

特集

リビング・インダストリー② 高齢者市場としての医療・介護分野

1. はじめに

2000年の介護保険制度の導入により、それまで、特別養護老人ホームなどの3つの形態の施設を中心として、「措置制度（税負担）」により運営されていた高齢者介護・居所分野において、民間企業を含めた参入が認められるようになった。

例を見ない速さで進む日本の高齢化の進展により、老後を健康に安心して過ごせる環境づくりには、財政面、あるいはサービス供給体制面で、さらにち密で効率的な仕組み、民間の適正な参入が欠かせない。

平成24年版高齢社会白書によれば、平成23年10月1日現在、国内の総人口は1億2,780万人であった。65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,975万人（前年2,925万人）となり、総人口に占める割合（高齢化率）も23.3%（前年23.0%）で、どちらも過去最高を更新し続けている。

<2015年問題・2025年問題>

日本の少子化が進む中で、昭和22（1947）年から24（1949）年生まれのいわゆる「団塊の世代」が、2015年には高齢者とされる65才となる。「団塊の世代」は各年齢約240万人で、近年の年間出生数の2倍にあたり、一気に高齢化が加速する。

さらに、2025年には後期高齢者（75歳以上）となることにより、医療費など社会保障費の急増が懸念されるとともに、医療・介護施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切なサービスの提供と、それによる利用者のQOL（quality of life）すなわち個人の人生の質や社会的にみた生活の質の向上を図ることが課題となっている。

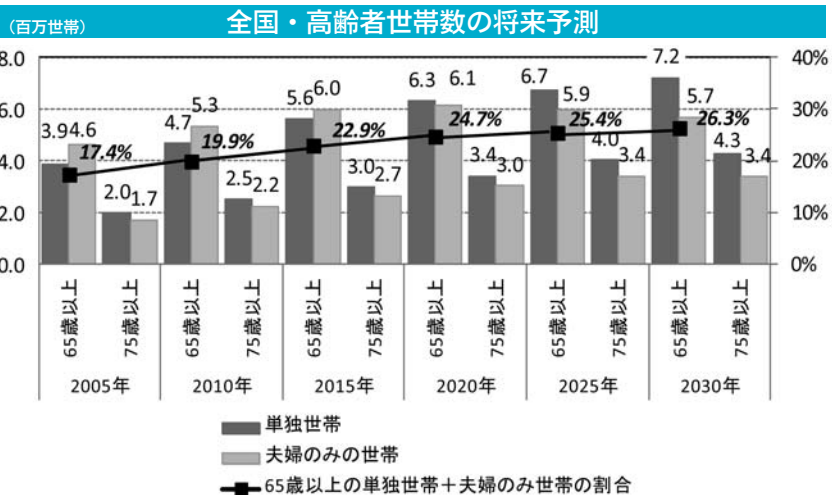
2. 世帯構造の変化

（1）高齢者世帯の増加

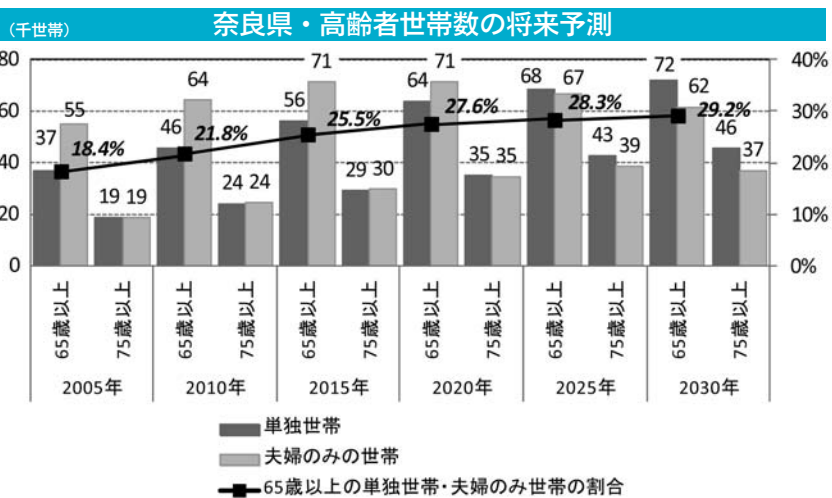
人口の高齢化と同時に、今後の急速な増加が予想されるのが、核家族化が進む中での高齢者の単独世帯と高齢者夫婦のみの世帯である。

