

園田委員提出資料

特集 地方創生【論説】

超高齢化に直面する東京圏における住まい方と 医療・介護・福祉のあり方

Future care and living system for elderly in Metropolitan which is faced with aging society

Mariko SONODA : Meiji University

園田真理子*

はじめに

2015年現在、団塊世代（1947～49年生）が65歳以上になり、10年後には75歳以上になる。この10年間は団塊世代の後期高齢化に備える最後の準備期間にあたる。特に、高度経済成長期に、地方の若年人口が大量に移動してきた東京圏（一都三県）にあっては、75歳以上人口が急増する。国立社会・人口問題研究所の推計¹によると、2015～2025年にかけて増加する75歳以上人口は533万人であるが、そのうち東京圏が175万人と3分の1を占める。また、こうした高齢者の多くは、単身、夫婦のみのいわゆる高齢者のみ世帯である。戦後核家族の行き着いた先としての、“専業主婦”の老後と看取り問題がメインターゲットである²。換言すれば、日本の超高齢化問題は、東京圏で年老了た専業主婦の幸福な老後と看取りが実現できればゴールだといえる。

しかしながら難問は、この高齢化が、近代の国民国家において、初めて人口減・世帯数減の中で起きることである。先例はない。人口、世帯数が増える局面であれば、高齢者住宅や高齢者施設を

増やすだけで対処可能であるが、こうした単純な方法をとれないので別の解法を考える必要がある。

2つの政策構想

人口や世帯数の統計値は都道府県単位、あるいは市町村単位で扱われることが多いが、実はこうした人口や世帯数の変動は一様ではない。地域や街の生成過程に応じてモザイク状である。人口増・世帯数増・高齢者人口増が同時的におきる拡大型の地域、人口減・世帯数減・高齢者人口増の急激に高齢化が進む地域、人口減・世帯数減・高齢者人口減と衰退に進む地域がある。このような地域差はこの10年でより鮮明になるだろう³。一方、人間は虚弱になると環境への依存度が大きくなり、継続的で安定的な環境を求める。

こうした状況を踏まえて、昨年6月に19の関連法案を一挙に改正する「医療・介護総合確保推進法⁴」が施行され、これに基づき、「地域包括ケアシステム」を国全体で進めることになった。

地域包括ケアシステムとは、誰しも虚弱や病気、認知症等になっても、日常生活圏域（概ね中学校区程度）を基本に24時間365日安心して生活し、

園田真理子*（そのだ まりこ）正会員・明治大学理工学部教授

¹ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)による

² 男女の寿命差と、結婚年齢の差から、典型的な夫婦の場合、妻が最後に残る確率が高い。

³ 20世紀後半に開発された計画的住宅地では、開発された順番通りに経年数に応じて高齢化が顕著になり、その後空き家化が進めば、衰退に向かう。

⁴ 正式名称は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年6月25日公布)



図1 地域包括ケアシステムの概念図

出典：地域包括ケア研究会報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」, 2013年3月

最後まで過ごせる環境を保障する仕組みである。その概念図である図1を使って説明すると、まず、生活の基盤として植木鉢に相当する「すまいとすまい方」が確保され、その中に日常的な見守りや買い物支援、食事等の「生活支援・福祉サービス」の肥沃な土が入る。その養分があっはじめて、制度として確立された「医療・看護」「介護・リハビリ」「保健・予防」が的確に機能できることを示している。さらに、このシステムの底が抜けないように、「本人・家族の選択と心構え」を重要としている。

これを実現するための、第6期介護保険事業計画は本年4月から既にスタートしており、団塊の世代が後期高齢者に達する2025年までにこの仕組みを完成することになっている。

一方、これとは別に、日本創成会議が、本年6月4日に「東京圏高齢化危機回避戦略：一都三県の連携・広域対応と東京圏の高齢者の地方移住の推進⁵」を打ち出した。

これは、次のような問題意識に基づいている。東京圏では今後急速に高齢化が進展し、医療・介護ニーズが急増し、そのため医療・介護サービスを大幅かつ急速に整備する必要に迫られる。しか

し、だからといって、高齢者住宅や施設を追加的に整備すると、介護人材として地方からの人口移動が止まらず、東京一極集中が加速化する。それに加えて、東京圏は、地方に比べて施設整備や介護給付費の単価が大幅に高いため、介護費用が割高になる。したがって、東京圏の高齢化問題に対処するためには、高齢者の地方への移住支援が必要であり、東京圏の将来を見据えた一都三県の自治体間連携が不可欠としている。

前者は、地域、それも日常生活圏域という小規模な単位を基本にして、地域の資源、地域の財源、コミュニティの互助力を最大限に引き出し活用し、地域で回転する循環モデルを創ろうとの政策構想（地域包括ケアモデル）である。それに対して、後者は日本全体で人口分布のリバランスを図ることを目的に、東京圏の高齢者を積極的に地方に移住させようという、直線的な人口移動の政策構想（日本創成会議モデル）である。

さて、これから後期高齢者が急増する東京圏において、どちらが妥当な政策であろうか。

筆者は、実は、両者は対立的、選択的な政策ではないと考える。ただし、“地方移住”に適するのは、75歳以上の虚弱高齢者ではなく、年齢40～60歳程度の現役層で新しい環境への適応力と創造力がある者だということを強く指摘しておきたい。また、人口減・世帯数減の問題は、単純な人口移動だけでは解けない。

本来なら、「日本創成会議モデル」は人口増・世帯増の局面（2000年代前半）で行われるべきであった。このタイミングで行われていれば、リタイア前の団塊世代の地方移住が進み、それぞれの地域で満を持して、「地域包括ケアモデル」に移行することができた。ところが、その当時の年金未納問題やリストラの嵐がプレ・シニア層を萎縮させてしまい、結局のところ団塊世代は、都会でそれまでの自住宅（持家）にしがみついた結果になってしまった。今後は、大都市郊外部の持家は

⁵ <http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04.pdf>, 2015.6.4

今後の人口減、世帯減で、資産価値が劣化していく可能性も高い。勤労所得のほとんどを居住用資産に注ぎこんだシニアほど、資産デフレで身動きがとれなくなっていく。65歳以上の高齢者で今さら地方移住に応じられるものは少ないのではないか。わけても、結婚後、一度も就労経験のない専業主婦層がそれに簡単に同意するとは考えにくい。彼女らは、可能なかぎり自宅に住み、地域の社会関係資本（ソーシャルキャピタル）に支えられて生活することを選択するのではないか。その意味で、団塊世代が後期高齢化する日本の第一次高齢化ピーク⁶(2030年頃)に対応する政策としては、「地域包括ケアモデル」の方が、妥当性が高い。

