神戸市の65歳以上人口

	65歳以上人口	65歳以上比率
東灘区	53,579	25.4%
灘区	33,833	25.6%
中央区	32,685	23.4%
兵庫区	30,116	27.5%
長田区	31,320	32.7%
須磨区	51,665	32.9%
垂水区	65,171	30.5%
西区	68,439	29.2%
北区	67,213	31.9%
神戸市	434,021	28.8%

次に、神戸市内にある在宅系のホームの数である。在宅系ホームは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅（以下サ高住）、ケアハウスの3種類とし、それぞれ特定型とそうでない住宅型に分類して、区別に比較した。（表4）

表4 神戸市内のホーム数

	東灘区		灘区		中央区		兵庫区		長田区		須磨区		垂水区		北区		西区		神戸市内	
有料特定	14	43.8%	10	52.6%	7	31.8%	2	20.0%	1	5.3%	9	36.0%	17	38.6%	4	11.4%	9	30.0%	73	30.9%
有料	3	9.4%	2	10.5%	3	13.6%	2	20.0%	0	0.0%	1	4.0%	5	11.4%	4	11.4%	1	3.3%	21	8.9%
サ高住特定	1	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	3	1.3%
サ高住	9	28.1%	5	26.3%	11	50.0%	4	40.0%	15	78.9%	12	48.0%	17	38.6%	19	54.3%	15	50.0%	107	45.3%
ケアハウス特定	5	15.6%	2	10.5%	1	4.5%	2	20.0%	1	5.3%	2	8.0%	5	11.4%	6	17.1%	4	13.3%	28	11.9%
ケアハウス	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	4.0%		0.0%	1	2.9%	1	3.3%	4	1.7%
ホーム数	32	100.0%	19	100.0%	22	100.0%	10	100.0%	19	100.0%	25	100.0%	44	100.0%	35	100.0%	30	100.0%	236	100.0%

図2はホームの分類であり、神戸市内で最も多いのはサ高住であった。その次に多いのは特定型有料であった。図3に示す通り、区別に見ると、兵庫区のホーム数が最も少なく、垂水区が最も多い、東灘区と灘区は、サ高住より特定型有料のほうが多いことがわかった。

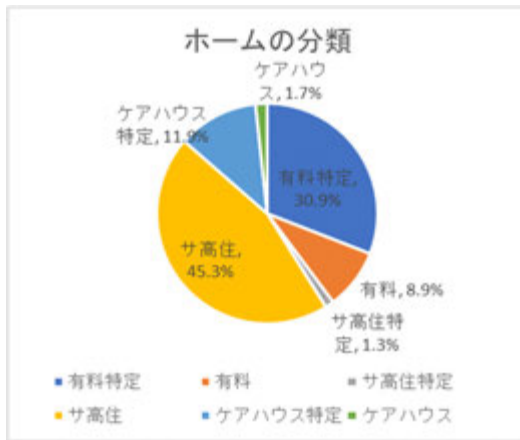


図2 神戸市のホームの分類



図3 神戸市のホームの分類（区別）

次に、区別のホーム数を示したものが表5、図4である。

表5 65歳以上人口とホーム数

	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	長田区	須磨区	垂水区	北区	西区	神戸市内
有料特定	14	10	7	2	1	9	17	4	9	73
有料	3	2	3	2	0	1	5	4	1	21
サ高住特定	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3
サ高住	9	5	11	4	15	12	17	19	15	107
ケアハウス特定	5	2	1	2	1	2	5	6	4	28
ケアハウス	0	0	0	0	1	1		1	1	4
ホーム数	32	19	22	10	19	25	44	35	30	236
65歳以上人口	53,579	33,833	32,685	30,116	31,320	51,665	65,171	68,439	67,213	434,021
人口1万人当たり	0.6	0.6	0.7	0.3	0.6	0.5	0.7	0.5	0.4	0.5



図4 65歳以上人口とホーム数

人口1万人あたりに換算すると、在宅系施設数は神戸市全体が0.5となり、兵庫区は少なく、中央区と垂水区では過剰であると分かった。

表6は介護保険受給人口を示したものである。

表6 区別介護保険認定人口

	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	長田区	須磨区	垂水区	北区	西区	神戸市内
要支援1	2,595	1,379	1,332	1,461	1,878	2,371	3,480	2,749	2,467	19,712
要支援2	2,196	1,538	1,541	1,755	1,908	2,257	2,745	2,420	2,353	18,713
要介護1	2,118	1,286	1,215	1,319	1,296	1,799	2,457	2,290	2,191	15,971
要介護2	1,517	1,084	995	1,145	1,122	1,337	1,664	1,861	1,707	12,432
要介護3	1,231	842	917	929	920	1,167	1,477	1,520	1,434	10,437
要介護4	1,393	943	876	866	926	1,127	1,639	1,581	1,475	10,826
要介護5	893	593	561	605	645	765	1,056	969	964	7,051
介護保険認定者数	11,943	7,665	7,437	8,080	8,695	10,823	14,518	13,390	12,591	95,142

このデータからは、認定人口でみた場合、最も認定人数が多いのは垂水区であり、最も少ないのは中央区である。介護保険認定者は特定施設サービスを受給することができるため、区別の特定施設を示したものが表7である。

表7 区別特定施設ホーム数

	東灘区		灘区		中央区		兵庫区		長田区		須磨区		垂水区		北区		西区		神戸市内	
有料特定	14	70%	10	83%	7	88%	2	50%	1	33%	9	82%	17	77%	4	36%	9	69%	73	70%
サ高住特定	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	1	9%	0	0%	3	3%
ケアハウス特定	5	25%	2	17%	1	13%	2	50%	1	33%	2	18%	5	23%	6	55%	4	31%	28	27%
ホーム数	20	100%	12	100%	8	100%	4	100%	3	100%	11	100%	22	100%	11	100%	13	100%	104	100%

神戸市内の特定施設のホーム数の割合をみると、ケアハウスが約30%、ケアハウス以外の特定型が約70%であることが分かった。灘区、中央区、須磨区、垂水区では、有料



特定が 70%以上で神戸市の平均以上であった。サ高住の特定型は神戸市内に 3 施設しかなくシェアは最も少ない。ケアハウス特定型は、北区が最も多く 55%で、長田区、西区も神戸市内の平均より多く 30%以上あった。中央区は、有料が 9 割弱を占めているため、ケアハウス特定は 1 施設しかない。区によつての差があるため、地価に影響されているかを調べたものを表 8 に示す。地価平均が最も高い区が中央区で 293 万円、最も低い区が北区で 19 万円であった。地価に相応してより費用が高額な有料特定割合が高い。