全国の予測をみると、これらの世帯は2015年まで5年ごとに約150万世帯ずつ増加し、その後も2030年にかけて緩やかな増加が続く。

また、後期高齢者（75歳以上）の単独世帯と高齢者夫婦のみの世帯は、2005年の約370万世帯から、2025年には約740万世帯に倍増、その後も増加が続き、2030年には26.3%に達する。

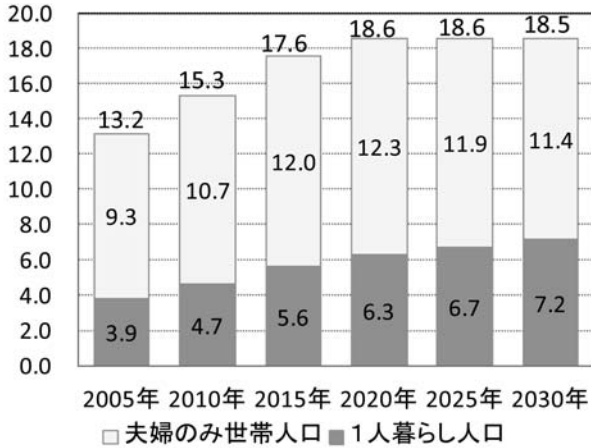


資料:「日本の世帯数の将来推計」(2009年12月推計) 国立社会保障・人口問題研究所



資料:「日本の世帯数の将来推計」(2009年12月推計) 国立社会保障・人口問題研究所

(百万人) 65歳以上単独・夫婦のみ世帯人口予測 (全国)



(2) 奈良県の高齢者世帯

奈良県では増加率はさらに急で、2015年には約12万7千世帯、県内総世帯数の4分の1を超え、2020年には約13万5千世帯とピークを迎える。さらに、総世帯数が減少する中で2030年には、約3割が65歳以上の高齢の単独世帯と高齢者夫婦のみの世帯となる。

後期高齢者についても、2025年に8万世帯に達し、2005年の約3万8千世帯の2倍を超える。

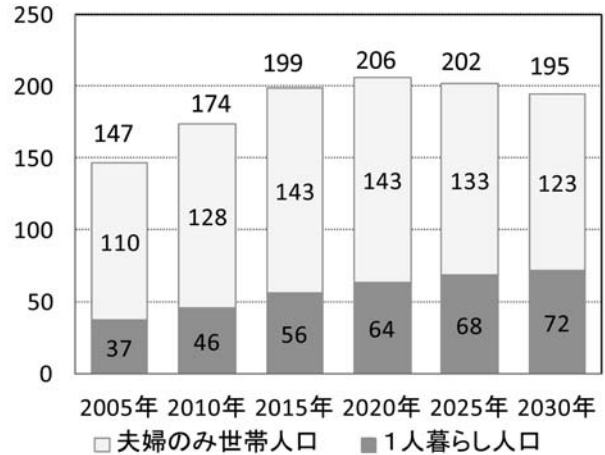
(3) 奈良県の人口高齢化の予測

もう一つの重要なポイントは、高齢世帯の増加の地域差である。団塊の世代は、仕事を求め都市部へ流入した世代が多く、高齢化の問題でも大都市圏で急速に進む要因となっている。

特に、奈良のように大阪のベッドタウンとして人口の急増をみてきた県は、香芝市、生駒市、橿原市、奈良市などの大幅に人口が増加した都市部、さらにニュータウンを擁する北葛城郡などにおいて、今後高齢化が急速に進み、社会保障費の深刻な増加が予想される。

一方、宇陀郡、吉野郡などの中山間地においては、高齢者数の減少、高齢化指数の低下がみられるが、これらの地域は、過疎化により人口自体の減少が起きている地域であり、限界集落(人口の50%以上が65歳以上の高齢者)の増加により、互助や社会的共同生活の維持が困難化しつつあり、一層緊急の対処が必要となっている。

(千人) 65歳以上単独・夫婦のみ世帯人口予測 (奈良県)