しかしながら、第二次の高齢化ピーク（2055年頃）に備えるためには、「日本創成会議モデル」のいう地方移住も履行しなければならない。現40～60歳のプレ・シニア世代の地方移住に積極的に取り組むのである。この年齢層の東京圏の人口は相当に分厚く、経済効果も大きいと考える。

つまり、この2つの政策は、「あれか、これか」の選択的なものではなく、政策のメインターゲットの設定と政策履行のタイミングを誤らずに組み合わせるべきものである。しかるに、政策発表のタイミングが、「地域包括ケアモデル」が先行し、「日本創成会議モデル」が遅れて登場し、しかも華々しく喧伝されるが故に、無用の混乱を招いているのは、非常に残念である。

「地域包括ケアシステム」における医療・介護サービスの改革後の姿

図2は、厚生労働省が示す「医療・介護サービスの提供体制改革後の姿」である。注目すべきは、中心に「住まい」が位置づいていることである。虚弱高齢者等が適切な住まいに居住することを前提に、医療、介護分野のサービスが組み立てられていることがわかる。

まず、医療分野に関しては、2015年現在、各都道府県単位で「地域医療ビジョン」の策定作業が

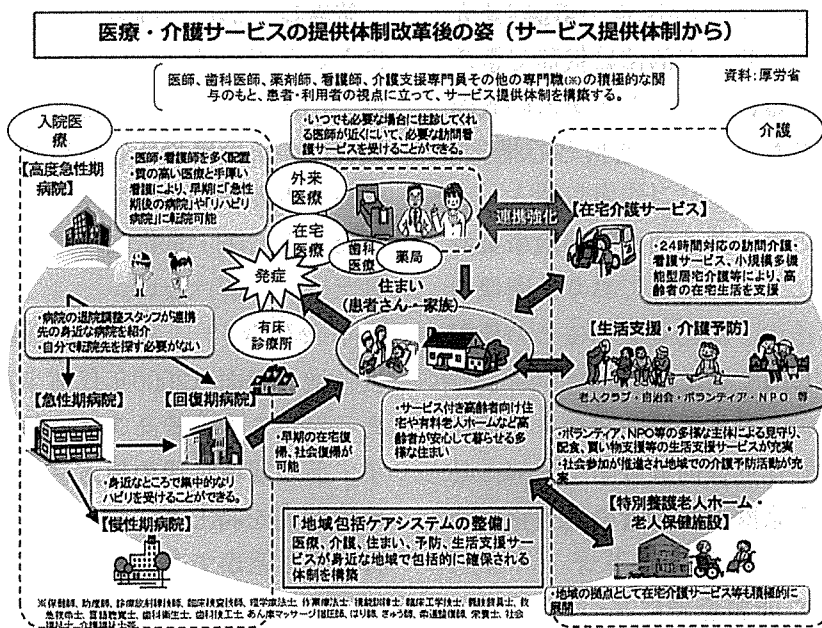


図2 医療・介護サービスの提供体制の改革後の姿
資料：厚生労働省

⁶ 日本の現在の人口分布は、団塊世代と、それとは25歳差の団塊ジュニア世代の2コブがあり、後期高齢者数・高齢化率は2030年代に第一のピークに達した後、一時的に安定し、団塊ジュニアが後期高齢化する2055年頃に後期高齢者数・率ともに再び上昇すると予測されている。

進められている。これは何かというと、入院機能を持つ病院ごとの、「高度急性期病院」「急性期病院」「回復期病院」「慢性期病院」の機能を明らかにし、本来機能以外の入院期間の短縮化を図り、患者の早期の在宅復帰、社会復帰を目指そうというものである。この背景には、国民医療費が毎年1兆円以上も増えていく背に腹は代えられない財政的な事情と、高齢者医療は20世紀の救急救命医療とは根本的に異なるのではないかという、医療のあり方そのものに対する問い直しがある。その結果、治療の終了した高齢者は在宅復帰を図ることになるが、日常的な医療や予防的な医療は、居住地近傍の診療所、クリニックで外来もしくは在宅（訪問）で受けることになり、訪問看護もそれをサポートする。

一方、介護分野に関しては、介護保険制度の根幹にかかわる抜本的な改革が既に着手されている。2000年4月に始まった介護保険制度による65歳以上高齢者人口に対する要介護認定率は、全国平均で17.9%に達した。しかし、このままのトレンドでいくと、後期高齢者の増加により全体の認定率はもっと上がる可能性があり、制度そのものの維持が困難になる。また、1989年前後というバブル経済真っ盛りの時に制度設計され、今に至る介護保険制度は大盤振る舞いし過ぎの感がある。

そこで、第一に、特別養護老人ホームと老人保健施設の施設サービスを利用できるのは原則、要介護3以上の重度要介護者に限定した。第二に、在宅サービスは24時間対応の訪問介護・看護サービス⁷と、小規模多機能型居宅介護⁸を重点化し、

要介護状態が進んでも可能な限り自宅で生活できる環境を整える。第三には、これまでも「予防重視」といわれながら、要介護認定率上昇の最大要因になっていた要支援1、2の軽度要介護者に対して行ってきた給付分について、「新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）」の名称のもと、施策対象者には一般の高齢者も含めて、市町村単位で、町内会やボランティア活動、NPO団体やその活動等のあらゆる地域資源を駆使して、独自の介護予防や日常的な見守り等の生活支援の仕組みや体制を整えようということになっている。タイムスケジュールも決められており、2015年度中に立案し、2016年度は試行、2017年度には完成が求められている。憶測ではあるが、2018年からの第7次介護保険事業計画では、この「新しい総合事業」のハンドリングは市町村に委ねられ、介護保険からの給付も相当に減額されるのではないかと。