表 8 区別の有料特定の割合と地価平均

	有料特定割合	地価平均
中央区	88%	293万
灘区	83%	109万
東灘区	70%	103万
兵庫区	50%	70万
須磨区	82%	52万
長田区	33%	50万
垂水区	77%	39万
西区	69%	20万
北区	36%	19万

図 5 は、高齢者向け住まいの定員を示したものである。軽費老人ホームは 2005 年から 2019 年までほぼ横ばいであるのに対し、有料老人ホームは 2011 年から急激に右肩上がりに定員数を増やしており、2019 年には特養を抜いて高齢者の住まいとして最も多い施設となった。サ高住は 2013 年設置当初から、右肩上がりで施設数を伸ばしており、2019 年にはケアハウスの 2 倍の定員数となり、グループホームに迫る勢いで増加している。

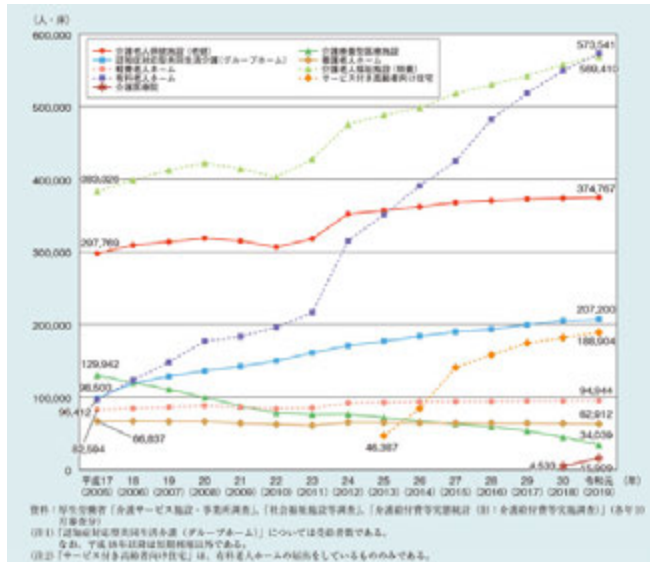


図5 高齢者向け住まいの定員 (令和3年版高齢社会白書より引用)



図6 神戸市内特定施設受給者数

図6は神戸市内の特定施設の受給者数を経年で示したグラフである。平成26年以降右肩上がりで増加しており、令和2年時点では、4,885名が特定施設入居者生活介護のサービスを利用している。この年度の神戸市全体の認定者数が91,144名であるため、介護保険受給者全体の約5%程度が特定施設入居者生活介護のサービスを利用していることがわかった。また、特定施設の利用率を整備床数から推計すると、令和2年9月時点の特定型ケアハウスの整備床数1,623床であり、この年度の特定型ケアハウスの稼働率が平均90%であるため、約3,400名が特定型ケアハウス以外の特定施設を利用

していると推計した。この結果より、特定施設を選んだ人の約 30%がケアハウスを利用しており、約 70%の人が有料老人ホームまたは、サービス付き高齢者住宅を利用していることがわかった。

#### 3-4. 特定施設入居者生活介護型ケアハウスの地域包括ケアシステム内の位置づけ

井上(2012年)は、地域包括ケアシステムとは「住居の種別にかかわらず、おおむね 30 分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを 24 時間 365 日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続できる体制」を指すので、地域包括ケアシステムの実現においては、ニーズに応じた住宅が保障されていることが前提となると述べている。地域包括ケアシステムにおいて、医療、介護、生活支援サービスの 3 つが想定されているが、井上(2012年)は、特別な住居におけるサービスの特徴から、看護を医療から独立させたうえで医療、看護、介護、生活支援サービスの 4 つで標記したものを図 7 のように示している。

概要は施設系サービスでは、特別養護老人ホームのように、入居者は必要なサービスを施設内で提供される、いわゆる介護が内付けで付帯されているが、医療・看護・リハビリテーションの付帯のさせ方は施設種別によって異なる。老人保健施設では医療・看護・リハビリテーションのいずれもが内付けで付帯されているが、包括報酬ゆえに適切なサービスが提供しにくいとの指摘がなされている。これらの内付け、外付けのサービスは各種の加算で個別ニーズに対応する方向にあり、人工透析等は老人保健施設では受け入れが経営上困難で、在宅医療の適用となる有料老人ホーム等で受け入れる傾向にあると述べており、医療度が高い人は、住宅型有料に住むといった複雑な状況を生じさせている。このように、住宅型介護サービスにおいて、医療サービスは外付けで行うことが多い。施設系に分類され、老健、特養の入居者と同じレベルのサービスを提供しており、医療以外のサービスは施設ケアに内包されている。図 8 に示すように、特定施設型ケアハウスは従来のケアハウスが担っていた住まいとしての役割だけでなく、看護・介護も提供する施設へと機能を変化させてきた経緯が読み取れる。<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 図 7 ではケアハウスは住宅系に分類されているが、これは従来型のケアハウスであり、今回対象としている特定施設型ケアハウスは図 7 の特定施設に該当する。

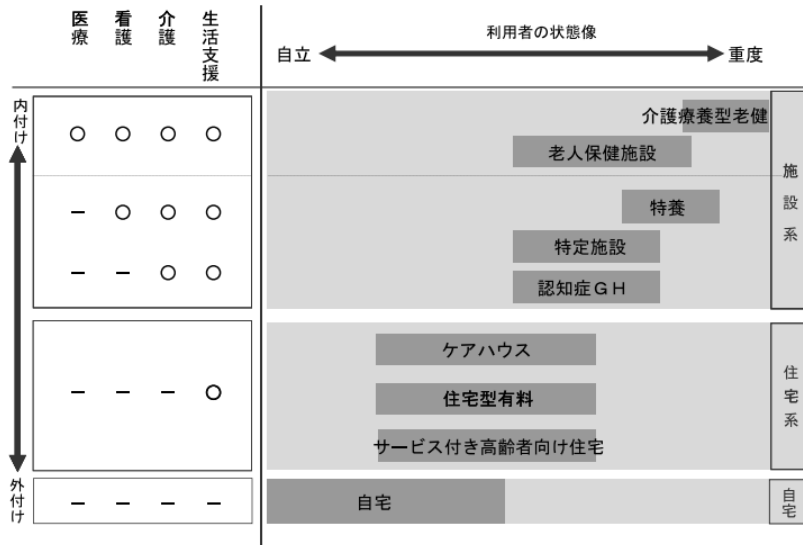


図7 建物種別とサービスの付帯のさせ方



図8 地域包括ケアシステムの姿（厚生労働省、福祉・介護、地域包括ケアシステム、平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書引用）