単独世帯×1人、夫婦のみ世帯×2人として推計

将来の市区町村別老年(65歳以上)人口および指数

地域	老年人口(千人)					指数('05年=100)		
	年	'10年	'15年	'25年	'30年	'25年	'30年	
奈良県		333	387	411	409	406	144.9	144.1
奈良市		86	102	110	110	110	152.9	153.2
大和高田市		15	18	19	19	19	144.6	146.7
大和郡山市		22	25	27	26	26	149.6	146.8
天理市		15	17	18	18	18	137.7	139.5
橿原市		27	31	33	34	34	152.5	153.6
櫻井市		15	16	17	17	17	130.0	128.3
五條市		10	10	11	10	10	109.7	107.2
御所市		9	10	10	9	8	111.3	104.7
生駒市		25	31	34	34	34	176.7	177.8
香芝市		14	18	20	22	24	187.4	199.7
葛城市		8	9	10	9	9	147.7	145.2
宇陀市		10	11	12	11	10	121.5	114.4
山添村		2	2	2	1	1	101.7	92.9
生駒郡		20	23	24	23	23	143.3	138.8
磯城郡		12	14	15	14	14	141.5	137.3
宇陀郡		2	2	2	1	1	86.9	80.1
高市郡		4	5	5	4	4	117.4	113.1
北葛城郡		22	27	30	30	30	167.0	167.9
吉野郡		16	16	15	14	13	93.8	88.0

資料:「日本の市区町村別将来推計人口」(平成20年12月推計)
国立社会保障・人口問題研究所

しかし、社会的にサポートが必要な高齢者、要介護者が増え、一方で財源がひっ迫する現在、サービス受益者の応分の負担の在り方検討や、施設建設や事業における民間の参入促進、有望な産業化を図ることが喫緊の課題となっている。

3. サービス提供の多様化

(1) 措置制度から介護保険へ

介護保険導入以前、介護サービスの多くは行政（市町村）が行う措置制度に基づいて実施された。すなわち、介護サービスを必要とする住民に対して福祉の観点から措置するというもので、利用者は決められたサービスしか受けられなかった。

この経緯をみると、1963年（昭和38年）、「老人福祉法」制定により、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームが創設され、老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）が法制化された。料金も、「措置」では、家庭の所得に応じ支払っており（応能負担）、大部分は公的な負担、すなわち税金により賄われていた。

一方、医療分野では、1973（昭和48）年から高齢者の医療費の一部負担を無料とする老人医療費支給制度が始まったが、これにより、高齢者の医療機関での受療率が上昇して老人医療費が急増、国民健康保険財政が急速に悪化した。

そこで、1982（昭和57）年、老人保健法の制定により医療費の一部負担が課せられ、さらに、老人病院と特別養護老人ホームの機能をあわせもった新しい介護施設である老人保健施設が制度化された。これは、リハビリなどの医療ケアを中心に、要介護高齢者の在宅復帰を目的として医療・看護・機能訓練等を提供する施設である。

このように、介護、医療の両分野に税がつぎ込まれたが、急速な高齢化が進む中、財政的な逼迫に至ることは明らかであり、また、利用者が自分のニーズに合った介護サービスを自由に選べるようにするため、2000年（平成12年）に介護保険制度が開始された。

介護保険という公的保険制度となり、平等な負担で公平なサービスを受けるという理念の下、財源を税金と保険料それぞれ2分の1ずつとすることで財源が確保され、さらに、様々な介護サービスの形態が生み出された。

また、老人福祉制度と老人医療制度から成り立つ介護制度を、介護保険制度の下で福祉と医療の連携が取れるようにし、充実したサービス提供を

可能にしたと言える。

介護サービス事業所数・施設数の推移

各年10月1日現在

	平成	18年	19年	20年	18-20年 増減(%)
居宅サービス事業所					
(訪問系)					
訪問介護		20,948	21,069	20,885	▲ 0.3
訪問入浴介護		2,245	2,124	2,013	▲ 10.3
訪問看護ステーション		5,470	5,407	5,434	▲ 0.7
(通所系)					
通所介護		19,409	20,997	22,366	15.2
通所リハビリテーション		6,278	6,380	6,426	2.4
介護老人保健施設		3,288	3,314	3,438	4.6
医療施設		2,990	3,066	2,988	▲ 0.1
(その他)					
短期入所生活介護		6,664	7,030	7,347	10.2
短期入所療養介護		5,437	5,278	5,242	▲ 3.6
介護老人保健施設		3,340	3,381	3,469	3.9
医療施設		2,097	1,897	1,773	▲ 15.5
特定施設入居者生活介護		1,941	2,617	2,876	48.2
福祉用具貸与		6,051	5,649	4,974	▲ 17.8
特定福祉用具販売		5,299	5,456	5,027	▲ 5.1
地域密着型介護サービス事業所					
夜間対応型訪問介護		12	69	83	591.7
認知症対応型通所介護		2,484	2,885	3,139	26.4
小規模多機能型居宅介護		187	962	1,557	732.6
認知症対応型共同生活介護		8,350	8,818	9,292	11.3
地域密着型特定施設入居者生活介護		23	62	91	295.7
地域密着型介護老人福祉施設		43	94	183	325.6
居宅介護支援事業所		27,571	28,248	28,121	2.0
介護保険施設					
介護老人福祉施設		5,716	5,892	6,015	5.2
介護老人保健施設		3,391	3,435	3,500	3.2
介護療養型医療施設		2,929	2,606	2,252	▲ 23.1