以上の医療・介護分野の改革から、「住まい」の重要性が相対的に増してくる。居住の場が安定していないと、在宅を基本とする各種のサービスが有効に機能しないからである。

サービス付き高齢者向け住宅

2011年10月に創設された「サービス付き高齢者向け住宅⁹」の登録制度は、2015年7月現在18万戸を超え、東京圏では1,014件37,185戸と全住戸数の20.3%を占める。これほどまでに急激に増えたのは、入居者のうち要介護認定者が約8割¹⁰にのぼることから、心身の老化によりそれまでの住宅

⁷ 介護保険上、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」といい、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるように定期的な巡回や随時通報への対応など、利用者の心身の状況に応じて、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供するサービス。

⁸ 介護保険上、「小規模多機能型居宅介護」といい、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるように、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せて提供する事業で、事業者には利用者の要介護認定度に応じて、利用頻度に関係なく包括的な報酬が支払われる。

⁹ 高齢者住まい法に基づき、一定の建築仕様を満たした賃貸住宅であって、安否確認と相談対応サービスが付帯し、住宅とサービスそれぞれの契約条件をクリアするもの届け出た場合に都道府県、政令市等が登録する仕組み。国交省と厚労省が共管している。

¹⁰ 平成24年度老人保健健康増進等事業「サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査 報告書」高齢者住宅財団、平成25年3月による。

に居住することが困難な者が増加し、既設の介護施設では対応しきれない実情がある。

しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅の全体を俯瞰すると、その質と内容は玉石混交状態である。その理由は、どのような人に、どのような金額で、どこで、どのような住宅を提供し、どの程度のサービスを提供するのか、明確に定義されていないからである。いわば、その判断は民間市場に委ねているともいえるが、一方で、入居者の介護保険や医療保険の利用は当然であり、サービス付き高齢者向け住宅は“混合経済の産物”として成立している。そのゆえに、介護保険や医療保険の適用を目的として、要介護高齢者を囲い込むタイプの高齢者住宅も少なからずある。民間が高齢者住宅を増やせば増やすほど、公的な介護および医療保険の給付が増えるという相関関係にある。

それに加えて、建物整備の初期投資に関して、奇妙なロジックが成立している。奇妙というのは、若年人口が減少する賃貸住宅市場において、地主の土地活用や相続税対策の名目でサービス付き高齢者向け住宅の建設投資を促すようなコンサルテーションが跋扈している点である。国交省の建設補助はそのためのインセンティブに使われている。

現下の高齢者住宅の整備をめぐる最大の課題は、初期投資を行う主体と資金が不明なことである。株式会社として、純粋なプロフィットを追求する事業も困難である。高齢者住宅に入居する者は、そこで生産活動を行い何らかの果実を得るのではなく、人生の終わり近くを迎えて、穏やかに暮らすことを求めている。つまり、高齢者住宅とは、本来的に「ノン・プロフィット」の事業として成立するものであって、年老いても最後まで安心して居住し、死ぬることを保障するための社会的なツールである。この認識が社会的に共有化されていないことが問題である。

これから、後期高齢者が急増する東京圏にあって、サービス付き高齢者向け住宅等を整備するにあたっては、現在および将来の入居者による共益的、共同的な投資と受益の仕組みを整える必要がある。まさに、ドラッカーのいうところの非営利事業の仕組み¹¹がある。また、今後増えてくる地域の空家、空き建物を利活用した改修型の高齢者住宅も当然に視野に入れる必要があるだろう。人口・世帯の減少が始まれば、新規の高齢者住宅を増やすと、その分だけ空き家が増えるという図式になるからである。

一方、医療・介護保険でカバーされない生活支援等の方法については何らかの地域的、あるいはコミュニティ単位での互助の仕組みを確立する必要がある。24時間、365日の家族や親族の代わりに外部化すると、民間でも公共でも双方同じく天文学的な費用が掛かる。この費用は、互助あるいはコミュニティ力として低減、シャドウ化するのが賢い方法である。

地域包括ケアシステムが、円滑に機能するようになれば、サービス付き高齢者向け住宅は、そのシステムを構成する一要素という位置づけになる。

おわりに

「地域包括ケアシステム」とは、いわば、地域の資源、地域の知恵、地域の経済力を尽くして超高齢社会に適した「地域経営・都市経営」を行うことを求めている。地域で0歳から100歳以上までの人が安心して住み、子どもの保育や、高齢者介護の場面で雇用を生み出し、地域の中で、適切に人とお金を上手に回し、良循環に結びつけられた地域こそが人口・世帯の減少局面で生き残れる。当然に、その地域に立地する住宅や建物の資産価値も、地域経営の良否によって左右される。

超高齢化に直面する東京圏にあって、10年後にこれらの結果は明らかになる。

¹¹ P.F.ドラッカー『ドラッカー名著集4 非営利組織の経営』ダイヤモンド社、2007

1-18. 高齢者住宅

□ 市場トレンド

日本の人口は、国立社会保障・人口問題研究所によると、2015～2025年の10年間で600万人も減少すると予測されている。一方、世帯数は2020年ごろまでは増加するが、その後は減少に転じ、2020～2025年の間に60万世帯が減少する。ただし、こうした人口や世帯数の変動は全国一様ではなく、地域や街の生成過程に応じてモザイク状である。人口増・世帯数増・高齢者人口増が同時に起きる地域、人口減・世帯数減・高齢者人口増の急激に高齢化が進む地域、人口減・世帯数減・高齢者人口減と衰退に進む地域の違いがこの10年でより鮮明になる。

一方、65歳以上の高齢者人口は地方部では微増、大都市部では急増するが、注目すべきは75歳以上人口の増加である。2015～2020年に75～84歳の人口は約100万人増、85歳以上の人口は約125万人増である。介護保険における要介護認定率は年齢が高いほど高く、高齢者の増加とともに当然に要介護者も増加する。その上、こうした急増する高齢者の世帯型は単身、夫婦など高齢者のみの世帯である場合が多く、2015～2020年に世帯主65歳以上の単身世帯は約67万世帯増、夫婦世帯は30万世帯増である。

高齢な単身、夫婦のみ世帯で何らかの生活支援や介護が必要な状況になれば、自分達だけでの自立した生活維持は困難であり、日常的な生活支援や介護・医療などのサービスを受けやすい環境を整える必要がある。ここに、少なくとも、高齢者人口が急増する大都市部では、高齢者住宅を増やす理由がある。

