

高齢者住宅・施設の種類と供給量

2016年10月時点

タイプ	ホーム数	戸(床)数 計			
		うち包括ケア	うち個別ケア	うち個別ケア	うち個別ケア
民間	有料老人ホーム	12,212	437,237	188,853	212,989
	介護付き	3,793	213,640	188,853	
	住宅型	8,057	214,582		206,879
	健康型	18	570		
	無届け	344	8,445		6,110
グループホーム	13,130	200,636	200,636		
サービス付き高齢者向け住宅	6,326	205,283	15,586	153,305	
分譲型ケア付きマンション	67	10,299			
自治体	シルバーハウジング	890	23,813		
	経費老人ホーム	2,281	94,011	22,052	
	ケアハウス	2,063	81,347	21,881	
	軽費・A型	202	11,946	171	
	軽費・B型	16	718		
生活支援ハウス	577	7,056			
養護老人ホーム	955	64,225	27,571		
医療・社福	介護老人福祉施設	9,609	579,511	579,511	
	介護老人保健施設	4,220	369,958	369,958	
	介護療養型医療施設	1,369	62,055	62,055	
全国合計	51,636	2,054,084	1,466,222	366,294	

(出所)タムラプランニング&オペレーターズ

高齢者住宅 大量介護難民発生 2025年問題 不足する量の確保と質の改善が急務

都市部で急増する要介護者に対して、高齢者住宅・施設の供給がまったく追いついていない。

団塊の世代（1947〜49年生まれ）の約800万人が75歳を迎える2025年に、都市部で大量の介護難民が発生する「2025年問題」がクローズアップされている。

一般的に75歳以上は介護が必要になる可能性が高い。団塊の世代が85歳以上になる35年までに、立ち上がりや歩行、排せつ・入浴、衣服の着脱などが一人では困難な「要介護3」以上の高齢者数も、爆発的に増えていくことが予測される。

すでに現時点で、介護付きの高齢者住宅・施設が圧倒的に不足している。「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」「認知症高齢者グループホーム」「介護付き有料老人ホーム」の五つは、上記サービスを包括的に提供する高齢者住宅・施設だ。その合計は16年10月で146万戸。これに対して要介護3の認定者は約219万人、単純計算で73万人程度

の需要が満たされていない。これに25年には、供給戸数が191万戸に対して要介護3の認定者は285万人にのぼると予測している。

25年問題のもう一つの特徴が、東京や大阪といった都市部の人口集積エリアほど、包括的ケアを提供する高齢者住宅・施設の不足が深刻化する点だ。1960年代の高度経済成長期に地方から都市部に集まってきた人たちが一斉に75歳を迎え、地方の高齢化よりも急激な速度でさまざまな問題が顕著化する。

厚生労働省は住まい、医療、介護、予防、生活支援の五つのサービスを一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を推進している。地域包括ケア体制の柱は「在宅介護」だ。厳しい国の財政事情を踏まえて十分に介護施設を整備できないから、在宅で対応しようという発想である。だが、介護保険制度で区市町村が事業者を指定する「地域密着型サービス」

の供給がまったく増えず、介護職をはじめマンパワー不足も慢性化し、「絵に描いた餅」で終わっている。

1床1200万円の特養

介護を必要とする度合いの高い人の受け皿としては、特養が鍵になる。全国における整備数は、国の抑制策で年間1万床を割る時期もあつたが、ここ数年では年間2万床から2万5000床程度が新たに整備されている。

だが、特養の整備費は1床当たり1200万円もかかり、さらにこのうち4分の3が補助金としての税金が投入されている。1床800万円程度に整備費を抑えられるとの議論もあるが、高齢者数の急増を考えると、高価な特養を作り続けるのは限界に近い。

ハード基準がばらばらという課題もある。居室最低基準である1人当

うか」という流れで増えている。

高齢者住宅に関する仕組みについて、根本的に手を加える時期が来ている。25年はその契機で、課題は質と量の両面の向上だ。

質の面では、特養などの施設も高齢者の本来の住まいという視点に切り替えるべきだ。そのためには個室で、部屋の中にはトイレやキッチンも必要だ。

民間の創意工夫を

量に関しては、圧倒的に不足している。その解消は喫緊の課題だが、35年を過ぎると高齢者数はほぼ横ばいで推移する。人口構造は変わり、高齢者人口も50年ぐらいいからは減少に転じる。そうした長いスパンで高齢者施設の整備を検討する必要がある。北欧の実例だが、高齢者住宅を整備する場合も一般住宅への転用も想定した汎用性をもったプラン作りを課している。

制度を大幅に見直すことも求められる。例えば、包括的介護サービスを提供する特養、老健、グループホーム、特定施設を一つの「高齢者特別住居」として新たなくくりを設け、入居する低所得者に対して家賃補助制度などを創設することが望ましい。現在の補給給付と同様ながら、所得が低いからといって劣悪な環境

たりの床面積をみても、有料老人ホームは13平方メートルに対し、特養は10・65平方メートル、多床室（共同部屋）にはトイレなどの設備は備え付けなくてもよいとされている。特養の半分以上はこうした多床室だ。老健は同8・7平方メートル、認知症のグループホームは同7・43平方メートル（4畳半）だ。かつての病院のように1室に10ベッドが並ぶような状態からスタートして、徐々に病室を小さくしてきたが、それでも6人部屋や4人部屋などが今も残っている。

老健はリハビリ施設なので平均滞在は9カ月、在宅復帰が目的だから我慢できるかもしれないが、特養の平均滞在は4年。40平方メートルを十字のカーテンで仕切った4人部屋で平均4年間、そこで天井を見て亡くなっていく人たちがいるのが今の実態だ。終の棲家として、本当にいいのか。私は大いに疑問だ。

誤解が多い「サ高住」

高齢者の住宅制度に関し、政府は11年に「サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）」を創設して補助金を出している。導入時に政府は需要数を60万人分としたが、これは65歳以上人口に対し2・3%の数字を機械的に当てはめただけで、介護実態とは乖離している。

に追いやられることがないよう公平に扱う配慮が必要だ。

まず特養や老健といった高齢者施設、居住系（認知症グループホーム、有料老人ホーム）を住宅に改め、利用者が家賃を支払うシステムに統一した上で一定の居住水準を確保すべきだ。既存の特養やサ高住の整備費補助のような特定のタイプに対する補助の代わりに、その資金を原資にして公的融資や利子補給の制度を拡充し、利用者が入居しやすくなる家賃補助にも整備補助を使うべきではないか。

終の棲家、住まいとしてのどのようなサービスを提供していくのか。この観点さえ、共通認識ができれば、行政の作った規制で画一的な商品に誘導された高齢者住宅よりも、民間の創意工夫でバラエティーに富んだ新たな「商品」が生まれるかもしれない。運営面でも、ハードを所有する「オーナー」と介護サービスなどを提供する「オペレーター」を分離し、サービスの良質化を進めるといいうのも一つの手段になる。

住まい、居住空間としての機能を重視した「住宅」を作らないといけない。民間の資金や経営能力、技術能力を活用するような仕掛けがうまく実現すれば、25年に向けた高齢者住宅整備は可能だと期待する。