注：平成21年は調査方法の変更等があったため、ここでは記入していない。
資料：「各年介護サービス施設・事業所調査結果」厚生労働省

介護予防サービス事業所数・施設数の推移

各年10月1日現在

	平成	18年	19年	20年	18-20年 増減(%)
居宅サービス事業所					
(訪問系)					
介護予防訪問介護		19,269	20,455	20,319	5.4
介護予防訪問入浴介護		1,888	1,885	1,873	▲ 0.8
介護予防訪問看護ステーション		5,090	5,237	5,414	6.4
(通所系)					
介護予防通所介護		18,055	20,396	21,710	20.2
介護予防通所リハビリテーション		5,826	6,179	6,276	7.7
介護老人保健施設		3,090	3,214	3,363	8.8
医療施設		2,736	2,965	2,913	6.5
(その他)					
短期入所生活介護		5,915	6,608	6,957	17.6
短期入所療養介護		4,917	4,919	5,018	2.1
介護老人保健施設		3,071	3,215	3,386	10.3
医療施設		1,846	1,704	1,632	▲ 11.6
介護予防特定施設入居者生活介護		1,859	2,498	2,731	46.9
介護予防福祉用具貸与		5,605	5,445	4,862	▲ 13.3
介護予防特定福祉用具販売		5,267	5,439	5,010	▲ 4.9
地域密着型介護予防サービス事業所					
介護予防認知症対応型通所介護		2,306	2,696	2,870	24.5
介護予防小規模多機能型居宅介護		145	738	1,256	766.2
介護予防認知症対応型共同生活介護		8,057	8,622	8,936	10.9
地域包括支援センター(介護予防支援事業所)		3,292	3,815	3,782	14.9

注：平成21年は調査方法の変更等があったため、ここでは記入していない。
資料：「各年介護サービス施設・事業所調査結果」厚生労働省

(2) 介護予防と地域密着の重視へ

～地域包括ケアセンターの設置～

2006（平成18）年の介護保険法改正により、「在宅介護支援センター」に代わり、保健師、主

任ケアマネジャー、社会福祉士が専門性を生かして相互連携しながら業務にあたる「地域包括ケアセンター」が設置された。

地域への密着性を高め、医療・介護サービスの円滑で切れ目のない提供を図ると同時に、団塊の世代の高齢化を踏まえ、要介護状態になる前の要支援、要支援になる前のハイリスクグループ（特定高齢者）を継続的にマネジメントし、予防に軸足を置いた政策に転換したといえる。

この転換により、それまで過剰気味であった一部のサービスについて利用が減少し、また、サービス提供事業者の淘汰がみられたが、基本的には、今後さらに増加が確実な医療・介護サービスへの適正な対処と、多様化が図られたといえる。

また、2012（平成24）年の介護保険法改正では、さらに、地域密着と予防強化の方向性が打ち出され、サービス事業の多様化が進んでいる。

<対応力の密着化〔夜間（24時間）対応〕>

在宅の要介護者にとっては、夜間といえども介護が必要となるが、入所施設の建設・供給にも限りがあることから、国としてはできるだけ在宅介護の維持を図りたい方向である。

そのため、24時間巡回型訪問と、通報システムを連携させた、新たなサービス体制の導入が検討されている。

<予防給付と生活支援サービスの一体化>

高齢者の独居・夫婦のみの世帯については、地域において孤立することなく、常に見守りの体制を整えるため、配食制度等と見守りの機能を効果的に備えたサービスが検討される。

4. 施設介護の変化（医療と介護）

（1）「在宅三本柱」と「介護保険三施設」

介護保険の導入後、介護サービスは一気に多様化し、在宅の利用者を対象としたサービスでは、居宅介護支援事業（ホームヘルプサービス）、短期入所（ショートステイ）、通所介護事業（デイサービス）を「在宅三本柱」として、多くの民間企業が参入することとなった。

また、「在宅介護」が家族状況等により困難な場合や、あるいは利用者の要介護度が進んで介護側の負担が著しく増したために、在宅介護を続けるのが難しい場合には、介護保険の「施設サービス」が適用される。

介護保険で入所できる施設は「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム・特養）」「介護老人保健施設（老健）」「介護療養型医療施設」の3種類あり、これらは「介護保険三施設」と呼ばれている。それぞれの施設の目的により対象や入所期間に違いがあるが、3施設とも、要支援認定者は対象外