こうした状況を踏まえて、19の関連法案を一挙に改正

する「医療・介護総合確保推進法」が2014年6月に施行された。これに基づき、「地域包括ケアシステム」を国全体で進めることになった。1947～1949年生まれの団塊の世代が後期高齢者に達する2025年までにこの仕組みを完成させる。2015～2017年の3年間にその準備と体制を各市町村単位で整え（PlanからDoへ）し、2018年～2020年に試行と修正を行い（DoからCheckへ）、2021年からは本格化する（Action）ロードマップが示されている。

市場規模は介護保険の総費用から、2014年時点の約10兆円が2025年には約21兆円になると予測されている。

□ 商品トレンド

(1) 地域包括ケアシステム

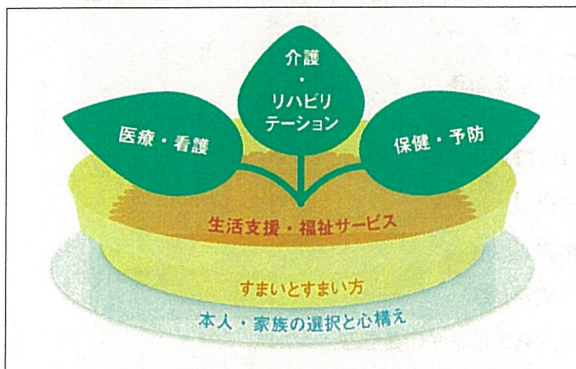
地域包括ケアシステムとは、誰しも虚弱や病気、認知症などになっても、日常生活圏域（概ね中学校区程度）を基本に24時間365日安心して生活し、最後まで過ごせる環境を保障する仕組みである。まず、生活の基盤となる「すまい・すまい方」が用意され、その中に日常的な見守りや買い物支援、食事などの「生活支援・福祉サービス」が提供される。その仕組みがあれば、制度として確立された「医療・看護」、「介護・リハビリ」、「保健・予防」が的確に機能する。さらに、このシステムを支えるために「本人・家族の選択と心構え」が重要となる（図1）。

これは、いわば地域の資源、地域の知恵、地域の経済力を尽くして、超高齢社会に適した「地域経営・都市経営」を行うことにほかならない。現在では、若中年人口の地域間競争が繰り広げられつつあるが、地域の固有性と独自性に基づく「独創的な地域包括ケアシステム」を構築できた自治体や地域、コミュニティこそがその勝者となる。

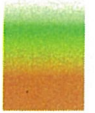
(2) 高齢者住宅・老人福祉施設

2011年10月に開始された「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度は、2015年7月現在で18万戸超にも上る。しかし、現下では玉石混交状態である。その理由は、どの人に、どの金額で、どこで、どの住宅を提供し、どの程度のサービスまでを提供するのかが明確に定義されていないからである。これは、いわば民間市場に委ねられているとも言える。一方で、入居者の介護保険や医療保険の利用は当然であり、サービス付き高齢者向け住宅は、「混合経済の産物」になっている。介護保険や医療保険の

図1 地域包括ケアシステムの概念図



（出所：「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」、三菱UFJリサーチ & コンサルティング）



適用を目的とした、要介護認定者を囲い込むタイプの高齢者住宅も少なからずある。

これに対し、地域包括ケアシステムが本格的に稼働すれば、サービス付き高齢者向け住宅は、そのシステムを構成する一要素（パーツ）という位置付けになる。従来の老人福祉施設も当然にこのシステムの一要素となる。2015～2017年の地域包括ケアシステムの構築段階では、日常生活圏単位の拠点として、医療・介護の拠点と複合した高齢者住宅を整備する必要がある。住戸数30～50戸程度の中規模な集積になる。

次の2018～2020年の段階では、地域に小規模に分散して立地する数～20戸程度の高齢者住宅を整備し、生活支援や介護、医療のサービスを連結させる。また、地域に顕在化してくる空き家、空き建物を利活用したシェア型やコレクティブ型（一部を共用する集合型）の高齢者住宅も考えられる。立地環境が良ければ、新築型よりも高い商品価値を持つ可能性がある。

ただ、大きな問題として、初期投資の資金調達が必要になる。地主の土地活用、相続税対策を目的とした建設は本筋ではない。地域住民から出資を募るといった新しいファイナンスの仕組みが求められる。

一方、老人福祉施設は、特に低所得・低資産高齢者の増加や公的な補助制度を期待して、その増設を要求する動きもあるが、財政的な制約から急増させることは極めて難しい。それよりも、1990～2000年代の急増期に建設した福祉施設の修繕や設備更新が大きな課題になってくる。こうした改修に際して、施設型空間から居住型空間への質的転換を図る。また、不足する分については、既存建物や住宅の転用を促進することが主流になるだろう。

2025年までに、老人福祉施設は高齢者住宅の中に統合される可能性が高い。地域では、自宅以外の「もう一つの住まい」、「終の住まい」として30～50戸規模の地域拠点的な高齢者住宅と数～20戸規模の地域に分散して立地する小規模なものが整備される。入居者は、生活支援、予防、介護、医療のネットワークに基づくサポート体制に支えられて自立的・自律的に生活し、最後の時までを過ごすようになる。

(3) 「リタイアメントコミュニティ」

高齢者が集まって居住するコミュニティを米国では「リタイアメントコミュニティ」といい、その開発や市場は、一つの産業分野として位置付けられている。しかし、

日本でそれに該当するものは、何度か挑戦されたものの「商品」としては成立していなかった。そこへ地方創生の取り組みの高まりとともに、日本版「リタイアメントコミュニティ」がにわかに注目されるようになっていく。

市場を冷静に俯瞰してみると、大都市の郊外部や地方中核都市の郊外部の20世紀後半に新規開発された住宅地は既に「リタイアメントコミュニティ」と同じ状態になっている。米国では、住民の半分以上が60歳以上になった集合住宅やコミュニティを「自然発生的リタイアメントコミュニティ(Naturally Occurring Retirement Community: NORC)」とし、高齢住民の生きがいづくりやケアに関するサポートを後付的に整える方法をとっている。日本の郊外住宅地では、開発された順番通りにこのNORCに移行していく。従って、自住宅を住みやすくし、そこで最後まで生活できるためのサポートや高齢者住宅を付加していくことが大きなビジネスになる。

一方、地方に移住するようなリタイアメントコミュニティもあり得るが、これは、就労機会の提供も含めて、中高年者を主な対象とした人生後半向けのコミュニティ開発として位置付けられよう。その延長には、最後まで継続的な暮らしを保障する「Continuing Care Retirement Community: CCRC」があり得る。