#### 4. 特定施設入居者生活介護型のケアハウスについて

##### 4-1. 特定施設入居者生活介護の介護報酬と加算項目について

特定施設の介護報酬は、図9に示すように、要介護度に応じた月額固定の包括報酬

が基本報酬となり、事業所の人員配置等の条件を満たした場合に算定できる加算や満たしていない場合に起こる減算項目からなる。加算項目は、介護予防受給者と、要介護受給者では加算項目が異なること、また、1日単位の加算や1月単位の加算があること、実施加算であること、体制加算であることなど様々な条件がある。なお、介護報酬については、実績請求であるため、入院や外泊でサービスを提供していない日は請求できない。

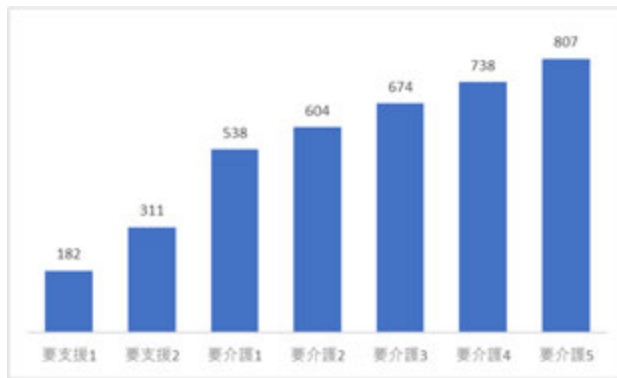


図9 特定施設入居者生活介護の介護報酬（1日当たり）

表9 介護予防の場合の加算項目

35	6304	予防特定施設身体拘束禁止未実施減算1	身体拘束禁止未実施減算	介護予防特定施設入居者生活介護費	要支援1	18 単位減算	-18
35	6305	予防特定施設身体拘束禁止未実施減算2	身体拘束禁止未実施減算	介護予防特定施設入居者生活介護費	要支援2	31 単位減算	-31
35	4001	予防特定施設生活機能向上連携加算1	生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(1)(原則3月に1回実施)	要支援1	100 単位加算	100
35	4002	予防特定施設生活機能向上連携加算1	生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(2)	要支援2	200 単位加算	200
35	4003	予防特定施設生活機能向上連携加算2	生活機能向上連携加算	個別機能訓練加算を算定している場合	要支援1	100 単位加算	100
35	6003	予防特定施設個別機能訓練加算1	個別機能訓練加算	個別機能訓練加算(1)	要介護1	12 単位加算	12
35	6004	予防特定施設個別機能訓練加算2	個別機能訓練加算	個別機能訓練加算(2)	要介護2	20 単位加算	20
35	6109	予防特定施設若年性認知症受入加算	若年性認知症入居者受入加算			120 単位加算	120
35	6123	予防特定施設医療機関連携加算	医療機関連携加算			80 単位加算	80
35	6122	予防特定施設口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理体制加算			30 単位加算	30
35	6201	予防特定施設口腔ケア実施スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(6月に1回実施)			20 単位加算	20
35	6361	予防特定施設科学的介護推進体制加算	科学的介護推進体制加算			40 単位加算	40

特定施設身体拘束禁止未実施減算1	身体拘束禁止未実施減算	特定施設入居者生活介護費	要介護1	18 単位減算	-18
特定施設身体拘束禁止未実施減算2	身体拘束禁止未実施減算	介護予防特定施設入居者生活介護費	要介護2	31 単位減算	-31
特定施設身体拘束禁止未実施減算3	身体拘束禁止未実施減算	介護予防特定施設入居者生活介護費	要介護3	67 単位減算	-67
特定施設身体拘束禁止未実施減算4	身体拘束禁止未実施減算	介護予防特定施設入居者生活介護費	要介護4	74 単位減算	-74
特定施設身体拘束禁止未実施減算5	身体拘束禁止未実施減算	介護予防特定施設入居者生活介護費	要介護5	81 単位減算	-81
特定施設入居継続支援加算Ⅰ	入居継続支援加算	入居継続支援加算(1)		28 単位加算	28
特定施設入居継続支援加算Ⅱ	入居継続支援加算	入居継続支援加算(2)		22 単位加算	22
特定施設生活機能向上連携加算1	生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(1)(原則3月に1回実施)		100 単位加算	100
特定施設生活機能向上連携加算1	生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(2)		200 単位加算	200
特定施設生活機能向上連携加算2	生活機能向上連携加算	個別機能訓練加算を算定している場合		100 単位加算	100
特定施設個別機能訓練加算1	個別機能訓練加算	個別機能訓練加算(1)		12 単位加算	12
特定施設個別機能訓練加算2	個別機能訓練加算	個別機能訓練加算(2)		20 単位加算	20
特定施設ADL維持等加算Ⅰ	ADL維持等加算	ADL維持等加算(1)		30 単位加算	30
特定施設ADL維持等加算Ⅱ	ADL維持等加算	ADL維持等加算(2)		60 単位加算	60
特定施設夜間看護体制加算	夜間看護体制加算			10 単位加算	10
特定施設若年性認知症受入加算	若年性認知症入居者受入加算			120 単位加算	120
特定施設医療機関連携加算	医療機関連携加算			80 単位加算	80
特定施設口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理体制加算			30 単位加算	30
特定施設口腔ケア実施スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(6月に1回実施)			20 単位加算	20
特定施設科学的介護推進体制加算	科学的介護推進体制加算			40 単位加算	40