介護保険に係る施設サービス三施設

	介護老人保健施設(老健)	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム・特養)	介護療養型医療施設(介護療養病床)
設置根拠	介護保険法に基づく開設許可	老人福祉法に基づき認可された特別養護老人ホームを指定	医療法に基づき許可された病院又は診療所の療養型病床群等を指定
医療に関する給付	施設療養上、必要な医療の提供は介護保険で給付	全て医療保険で給付	施設療養に際する日常的な医療の提供は介護保険で給付
利用対象者	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者	カテーテルを装着している等の常時医療管理が必要で病状が安定期にある要介護者
設備等の指定基準	療養室(1人当たり8㎡以上)、診察室 機能訓練室(1人当たり1㎡以上) 食堂(1人当たり2㎡以上) 談話室、浴室等	居室(1人当たり10.65㎡以上)、医務室 食堂及び機能訓練室(3㎡以上) 浴室等	病室(1人当たり6.4㎡以上)、機能訓練室 談話室 食堂、浴室等
人員基準 (定員100人当たり)	医師(常勤)1人 看護職員9人 介護職員25人 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士1人、介護支援専門員1人 その他 支援相談員等	医師(非常勤可)1人 看護職員3人 介護職員31人 介護支援専門員1人 その他 生活指導員等	医師3人 看護職員17人 介護職員17人 介護支援専門員1人 その他 薬剤師、栄養士等

象外で、基本的には要介護認定で要介護1～5の入所希望者を対象にしている。

ただ、中でも「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、特養）」は施設数の割に入所希望者が多く、入所するのに数年待ちも珍しくないとされる。

介護保険における「施設サービス」には、「食費」や「居住費（室料・光熱費など）」、「日常生活費（紙おむつ代など）」といった「ホテルコスト」と呼ばれる費用が含まれるが、財政のひっ迫から平成17年の介護保険法の一部改正によって全額が自己負担となった（ただし低所得者には申請にもとづく居住費・食費の軽減措置がある）。

これら「ホテルコスト」を除いた施設サービス費が介護保険の対象となっており、利用者が自己負担するのはその1割である。

運営主体は、設備投資が大きいことから、地方公共団体や社会福祉法人など公的機関、ないしは医療機関である。

（2）介護療養型老人保健施設（新型老健）

■新型老健の設置基準概要

<医療に関する給付>

施設療養に際する日常的な医療の提供は介護保険で給付

<利用対象者>

要介護1以上だが、実際には重度の人優先で、医療措置が必要な人などが主な対象となる。

<設備等の指定基準>

居住スペース1人当たり8㎡以上、機能訓練室、食堂を備える。

<人員基準（定員100人当たり）>

医師1人、看護職員18人、介護職員25人

<その他>

看護職員の24時間配置を義務づけ。ただし、定員40人以下の小規模施設ではオンコールによる緊急連絡体制が確保されていればよい。

介護保険三施設の現在の設置状況を見ると、人気の「介護老人福祉施設（特養）」は国の建設補助金の廃止によって新設にブレーキがかかっている。

また、「介護療養型医療施設（介護療養病床）」

については、医療の提供がほとんど必要無いか看護師の定時観察だけですむ「社会的入院」の患者割合が約半数を占め、医療費高騰の要因として指摘されていることから、2012年3月末までにすべて廃止し、新設は行わない方針が示された。ただ、現実的には廃止がなかなか進まず、期限は2017年まで延長されることになった。

この「介護療養型医療施設（介護療養病床）」の廃止方針に伴い、その受け皿として、2008年に「介護療養型老人保健施設（新型老健）」が新たに創設され、今後、これを柱として、他の介護施設への移行がうながされていく見通しである。

（3）「介護保険三施設」から「特定施設」中心へ 【「特定施設」（有料・軽費老人ホーム等）】

特定施設とは、入居している要介護（支援）者に対して、その施設内において、介護サービス計画に基づいて行なわれる入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上又は療養上の世話、機能訓練といった「特定施設入居者生活介護」を行う施設を指す。

また、介護予防サービスにおいては、「介護予防特定施設入居者生活介護」が提供される。

2006（平成18）年4月以降、従来は介護サービスの提供者は特定施設の職員に限定されていたものが、外部サービス利用型特定施設の新設により、他の訪問介護事業者や通所介護事業者に介護サービス業務を外部委託出来るようになった。

介護保険法の改正によって特定施設の対象も広がり、現在では次の4つのものの内、決められた条件を満たした施設を指し、「介護付き」、「ケア付き」等の表示を行うことが可能となる。