□ 技術トレンド

地域包括ケアシステムを成立させるためには、綿密なエビデンスに基づいた地域の需給関係の把握が不可欠である。そのためのエリア・マーケティングの技術として、世帯・建物単位に「マイクロジオデータ」と呼ばれる空間的精度と網羅性が高いデジタル・データの地理情報解析システムが急速に実用化段階に達している。また、数理的なネットワーク理論に基づくソーシャル・ネットワークの構築技術なども期待できる。

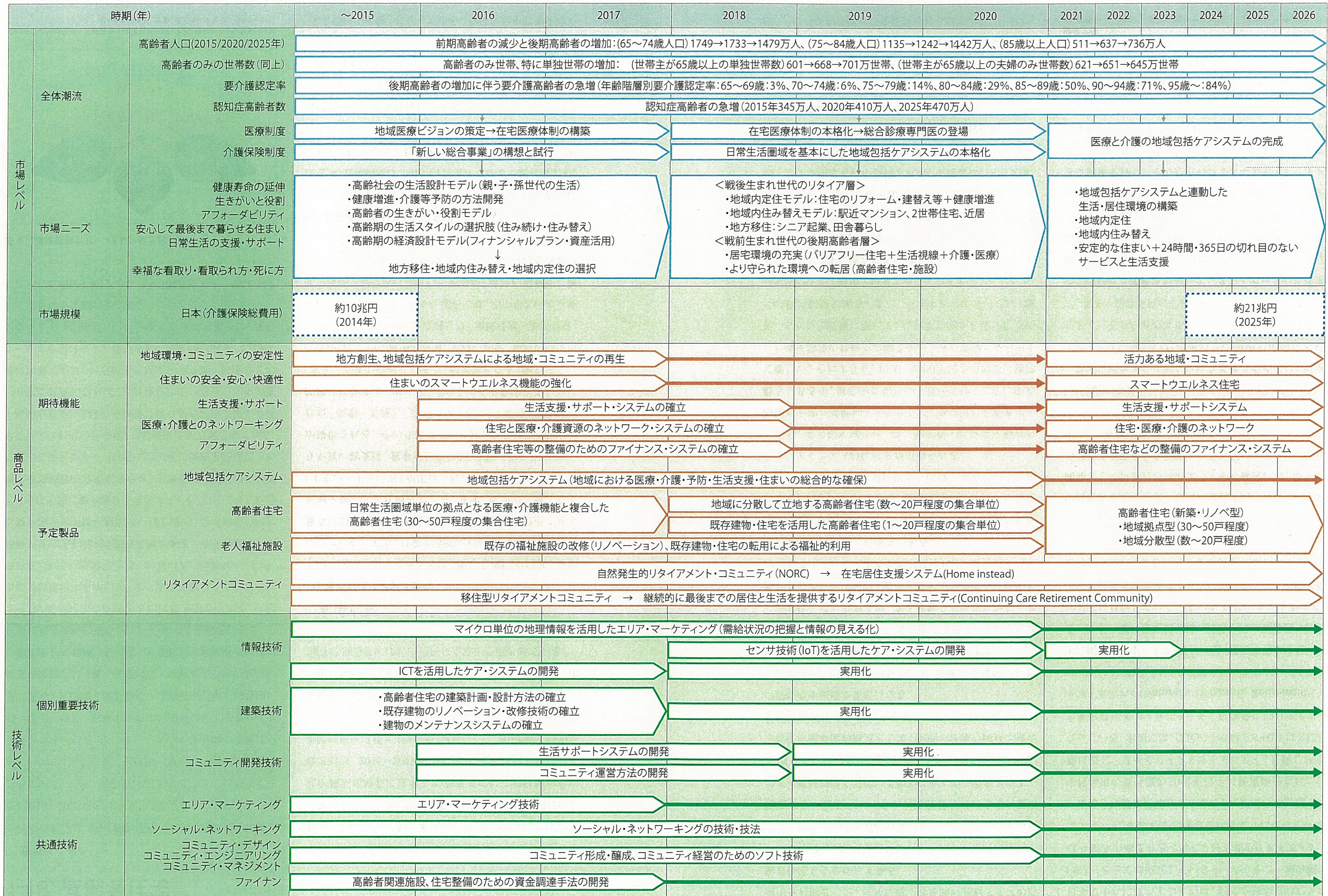
また、超高齢社会においては「コミュニティの質」が大きな価値を持つ。そのためコミュニティ・デザインの技法やエンジニアリング、マネジメントの開発が不可欠となる。また、これからは目に見えないソフト面がものをいう。

高齢者住宅やその関連施設の整備については、初期投資の資金調達システムの開発が欠かせない。IoT

参考文献

1) 高橋紘士(編著)、『地域包括ケアシステム』、オーム社、2012年

(internet of things) やICT (情報通信技術) を駆使したネット空間と高齢者が安心して生活するリアル空間の接続したオペレーション・システムにも期待したい。



「サービス付き高齢者向け住宅」の登場

2011年10月開始→わずか4年間で18万戸へ
(内、東京都265棟・10,106戸 2015.8現在の登録数)

[国土交通省所管]

「高齢者円滑入居賃貸住宅」の登録

「高齢者専用賃貸住宅」の登録

「高齢者向け優良賃貸住宅」の認定

[国土交通省・厚生労働省共管]

「サービス付き高齢者向け住宅」
登録制度

- 住宅に関する基準■
- サービスに関する基準■
- 契約に関する基準■

建設補助
100万円/戸

住宅金融
支援機構
融資

「サービス付き高齢者向け住宅」の直面する課題

一部は、生活保護世帯等の困り込み型住宅に……

奇妙な事業スキーム：**地家主の相続税対策、土地活用**……

中コスト・中負担・中ペネフィットの解答のはずだったのに……

<十分条件>

医療

医療保険給付

介護

介護保険出来高給付or定額給付(特定施設のみ)

食事

民々契約

食費 4.5万円/人・月
見守り費 常時3万円/戸・月

見守り: **固定費**

家賃 5~15万円程度/戸・月

<必要条件>

建物: 固定費

国交省補助(新築1/10、改修1/3 上限100万円/戸)