## 4-2. 特定型ケアハウスの自己負担項目について

特定型ケアハウスにおいては、介護報酬以外に以下の自己負担金がある。

1. 居住費・・・居住費に該当。一括や分割、様々な支払い方法を任意で設定できる。居住費の決定は、建築費用から決定する。神戸市内のケアハウスでは、17,000 円から74,000 円で設定されていた。
2. 生活費・・・食費と共用部分光熱費に該当。公定価格で、46,090 を上限とすると定められている。
3. サービス提供にかかる費用（旧事務費）・・・施設維持管理費・人件費の一部に該当し、公定価格である。前年度の所得により減免措置あり。
4. 水道光熱費・・・電気・水道・冷暖房費に相当。各居室にメーターをつけ実績請求している施設と、施設で価格設定し固定料金を徴収している施設がある。
5. 冬期加算・・・11 月から3月の割り増し費用。
6. 介護費（手厚い介護費）・・・看護・介護職員を増員し、人員配置が手厚い場合の介護サービス料。※常勤換算により利用者2名に対し職員1名の配置している場合徴収できる。施設により設定は様々で、介護度変動スライド方式をとっている施設もあれば、介護度によらず固定方式をとっている施設もある。
7. その他の費用・・・理美容、日常生活消耗品、洗濯費、寝具・リネン、通信費、外出生活援助、追加入浴など。

自己負担項目では、2、4、5、7 は実績請求なので入院時や外泊時のサービスを利用していない日は請求できないが、その他については、サービスを利用しなくても固定費として請求できる。

## 4-3. 神戸市内の特定型ケアハウスの事業所分析と財務分析

WAMNET に財務諸表が公開されている神戸市内の特定型ケアハウスは 28 施設あったが、そのうち5施設は併設事業と財務諸表が一括されており、1施設は令和4年度開設のため財務諸表が掲載されていなかったため、22施設を対象に分析を行った。また、それぞれの指標を WAM Research Report 2021 年度軽費老人ホーム（ケアハウス）の経営状況をベンチマーク（以下 BM）とし比較を行うことにした。なお、WAM Research Report 2021 年度軽費老人ホーム（ケアハウス）における特定型ケアハウスの事業所数は 267 施設である。

#### 4-3-1. 黒字、赤字施設

令和3年度のサービス活動収益増減差額が黒字の施設は、表10に示す通り、12施設あり、赤字の施設は10施設であった。黒字施設が55%、赤字施設が44%であり、BMの特定型ケアハウスの赤字施設割合は36.7%であり、神戸市の特定型ケアハウスの赤字率はこれを上回っていることが分かった。また、サービス活動収支増減差額比率については表10に示す通り、神戸市の特定型ケアハウスは0.9%であり、BMより3.3ポイント下回っていることが分かった。

次に、黒字施設12施設のみ比率の平均をとると7.9%となり、BMが9.8%であることから黒字施設についても約2ポイント下回っていた。赤字施設10施設については△4.4%であり、BM△6.1%より1.7ポイント上回っており、全体についての差異は黒字施設の影響が大きいことが分かった。

表10 黒字施設と赤字施設のサービス収支増減差額とその比率 n=22

全体計	サービス活動収支増減差額	増減差額比率	BM	差異
		3,959,616	0.9%	4.2%

黒字施設	サービス活動収支増減差額	増減差額比率
A	82,974,210	19.9%
B	75,221,366	15.4%
C	40,187,187	16.7%
D	26,190,028	6.3%
E	15,171,868	8.9%
F	12,821,812	3.7%
G	12,113,373	7.6%
H	10,687,855	4.1%
I	8,496,282	7.2%
J	7,091,993	2.0%
K	4,284,405	1.9%
L	1,707,038	1.1%
計	24,745,618	7.9%
BM		9.8%
差異		-1.9

赤字施設	サービス活動収支増減差額	増減差額比率
M	-1,726,759	-0.8%
N	-2,633,891	-2.2%
O	-2,894,828	-1.1%
P	-3,465,194	-1.6%
Q	-7,130,472	-3.4%
R	-12,092,086	-4.7%
S	-24,924,912	-6.2%
T	-33,006,257	-3.7%
U	-36,111,262	-20.5%
V	-85,850,209	-30.0%
計	-20,983,587	-7.4%
BM		-6.1%
差異		-1.3

#### 4-3-2. 定員と稼働率

神戸市の特定型ケアハウスの定員の平均は、60.2名で、BMが46.8名であり、神戸市の定員数が多い。また、神戸市の黒字施設の定員数の平均は51.8で、BMが46.2名、赤字施設の定員数は神戸市が55.1名に対し、BMが47.8名となっていた。稼働率については、黒字施設はBMより1.75ポイント高かったが、赤字施設はBMよりさらに約2.74ポイント下回っていることが分かった。また、赤字施設と黒字施設を比較すると約10ポイントの差があり、稼働率が高いと、収益も高くなるという当然の結果を示していた。

表 11 黒字施設と赤字施設の定員と稼働率

黒字施設名	定員	稼働率	赤字施設名	定員	稼働率
A	100	98.0	M	33	95.0
B	120	100.0	N	60	78.0
C	48	100.0	O	60	94.1
D	100	96.0	P	46	100.0
E	30	100.0	Q	36	99.9
F	60	91.7	R	90	57.8
G	30	93.3	S	36	87.8
H	80	70.0	T	80	98.0
I	30	99.0	U	50	78.0
J	70	98.6	V	60	60.0
K	24	91.6	計	55.1	84.86
L	30	100.0	BM	47.8	87.6
計	60.2	94.85	差異	7.3	-2.74
BM	46.2	93.1			
差異	14	1.75			



### 4-3-3. 立地、アクセス、競合分析

まず、区別の黒字、赤字分析を行ったところ表 12、図 10 の通りとなり、中央区と長田区では、赤字施設はなく、灘区は黒字施設がないことが分かった。

表 12 区別の黒字赤字施設数とその割合 (n=22)

	東灘区		灘区		中央区		兵庫区		長田区		須磨区		垂水区		西区		北区	
黒字	3	75%	0	0%	1	100%	1	50%	1	100%	1	50%	1	33%	1	33%	3	75%
赤字	1	25%	2	100%	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%	2	67%	2	67%	1	25%
合計	4	100%	2	100%	1	100%	2	100%	1	100%	2	100%	3	100%	3	100%	4	100%

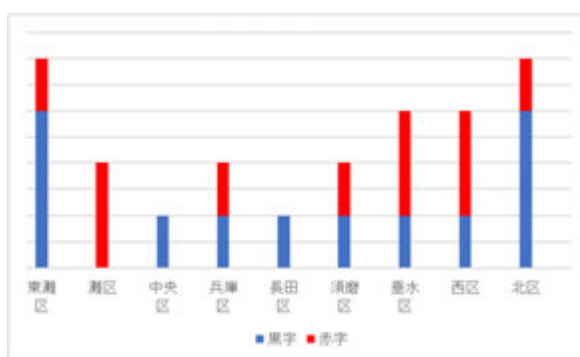


図 10 区別の黒字赤字施設数とその割合 (n=22)