- ①（介護付）有料老人ホーム
- ②養護老人ホーム
- ③軽費老人ホーム
- ④サービス付き高齢者向け住宅（2011年創設、旧適合高齢者専用賃貸住宅）

5. 高齢者住宅の不足解消に向けて ～サービス付き高齢者向け住宅～

これまでの介護療養型医療施設（介護療養病床）

において、退院後の受け皿として低料金の特別養護老人ホームの人気の高いが、入居待ちが40万人を超え、3~4年の待機者も少なくない。また、地方自治体の財政難のため、介護保険が適用される入所施設の新設は事実上ストップしており、このため富裕層以外の要介護度の高い高齢者の受け皿が恒常的に不足している。

そこで、単身高齢者・夫婦のみ世帯が安心して暮らせる賃貸住宅の確保が急務となり、平成23年に「高齢者住まい法」が改正され、「サービス付き高齢者向け住宅」が新たに創設された。政府は、今後10年間で60万戸を目標に整備する方針を掲げている。

一方、これまでの「高齢者円滑入居賃貸住宅」「高齢者向け優良賃貸住宅」「高齢者専用賃貸住宅」は廃止され、この「サービス付き高齢者向け住宅」に一本化された。

また、「有料老人ホーム」も登録基準を満たせば「サービス付き高齢者向け住宅」への登録が可能となり、地域で連携した介護サービス体制と相まって、将来的に高齢者が安心して暮らせる住まいとして、中心的な施設になるものと考えられる。

【サービス付き高齢者向け住宅】

(a) 登録基準

- ①居室は、床面積が原則として25.0㎡以上。
※ただし、居間・食堂・台所その他の住宅の部分を共同利用する場合は18㎡以上。
 - ②居室に台所・水洗トイレ・洗面設備・浴室・収納設備があること。
※ただし、共用部分に、共同利用の設備があり、各戸に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は備えずとも可。
 - ③バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）構造となっていること。
 - ④医療・介護に関するサービスを提供すること。
（安否確認サービス・生活相談サービスは必須）
- ＜サービス内容＞

次に掲げる者のいずれかが、夜間を除き、住宅の敷地又は隣接敷地内の建物に常駐しサービスを提供。

- ・医療法人、社会福祉法人、介護保険法指定居宅サービス事業所等の事業者が、登録を受けようとする者である（又は委託を受ける）場合は、当該サービスに従事する者
- ・それ以外の場合は、医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員又はヘルパー2級以上有資格者。
- ・常駐しない時間は、各居住部分に設置する通報装置にてサービスを提供。

※有料老人ホームの場合は、さらに以下のサービスのいずれかを提供すること。

- ・入浴、排せつ、食事等の介護・食事の提供・調理、洗濯、掃除等の家事・心身の健康の維持及び増進。

⑤前家賃等の返還ルール（初期償却の制限等）および保全措置がとられていること

⑥長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であり、また、敷金・家賃・サービス対価以外の金銭を徴収しないこと

(b) 入居対象となる者

- ①60歳以上の単身者
- ②要支援、要介護認定を受けている単身者
- ③上記と同居する親族、または特別な理由により同居させる必要があると知事が認めた者

(c) 建設に関する補助制度

サービス付き高齢者向け住宅の供給を促すため、国交省が基準を満たす住宅を建設する事業者を支援する。1戸あたり100万円を上限に建設、改修費の3分の1を国が負担するほか、平成25年3月末までに住宅を建設、取得すれば法人税や固定資産税などが軽減される。

さらには、住宅金融支援機構も融資を行うことから、オーナーにとってはメリットが生まれる。

【シルバーハウジング】

その他にも、自立可能な60歳以上の高齢者単独世帯、夫婦のみ世帯を対象とした公営賃貸住宅・公団賃貸住宅、「シルバーハウジング」の制度がある。昭和62年度開始のこの制度は、平成22年時点では、全国で869団地、23千戸あまりにと