土地

原則、借地(新規購入の場合は相当にコストが嵩む)

建設コスト1000万円/戸 <新築・25㎡/戸>

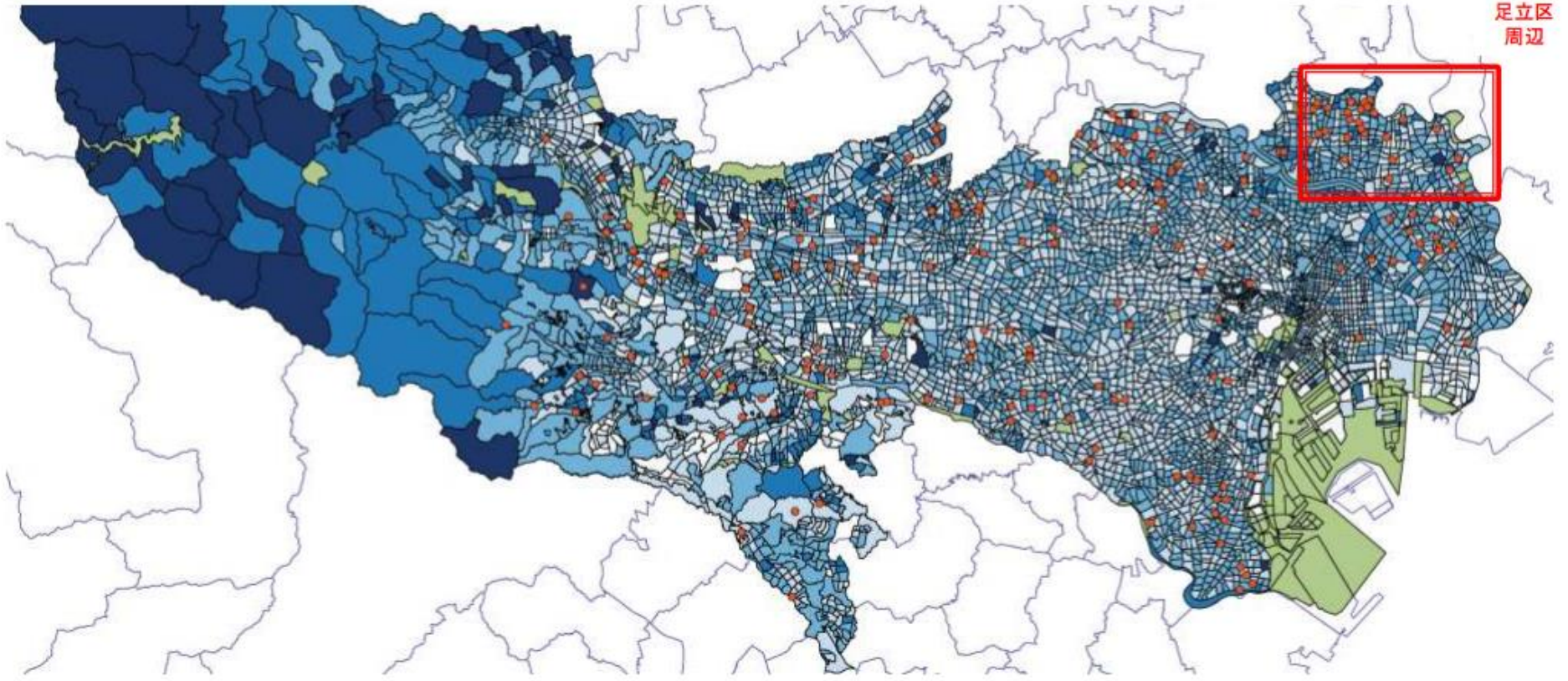
地価の安い、不便なところに立地

東京都におけるサービス付き高齢者向け住宅の立地状況



○ 町丁目別高齢化率と、サービス付き高齢者向け住宅の立地 【東京都】

平成26年6月末時点



足立区
周辺

● サービス付き高齢者向け住宅

町丁目別高齢化率 高 ← 低

資料: 国土交通省住宅局 <http://www.mlit.go.jp/common/001060545.pdf>

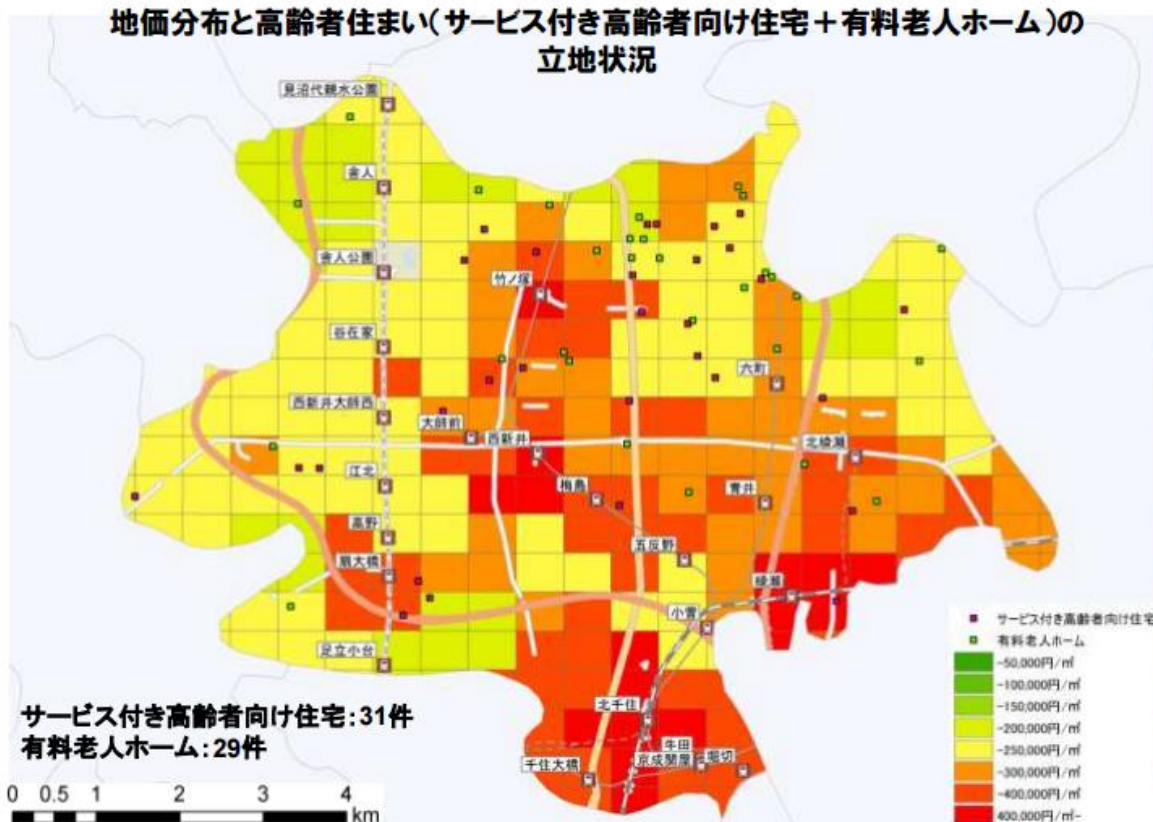
的確な立地のマネジメントが必要

地域包括ケアシステムとの関係整理が重要

(参考)地価との関係(東京都足立区)