次に、アクセス分類を行った。神戸市公表データの最寄り駅ごとに、最終利用路線ごとに分類したものが表 13 である。

表 13 アクセス分類 (n=22)

最寄り路線	黒字	赤字	総数	黒字率
JR	3	0	3	100%
阪神	0	1	1	0%
ポータライナー	1	1	2	50%
山陽	1	1	2	50%
神鉄	3	0	3	100%
山陽バス	1	2	3	33%
市バス	3	3	6	50%
神姫バス	0	2	2	0%

JR、神鉄沿線では、黒字率が 100%であり、神姫バス沿線では赤字率が 100%であった。また、電車とバスで比較した際、黒字施設は 67%が電車利用で、赤字施設の 70%がバス利用の施設であった。

また、競合施設に対する分析を任意の 10 施設 (A~L 黒字 5 施設、O~U 赤字 5 施設) に対し行ったものが表 14 である。

表 14 競合施設分類 (n=10)

施設名	距離	種別	距離	種別	距離	種別
A	1 km	サ高住	2.2km	特定型有料	2.4km	特定型有料
B	2.3km	特定型有料	2.6km	サ高住	4.6km	特定型有料
C	750m	特定型ケアハウス	750m	サ高住	1km	特定型サ高住
D	2.3km	特定型ケアハウス	2.3km	特定型有料	3.8km	サ高住
L	1.1km	サ高住	2.5km	サ高住	3km	特定型有料
O	270m	特定型ケアハウス	2.6km	特定型有料	3.4km	特定型有料
P	900m	特定型有料	1.6km	特定型有料	1.6km	特定型有料
R	400m	サ高住	650m	サ高住	1.9km	特定型有料
S	600m	サ高住	1.4km	有料	1.5km	特定型ケアハウス
U	6.7km	有料	7km	特定型ケアハウス	8.6km	特定型有料

赤字施設では直径 1km 以内に、サ高住、有料、ケアハウスが存在しているケースが多いことが分かった。黒字施設では 1km 以上の場合が多く、阪神間で 1km 以上の場合は電車沿線であれば 1 駅以上の距離があり、黒字施設は競合施設が少ないといえる。

#### 4-3-4. 介護度分析

黒字施設 12 施設の平均介護度の平均値は 2.15、中央値は 2.11 であり赤字施設 10 施設の平均介護度の平均値は 2.02、中央値は 1.95 であった。BM は黒字 1.95、赤字 1.91 でいずれも BM を上回っている。

表 15 黒字施設の介護度 (n=12)

黒字	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	全体の割合												
自立	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%												
要支援1	9	10%	16	13%	1	2%	15	16%	2	5%	6	11%	1	4%	8	14%	1	3%	5	7%	2	9%	0	0%	10%
要支援2	15	17%	15	13%	3	6%	12	13%	5	14%	3	5%	0	0%	8	14%	4	13%	7	10%	2	9%	3	10%	12%
要介護1	28	32%	37	31%	8	17%	22	23%	9	24%	10	18%	8	29%	15	27%	8	27%	18	26%	4	18%	2	7%	26%
要介護2	13	15%	15	13%	11	23%	15	16%	7	19%	6	11%	6	21%	11	20%	7	23%	9	13%	6	27%	7	23%	16%
要介護3	12	14%	23	19%	9	19%	14	15%	9	24%	18	33%	3	11%	3	5%	6	20%	10	14%	3	14%	4	13%	17%
要介護4	6	7%	9	8%	8	17%	11	12%	3	8%	5	9%	4	14%	5	9%	3	10%	10	14%	3	14%	12	40%	11%
要介護5	4	5%	5	4%	8	17%	6	6%	2	5%	6	11%	6	21%	1	2%	1	3%	10	14%	2	9%	2	7%	7%
総数	87		120		48		95		37		55		28		56		30		69		22		30		607
平均介護度	1.64		1.74		2.72		1.88		2.02		2.35		2.69		1.38		1.96		2.33		2.20		2.90		2.15

表 16 赤字施設の介護度(n=10)

赤字	M		N		O		P		Q		R		S		T		U		V		全体の割合
自立	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
要支援1	5	11%	2	12%	8	11%	10	22%	4	11%	7	13%	5	18%	6	10%	3	8%	1	3%	12%
要支援2	4	9%	1	6%	16	22%	5	11%	2	6%	3	6%	2	7%	6	10%	5	13%	2	6%	11%
要介護1	12	26%	6	35%	28	38%	12	26%	8	22%	14	27%	10	36%	21	35%	4	10%	7	20%	28%
要介護2	11	23%	1	6%	8	11%	5	11%	5	14%	10	19%	5	18%	13	22%	7	18%	3	9%	16%
要介護3	7	15%	2	12%	6	8%	8	17%	7	19%	10	19%	3	11%	4	7%	9	23%	9	26%	15%
要介護4	7	15%	5	29%	6	8%	5	11%	7	19%	6	12%	3	11%	6	10%	4	10%	5	14%	12%
要介護5	1	2%	0	0%	2	3%	1	2%	3	8%	2	4%	0	0%	4	7%	7	18%	8	23%	6%
総数	47		17		74		46		36		52		28		60		39		35		434
平均介護度	1.94		2.07		1.42		1.67		2.34		1.96		1.56		1.79		2.54		2.89		2.02

図 11 は収支差額順に施設の平均介護度を示したものである。左側が黒字施設、右側が赤字施設であり、黒字 12 施設の介護度の平均である 2.15 に赤字 10 施設の介護度の平均である 2.02 にオレンジのラインをひいた。黒字・赤字とも介護度平均を下回っている A、B の収支差額が高く、介護度平均が大きく上回っている U、V の収支差額が低かった。

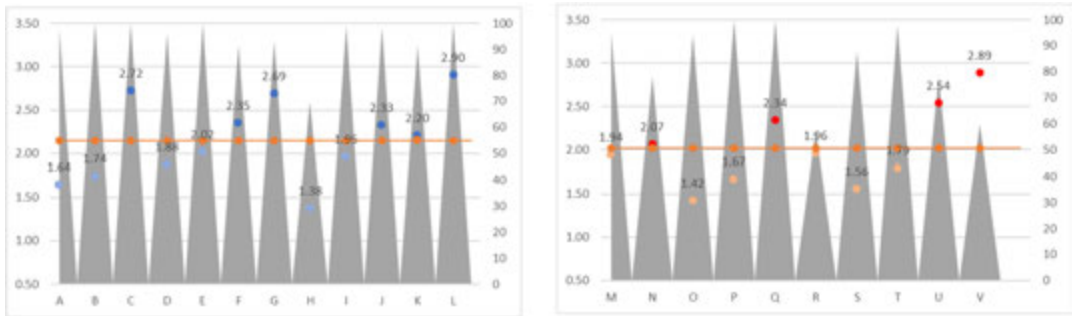


図 11 収支増減差額順平均介護度と稼働率 (n=22)