どまっております、奈良県内では、県や奈良市が運営する奈良市内の2団地、55戸である。

サービスの供給主体は公的住宅供給主体（地方公共団体、住宅・都市整備公団など）で、24時

高齢者の住まいの類型

「有料老人ホームご案内ネット」ホームページより作成

老人ホーム	運営	概要
特別養護老人ホーム	地方公共団体や社会福祉法人など公的機関	老人福祉法上の老人福祉施設の中の一つ。原則65歳以上で、身体または精神に障害があり常時介護が必要なものの居宅介護が受けられない状況にある高齢者が対象。介護優先度が高い人から入居出来る比較的 low 料金の施設であるため、申込みしてすぐ利用出来ることは殆どなく、通常3～4年程度の入居待ちが発生。
養護老人ホーム		地方自治体や社会福祉法人が主に運営する施設で原則として65歳以上。特別養護老人ホームと同等の身体的理由のほか低所得者や身寄りがいない高齢者が対象の施設。入所に際しては所得制限がある。
軽費老人ホーム (A型・B型・ケアハウス)		身寄りがなく、家族との同居が困難といった家庭・住宅事情により、自宅で生活することが困難な、原則60歳以上の自立した高齢者が対象。無料または低料金の老人福祉法に基づく施設で、社会福祉法人や医療法人などが運営していることが多い。要介護の度合いが重くなった場合には、別の介護施設に移らなければならない。
A型		食堂があって給食サービスがついている。利用料は、月額6万円から17万円（食事費込み）だが、月収が約34万円以下という所得制限。
B型		ひととおりの生活ができる人で自炊が原則。利用料は、4万円（食費は別途）程度。
ケアハウス	A型に似て食事が提供される施設だが、介護が必要になったときは「在宅」福祉サービスを利用できる。利用料は、入居一時金+月額費用7～15万円前後が多い。	
有料老人ホーム	地方自治体から認可を受けた民間の企業や団体	老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜の供与をする事業を行う施設。「健康型」「介護付」「住宅型」の3種類があり、一般的には60～65歳以上の高齢者を対象としている。類型や施設によって自立者・介護者の入居制限がある（健康型は自立者のみ）。
その他の施設	運営	概要
介護老人保健施設	医療法人	病院を退院した後、病状安定期の寝たきり高齢者、リハビリが必要な高齢者、日常生活の自立が困難な認知症老人で、要介護1以上の介護認定者が対象。利用料は、月額7万円前後が多い。
介護療養型医療施設		介護療養型医療施設（介護保険適用の場合）等の療養病床にて、長期療養が必要な要介護者が対象の施設。病室は、「介護保険の適用」されるものと、「医療保険の適用」されるものに分かれ、利用料は、月額10万円前後。
グループホーム	市区町村など公的機関やNPO法人、民間企業など	「認知症対応型共同生活介護」（昔は痴呆対応型共同生活介護とよばれていた）を行う施設で、65歳以上の認知症（自立して共同生活が送れる程度の軽度～中程度の症状）によって介護を必要とする要支援・要介護の人達が5～9人前後の少人数で介護スタッフと共同生活をしながら、家庭的な雰囲気の中で介護や機能訓練を行う。一般的に「グループホーム」と呼ばれていますが、「グループホーム」は施設ではなく「自宅」に分類されているため、「居宅サービス」の分類に入ります
宅老所	NPO法人、民間企業など	高齢者や障害者等を対象に、一般の民家を改修して既存介護サービスでは手の届かない独自の福祉サービスを提供している施設。できる限り住みなれた地域で生活できるように、介護保険サービスなどの既存の福祉制度を超えて、きめ細かく対応した民間独自の福祉サービスを提供している。市街地や集落の中にある小規模（10人程度の定員）施設が多く、提供されるサービスは、法律上の定義が無いため各宅老所によって異なるが、介護保険法に基づく指定を受けて日中はデイサービス、夜間は必要に応じてショートステイといった介護サービスに加えて、運営者独自の発想によるサービス提供がなされているところが多い。
高齢者向けケア付きハウス	地方公共団体・社会福祉法人・公団・公社	60歳以上程度の自立者または軽度の要介護者を対象としている。地方自治体や社会福祉法人等が主に運営しており、緊急通報装置が各部屋に設置されていたり、ヘルパーステーションが併設されるなど、一定レベルまでの要介護者には対応しているが、訪問介護では対応できない程度まで要介護度が進行した場合は、退去して別の介護施設に移り住まなければならない場合がある。
生活支援ハウス		60歳以上で、高齢等のため独立して生活することに不安がある高齢者が、自宅での日常生活への復帰を目指す施設。要介護度が高いと入居出来ない（多くは要支援まで、または要介護1まで程度が対象）ことが多く、また、利用できる期間も3～6ヶ月となっているところが多い。
高齢者円滑入居賃貸住宅	民間企業	「サービス付き高齢者向け住宅」制度に移行。
高齢者向け優良賃貸住宅		
高齢者専用賃貸住宅		
サービス付き高齢者向け住宅		