■ 東京都足立区において、サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームは、200,000～250,000円/m²の価格帯地域に最も多く分布。



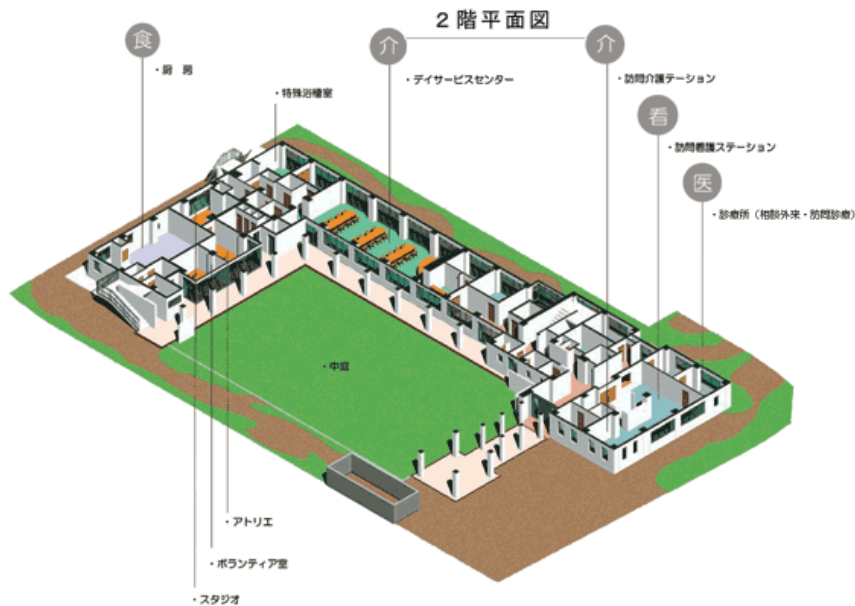
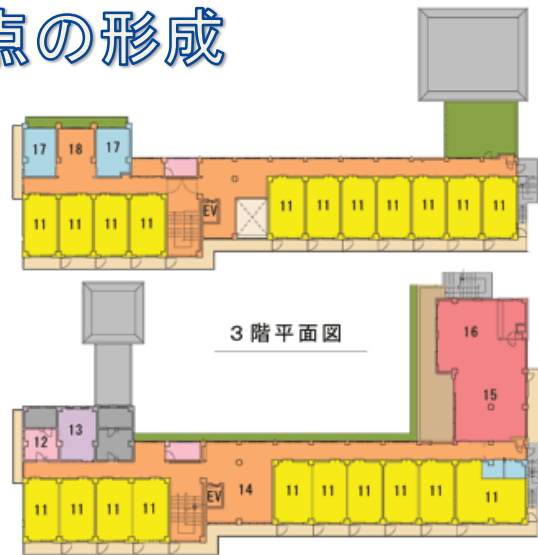
価格帯	【住宅地区+商業地区】 地価別施設数(軒)	
	東京都足立区	
	サービス付き 高齢者向け 住宅	有料老人 ホーム
50,000円/m ² 以下	0	0
50,000～ 100,000円/m ²	0	0
100,000～ 150,000円/m ²	0	0
150,000～ 200,000円/m ²	3	4
200,000～ 250,000円/m ²	15	11
250,000～ 300,000円/m ²	4	11
300,000～ 400,000円/m²	8	3
400,000円/m ² 超	1	0

足立区の平均値 (304,037円/m²)