#### 4-3-5. コスト分析

表 17 は黒字、赤字施設それぞれのコストについて分析を行った。厚生労働省の社会福祉法人経理マニュアルによると、事業費は施設の利用者のために直接用した経費で、事務費は本部及び施設の運営事務のために用した経費のことを指す。黒字施設の人件費比率の平均値が 60%であるのに対し、赤字は 10 ポイント以上高い、71%であった。そこで、黒字施設と赤字施設の平均の差の検定を行った結果、表 18 より、P=0.01 となり、黒字施設と赤字施設における人件費は有意に差があることが分かった。

表 17 コスト分析(黒字:n=12、赤字:n=10)

黒字	人件費率	事業費率	事務費比率	サ活費用比率
A	52%	20%	3%	80%
B	45%	17%	11%	85%
C	67%	8%	4%	83%
D	61%	18%	10%	94%
E	58%	13%	15%	91%
F	61%	14%	10%	96%
G	62%	12%	10%	92%
H	55%	7%	20%	96%
I	60%	14%	10%	93%
J	63%	13%	14%	98%
K	69%	16%	8%	98%
L	64%	12%	9%	99%
平均値	60%	14%	10%	92%
中央値	61%	13%	10%	93%

赤字	人件費率	事業費率	事務費比率	サ活費用比率
M	70%	13%	8%	101%
N	63%	20%	11%	102%
O	64%	15%	13%	101%
P	69%	13%	11%	102%
Q	65%	18%	13%	103%
R	66%	8%	16%	105%
S	69%	8%	6%	106%
T	68%	12%	9%	104%
U	70%	22%	20%	120%
V	101%	17%	8%	130%
平均値	71%	15%	12%	107%
中央値	69%	14%	11%	104%

表 18 人件費比率に対する t 検定

t-検定: 等分散を仮定した 2 標本による検定

	人件費率	人件費率
平均	0.59803	0.70608
分散	0.00443	0.0122
観測数	12	10
プールされた分散	0.00792	
仮説平均との差異	0	
自由度	20	
t	-2.83493	
P(T<=t) 片側	0.00512	
t 境界値 片側	1.72472	
P(T<=t) 両側	0.01023	
t 境界値 両側	2.08596	

尚、同様の検定を事業費と事務費おいて行った結果、有意な差はないことが分かった。(表 19)

表 19 t 検定（事業費と事務費）

t-検定: 等分散を仮定した 2 標本による検定

t-検定: 等分散を仮定した 2 標本による検定

	事業費率	事業費率
平均	0.13587621	0.145507066
分散	0.00137846	0.002120319
観測数	12	10
プールされた分散	0.0017123	
仮説平均との差異	0	
自由度	20	
t	-0.5435694	
P(T<=t) 片側	0.2963729	
t 境界値 片側	1.72471824	
P(T<=t) 両側	0.5927458	
t 境界値 両側	2.08596345	

	事務費比率	事務費比率
平均	0.1041023	0.116328463
分散	0.0021155	0.001750448
観測数	12	10
プールされた	0.0019512	
仮説平均との	0	
自由度	20	
t	-0.6464165	
P(T<=t) 片側	0.2626794	
t 境界値 片側	1.7247182	
P(T<=t) 両側	0.5253588	
t 境界値 両側	2.0859634	

#### 4-3-6. インタビュー分析

これまでの運営、財務の結果をもとに、今回 2 施設の管理者に特定型ケアハウスのマネジメントについてインタビューを行った。(表 20) 質問は表の 7 項目で、その他の項目は当初想定していなかった質問項目を記した。

表 20 管理者インタビュー（2 施設）

質問内容	施設L（施設長）	施設P（施設長）
Q1. なぜケアハウスを建てたのか	特養対象者以外の受け入れ施設として	地域でオンリーワンの施設ということで当時なかったケアハウスを設立した。（特養と養護は既に法人内にあった。）また、要介護度の低い方のための住み家とも考えた。
Q2. 収入目標、費用目標、利益率目標の共有について	全職員が数字に強くなれるよう、財務諸表等は休憩室に置きいつでも閲覧できるようにしている。3年前からユニットごとに予算立てを行うようにし、皆で同じお財布をにぎっているという感覚を大切にしている。賞与も売り上げがないとでない、物も簡単には買えないということを身近なことで実感させている。リーダー以上は財務研修有。財務の読めない人は管理職になれないと法人で決まっているので、各種研修を行い財務が読めるようになってから管理職へ登用している。	最近になって 本部会議、経営管理会議を行うようになり、職員間の部署会議もなかったのが、行うようになった。3年前から中期目標を作り、システムを通して職員には2020年から周知しているが、3年ではまだ効果は見えていない。
Q3. 介護度目標は？	今は目標より介護度が高めになっている。	2.2にしているが届いていない。介護度が目標より低いことが赤字の原因の1つ。
Q4. 入院等を減らす工夫は？	施設でできるDIV等は施設で行い入院日数を減らすようにし、介護保険請求がなるべくフルになるようにしている。入居者でCVやIVHが必要になればなるべくとっている。	入院日数が455日あることも大きな赤字の要因。未然に防ぐために、訪問診療医の往診を月1~2回に増やした。少しずつ効果が出てきており、入居者の体調不良は、訪問診療医に状態報告し、投薬で済む場合は施設で経過診られるようになってきている。CVとIVHは外部で賄える範囲ならば受け入れるが、内部の看護師は行っていない。
Q5. 競合について	特定型サ高住、特定型優良になってきている。同施設内に同法人の特養があるが、ケアハウスを選んでくれている顧客が、介護度が高くなった時に住み替えたくないようなケアハウスの手厚さ、介護力を大切にしているため、特養と取り合うことはほほない。	特定型の有料がすぐそばにあり、満床となっている。そこが脅威。
Q6. 職員構成について	看護師は、常勤1名、非常勤1名、いずれも准看護師であり、正看護師が必要な加算もあるが、加算をとっても収益に見合わないため准看護師を採用している。	看護師常勤 2名、非常勤1名。（正看護師1、准看護師2名）介護は、常勤22名で、非常勤は0名。非常勤を雇用したいのだが、立地的に常勤しか集められない。
Q7. その他	IT経営を推進している。開設当初から、兵庫県下初の眠りスキャン全室導入を試みている。また、今年度からインカムを導入し、コミュニケーションの円滑化をIT化で推進している。	施設長の判断で、ケアハウスではICTは行っていない。あえて人の手・目で介護をすることがケアハウスのモットー。