間助けが呼べる「緊急通報システム」がつき、また、ライフサポートアドバイザーが、入居者に安否確認、生活相談・緊急時の対応・疾病時の一時的家事援助などの生活支援をしてくれる。

基本的に介護サービスは行わず、要介護となった場合には、訪問介護等の利用が必要である。

6. 待たれる民間参入による活性化

これまで、介護保険三施設や特定施設等の施設居住系サービスを要介護2以上の高齢者の37%以下とする「参酌標準」を目安として、総量規制が行われてきた。

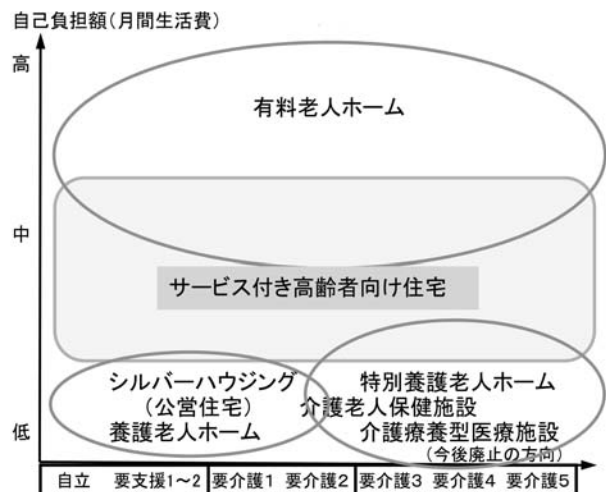
その中、政府は「新成長戦略実現に向けた3段階構えの経済対策（22年9月閣議決定）」において「参酌標準」撤廃を検討すべき事項として示し、これを受けて改訂方針が告示された。

しかし、介護保険の保険者である市町村等からの異論や、劣悪サービスの増大を危惧した反対論も多く、また、目安が撤廃されても総量規制が撤廃されたという意味ではない。

今後、高齢者が急速に増加する中、実り豊かで充実した暮らし、さらには、安心できる「終の棲家」の確保は、高齢者ニーズとしてますます高まり、また、産業としても、期待できる成長分野であることには違いない。

65歳というと、現在ではまだまだ元気であり、多くの時間を自立した健常者としてのシニアライフを送ることとなるが、高齢者単独・夫婦のみ世

介護サービス事業所数・施設数の推移



帯が増加する中、そのような人向けの住居が現状では圧倒的に不足している。

今後、住居に対する「サービス付き高齢者向け住宅」などの新しい形態の発達、民間参入による多様なアイデアとサービスの発展は、産業的にも、多様化する高齢者ニーズへの対処としてもますます重要化する。

(山城 満)

【参考文献】

- 「各年版高齢社会白書」 内閣府
- 「各年版厚生労働白書」 厚生労働省
- 「2011年度版介護経営白書」ヘルスケア総合政策研究所
- 日本医療企画
- 「有料老人ホームと高齢者住宅開設と運営のポイント100」
- 濱田孝一著 ヒューマン・ヘルスケア・システム
- 「医療経営白書」編集委員代表 吉原健二 日本医療企画
- 「介護経営白書」監修 川淵孝一 青木正人 日本医療企画
- 「2012年度図解介護保険の改正早わかりガイド」
- 井戸美枝著 日本実業出版社
- 「Business & Economic Review 2012.4」 日本総合研究所
- 「介護ビジネスの動向とカラクリがよくわかる本」
- (株)川原経営総合センター著 秀和システム
- 「介護保険の改正早わかりガイド」井戸美枝著
- 日本実業出版社
- 「介護ビジネス進出の実務と手続きのすべて」大内俊一著
- 日本実業出版社
- 「住宅産業大予測 2012」 新建新聞社
- 「プレジデント 2012.9.3」 プレジデント社
- 「サービス付き高齢者向け住宅経営」高木礼治著 幻冬舎

介護サービス事業所数・施設数の推移

高齢者施設	施設数	定員(人)	運営主体
サービス付き高齢者向け住宅	10	313(戸)	社団法人・株式会社等
認知症高齢者グループホーム	107	1,601	医療法人・社団法人・株式会社等
有料老人ホーム	45	2,847	株式会社等
軽費老人ホーム(A型)	6	320	市町村又は社団法人
軽費老人ホーム(ケアハウス)	33	1,143	市町村又は社団法人
養護老人ホーム	12	850	市町村又は社団法人
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	79	5,829	市町村又は社団法人
介護老人保健施設	43	3,803	市町村又は社団法人
介護療養型医療施設	11	865	市町村又は社団法人

資料:「平成24年度 高齢者福祉対策の概要」(奈良県)