注)表中の黒枠は平均的な価格帯

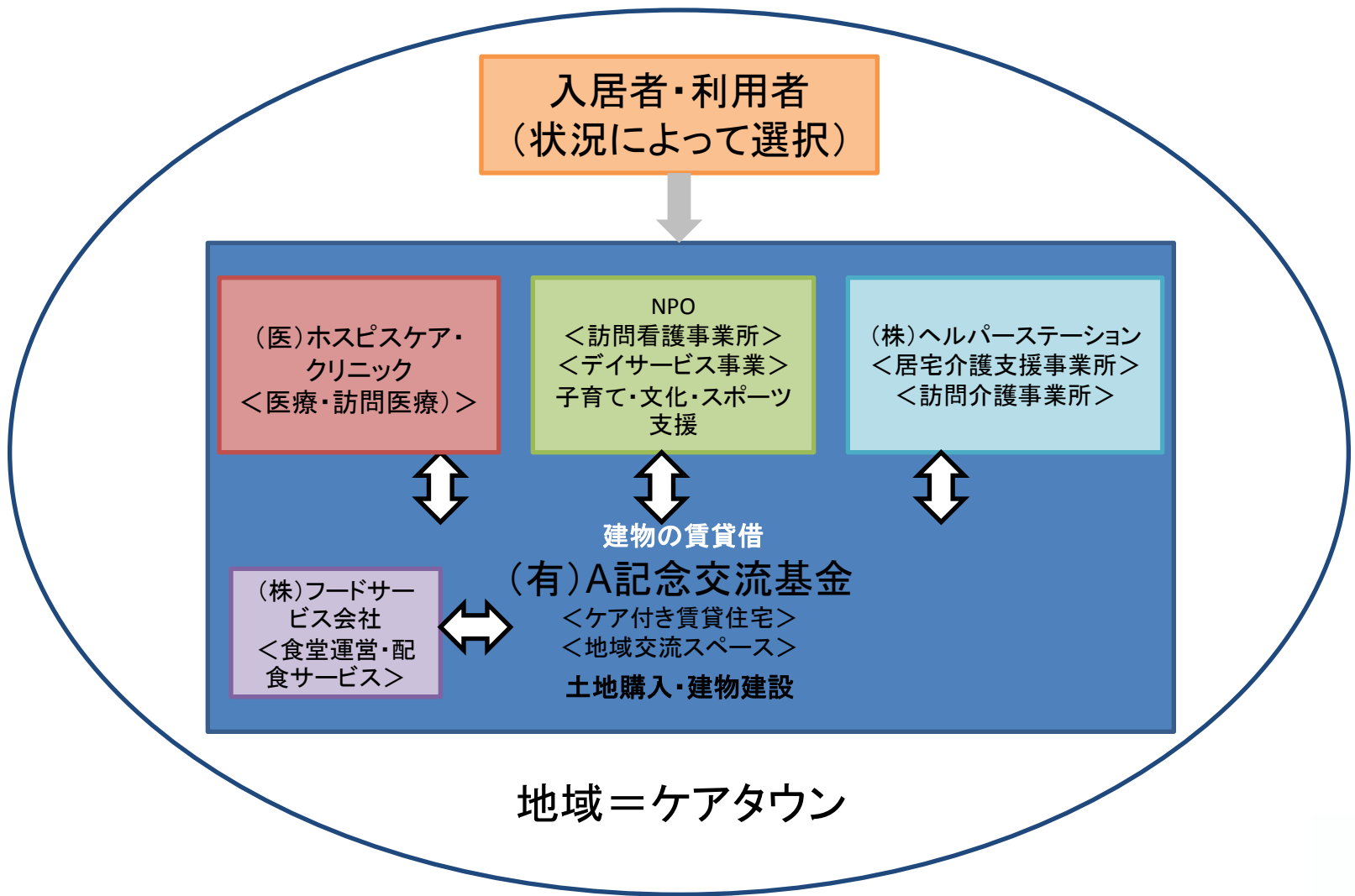
＜参考＞地域のホスピス・ケアと賃貸住宅の複合事例

双方向の地域拠点の形成

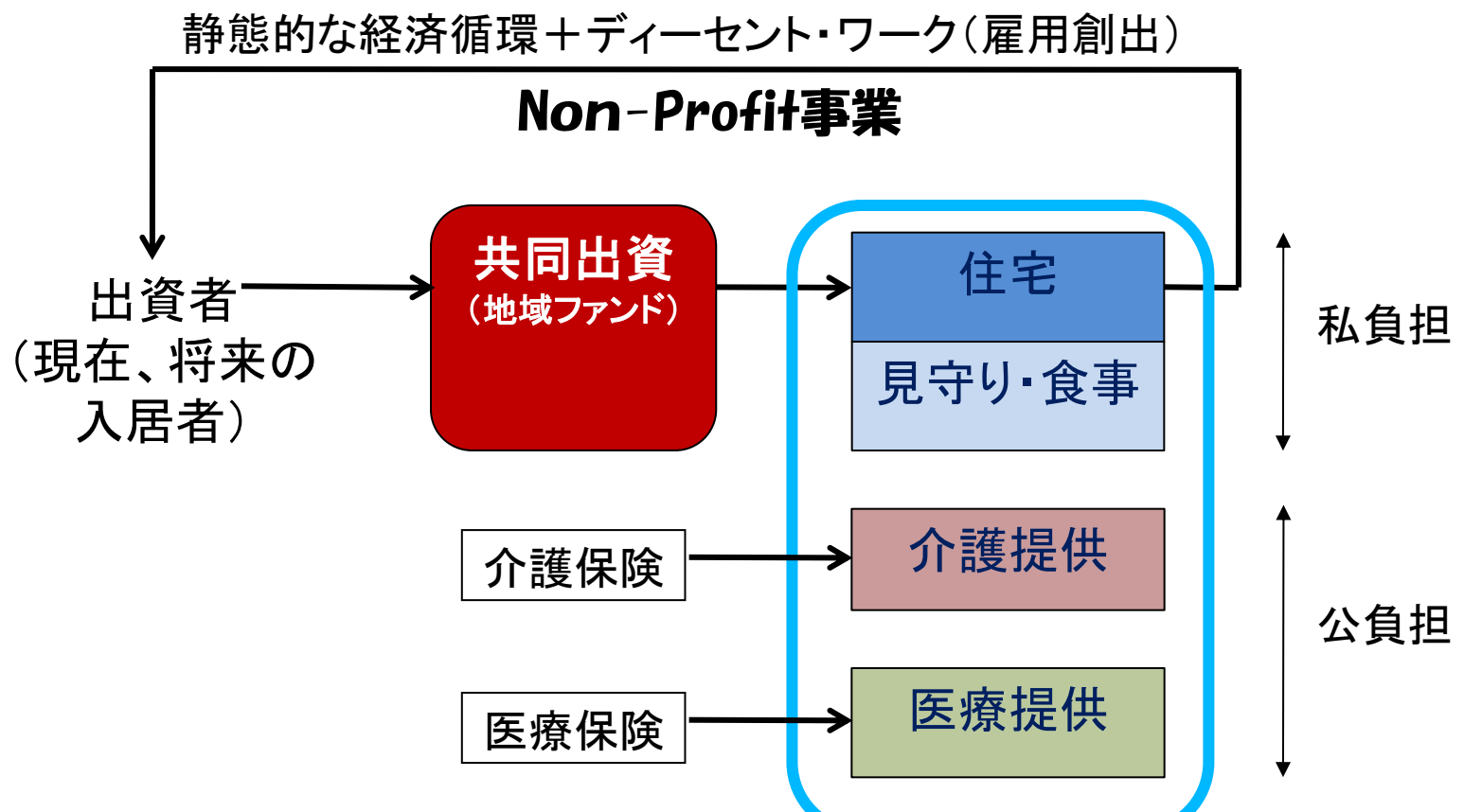


<参考> 事業の仕組み

地域資本・資源の持ちよりによる複合事業



「高齢者住宅≡非営利事業」 事業スキームの確立が必要



地域包括ケアシステムを構成するためのパーツ ⇔ 高齢者住宅

地域で最後まで過ごせる環境の実現 「看取り・看取られる」環境