結果より、ケアハウス設置の理由は、いずれの施設も軽介護者の受入れのためであったこと、財務目標等を職員に周知していること、入院日数を減らし実人数を増やすマネジメントを行っていること、競合は、有料やサ高住であることでだと分かった。一方、相異している点は、財務目標の周知の方法の違い、目標介護度に達しているか否か、職員構成を費用対効果でマネジメントしているか否か、IT化を行っているか否かであることが分かった。

## 5. 考察

### 5-1. ケアハウスの歴史的背景の変遷における課題

図 7 から読み取れるように、設置当初、高齢者を低額な料金で生活させることを目的としていたケアハウスが、時代の変遷とともに、様々な形態を経て、現在のケアハウスになった。設置当初のケアハウスの目的に近い自立型のケアハウスは、現在神戸市には 4 施設しかなく、それ以外の施設はすべて介護や看護を包括した特定型ケアハウスである。そのため、特定型ケアハウスの顧客は、介護の必要な高齢者となり、ターゲットが変化している。インタビューを行った 2 施設の回答結果からもわかるように、軽介護者で老健や特養に入所できない高齢者をターゲットとして近年特定型ケアハウスが整備されてきた。

特定施設入居者生活介護の内包施設として、ケアハウスは地方公共団体、社会福祉法人、地方公共団体または社会福祉法人しか設置が認められておらず、一方、有料老人ホームやサ高住は設置主体が問われないことから、株式会社等の参入が容易であり、有料老人ホームやサ高住が右肩上がりに施設数が増加していることが要因であると考えられる。(図 5) そのため、特定型ケアハウスがターゲットにしてきた軽介護者は優位性を失い、その役割があいまいとなり、有意性を失い、ターゲットが特定型の場合と同じになった。(図 12) これらの背景により、特定型ケアハウスは設置側、利用者側にも明確にはわかりづらくなり、その特徴が示せなくなったことが課題として考えられる。

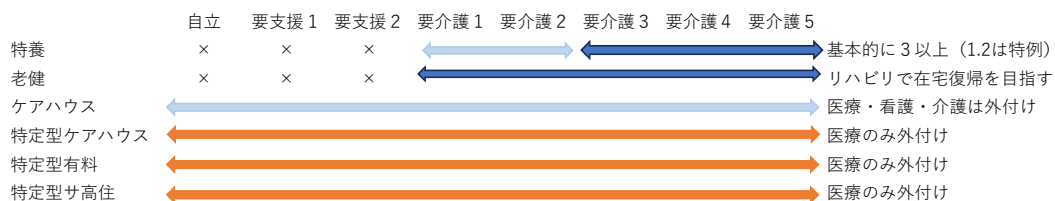


図 12 現在の高齢者の住まいの入居要件と特徴

## 5-2. 事業所分析と財務分析からのマネジメントの必要性

調査対象の施設の事業所分析である表 12.13、図 10 で示したように、立地やアクセスは、収益に大きな影響を与えておらず、上記課題や表 14 で示したとおり、競合との隣接が影響していることがわかった。とくに1km 圏内に競合施設があるケアハウスは、赤字になる可能性が高いということである。

次に、財務分析やインタビュー内容から赤字施設は人件費が高いことが示されており、資格や、雇用形態等を収益バランスに見合った配置を行うマネジメントが必要であり、インタビューをした施設 L では、特に加算項目に対しての人件費対効果の分析を行い、運営面でのコントロールをしていることがわかった。そのため、人員配置には、人件費を抑制できる雇用形態、必要資格の検討が必要である。

インタビューした 2 施設とも、ヒト、モノ、カネの視点から職員に研修を課しており、財務に関する情報公開、情報共有を行っていた。より、長期間おこなっている施設 L では、それらのマネジメントの結果が伴ってきており、新たに「お小遣い帳」と称する、グループ単位での裁量権を持つ費用決済ができる仕組みを活用することにより、職員に裁量と権限を与え自主的に経営参加をさせる教育を行っていた。それらのミドル職員の経営に関する意識を高めることで施設の黒字化を図っていた。これらのことより、ケアハウスの経営では、看護師資格配置の工夫、ケアハウスでどこまで支援するのかを決める処遇機能の明確化、職員の財務・運営意識の教育といった取り組みにより、職員全員で課題を共有し、解決していくことが黒字化に重要であると考えられる。

最後に、今回は、WAMNET を中心とした公開データで得られた情報から、特定型ケアハウスの分析を行った。一人当たりの利用単価など、入手できないデータもあった為、詳細な分析ができなかったこと、また、全体数が 22 施設であり、限られた地域での分析となったことから、広範囲な分析等による課題解決の方法を求めることが必要であると感じた。

## 5-3. 入院に対するマネジメントの必要性

図 11 で示した通り、A は稼働率が 100%に近く介護度は平均以下の 1.64 で収支差額割合は 20%であるため、介護度の上昇を抑えながら効率よく経営できている。また、H は、稼働率が 70%台で、平均介護度は低い黒字であり、この施設も効率よく経営できているが、H の場合、稼働率を上げれば収益が増加する可能性が高い。一方で P、Q、T は稼働率が 100%に近いにもかかわらず赤字である。

そこで、ほぼ同定員数である、黒字施設 C と赤字施設 P の利益を比較してみたところ

ろ、Cに比べPは利益が約3,000万円少ないと分かった。特に介護保険収入で比較したところ、CよりPは約1億円介護保険収入が少なかった。Cの特徴は平均介護度2.72とかなり高く稼働率も100%である。Pの特徴は平均介護度が1.67と低く稼働率が100%である。CとPを比較すると介護度平均に約1の差がある。C、Pの介護度の分布は図の通りであり、基本単位数をかけて稼働率100%で1年間の基本部分のみを比較してもCの方が単価の高い利用者が多い。

表 21 CとPの試算上の介護保険収入と実績

	単位数	C		P	
自立	0	0	0	0	0
要支援1	182	1	700,172	10	7,001,722
要支援2	311	3	3,589,344	5	5,982,241
要介護1	538	8	16,557,918	12	24,836,878
要介護2	604	11	25,560,132	5	11,618,242
要介護3	674	9	23,336,509	8	20,743,563
要介護4	738	8	22,713,278	5	14,195,799
要介護5	807	8	24,836,878	1	3,104,610
合計		48	117,294,232	46	87,483,054
加算			6,081,158		5,653,234
小計			123,375,390		93,136,288
処遇改善			10,116,782		7,637,176
特定処遇1					1,676,453
特定処遇2			1,480,505		
試算上の介護保険収入			134,972,677		102,449,917
介護保険実績			185,827,678		95,124,977
差異			50,855,001		-7,324,940

介護保険収入は、基本部分と加算部分から構成され、Cは、加算部分を入れて約185百万円の介護保険収入があり、Pは95百万円の介護保険収入があった。稼働率と加算項目、処遇改善交付金の予測値から試算上の介護保険収入は表19の青色部分となり、差異を取るとCは+50百万円、Pは-7百万円となった。この試算には、看取りや退去等実施に対する加算項目は含んでいないこと等より、Cには実際には試算より多くの加算が行われていたことが推察される。一方Pは試算より実績値の方が少ないことより、稼働率が100%であったにも関わらず予定通りの介護保険収入が得られていなかったことを示している。つまり、入院で介護保険が算定できなかった日があることを示しており、稼働率が100%と見せかけ上は満床でも、入院者が増えると介護保険収入が減少することを示している。従ってPの場合、入院者を減らし、毎日の介護保険の請求実人数を上げることが経営改善につながると考える。

以上のことから、特定型施設の入院マネジメントは収益増加に影響を与えるといえる。



## 謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の木下隆志教授より熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに感謝致します。また、施設見学などご協力を賜りました事業所の皆様ならびに介護マネジメントコースでご教授いただきました教員の皆様、そして共に学び多くの刺激と支援を頂いた同期の皆様を重ねて感謝申し上げます。

## 参考文献（引用文献含む）

- [1]井上由起子（2012）「地域包括ケアシステムにおける高齢者の住まいの考え方」、保健医療科学、Vo l. 61 No. 2、p. 119－124
- [2]森本有里・新城拓也・関本雅子・東川俊昭・新國雅史・大石麻利子・石川朗宏・榎村博之・置塩隆・岡田泰長・本庄昭（2015）、「神戸市内の高齢者福祉施設の看取りと終末期ケアに対する実態調査」、Palliative Care Research、10（1）、120-4
- [3]森本安紀・新井香奈子（2023）「サービス付き高齢者向け住宅に入居する高齢者の支援ニーズに関するスクーピングレビュー」人間看護学研究、21：39－45
- [4]松原健治（2021）「看護小規模多機能型居宅介護の経営に関する一考察—経営安定化のための要素分析—」、商大ビジネスレビュー、AUT、p. 139-176
- [5]瀧澤雄三（2007）、「特定施設入所者生活介護」の認定が及ぼすケアハウス入所者への影響について、小山工業高等専門学校研究紀要、第 39、137－144
- [6]瀧澤雄三（2005）、「ケアハウス入所者の身体状況と“特定施設入所者生活介護”認定動向に関する研究、小山工業高等専門学校研究紀要、第 37 号、209 - 216
- [7]瀧澤雄三・寺内剛敏ケアハウスの地域整備状況について-「特定」指定に有無別・都道府県市町村別整備状況-(2009)、小山工業高等専門学校研究紀要、第 41 号、157-164
- [8]金善泰・蘇甲秀・西出和彦（2006）、「特定施設型ケアハウスの実態と使われ方から見た整備の方向性に関する研究、日本建築学会計画系論文集、第 610 号、47-53
- [9] 瀧澤雄三・鶴飼孝英(2006)、「ケアハウス入所者の施設選択傾向とリロケーション意識について- G ホーム入所者のケーススタディー、小山工業高等専門学校研究紀要、第 38 号、139-146

## 引用ホームページ

- [1]内閣府、令和3年版高齢社会白書（全体版）  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1_2_2.html)  
（2023年7月29日アクセス）
- [2]厚生労働省老健局老人保健課、令和4年度介護事業経営概況調査結果  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/153-1/r04\\_gaikyoukekka.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/153-1/r04_gaikyoukekka.pdf)  
（2023年7月20日アクセス）
- [3]WAM Research Report、2021年度軽費老人ホーム（ケアハウス）の経営状況について  
[https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/230428\\_No001.pdf](https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/230428_No001.pdf)  
（2023年7月20日アクセス）
- [4]社保審一介護給付費分科会、第104回（H26.7.23）、資料2、平成27年度介護報酬改定に向けて（特定施設入居者生活介護等について）  
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000051823.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051823.pdf)  
（2023年7月16日アクセス）
- [5]社保審一介護給付費分科会、第179回（R2.7.8）、資料7、特定施設入居者生活介護  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000648154.pdf>  
（2023年7月16日アクセス）
- [6]社保審一介護給付費分科会、第193回（R2.11.16）、資料5、特定施設入居者生活介護の報酬・基準について  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000694873.pdf>  
（2023年7月16日アクセス）
- [7]神戸市、令和3（2021）～5（2023）年度、第8期神戸市介護保険事業計画 神戸市高齢者保健福祉計画  
[https://www.city.kobe.lg.jp/documents/14534/8ki\\_kaigokeikaku.pdf](https://www.city.kobe.lg.jp/documents/14534/8ki_kaigokeikaku.pdf)  
（2023年7月10日アクセス）
- [8]神戸市、第2期高齢者居住 安定確保計画（2018-2023）（改定版）  
[https://www.city.kobe.lg.jp/documents/26743/koureisya2honpen\\_kaitei.pdf](https://www.city.kobe.lg.jp/documents/26743/koureisya2honpen_kaitei.pdf)  
（2023年7月20日アクセス）
- [9]神戸市住まいの総合窓口、すまいるネット  
<https://www.smilenet.kobe-rma.or.jp/>

(2023年7月1日アクセス)

[10] 地価公示チェッカー

<https://tochi-value.com/hyogo/kita/>

(2023年8月3日アクセス)

[11] 軽費老人ホーム・ケアハウスのあり方に関する意見参考資料

<https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/303166/2.pdf>

(2023年8月19日アクセス)

[12] 厚生労働省、福祉・介護、地域包括ケアシステム

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

(2023年8月22日アクセス)