

サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会（第6回）

園田意見書（2016.2.2）

1. 高齢者向け住まいの供給目標について

- ・市町村単位の「高齢者居住安定確保計画（高齢者住まい法に準拠）」の策定が必要
- ・市町村高齢者居住安定確保計画の策定方法（マニュアル）については、既調査事業^{*1}においてほぼ開発済
 - 需要と供給の実態把握と分析方法を開発済
 - 高齢者人口、要介護高齢者発生率、サービス需要量等の将来推計方法については、学術的研究、民間機関、社会保障・人口問題研究所等で開発が進行中
- ・都市計画分野の「立地適正化計画」、医療・介護・福祉分野の「地域医療ビジョン」「介護保険事業計画」との重ね合わせが必須
- ・市町村単位での計画策定の所管が課題。縦割り型の扱いではなく、分野横断的なチームを編成して策定することが必須

*1 H25年度国交省調査事業「超高齢社会における高齢者の居住の安定確保のあり方等に関する調査事業」東京大学高齢社会総合研究機構、2014.3、『地方公共団体における高齢者居住安定確保計画の的確な策定等による住宅・福祉党の施策連携のあり方の検討』

2. 高齢者向け住まいの質の確保に向けた方策について

(1) 「サ高住の入居者像」の明確化

- ・介護保険制度における要支援～要介護認定者が主対象であることは明白^{*2}。
- ・自立高齢者までを対象に含めると、一般住宅との類別が難しくなり混乱を招く

*2 サ高住入居者の87%は要支援1以上の者、31%は要介護3以上の者が占める。野村総合研究所「高齢者向け住まい等が果たしている機能・役割等に関する実態調査報告書」2015.3

(2) 「サ高住の分類と定義」の再規定

- ・サ高住は、「要支援、要介護者向けの住まい」として限定。
- ・これまでの「自立高齢者のための早目の住替え先（退職者住宅的なもの）」という範疇は除いてはどうか。

参考：海外の事例

-アメリカ：①インディペンデント・リビング（虚弱高齢者）、②アシスティッド・リビング（要介護高齢者）、③ナーシングホーム（常時介護高齢者）で分類。自立した高齢者の住替え先は“マチュア・アダルト・コミュニティ”と定義。①+②または③を組み合わせたものがCCRC（Continuing Care Retirement Community）

-イギリス：シェルタードハウジングの制度当初は、①カテゴリー1（自立バンガロー型）、②カテゴリー2（見守り付きアパート型）で分類。その後、③カテゴリー2・1/2を追加して、①はシェルタードハウジングからは除外。そのほかに、パート3アコモデーション（介護老人ホーム）。②+③+パート3アコモデーションを組み合わせたLinked schemeがある。

-デンマーク：1987年の高齢者・障がい者住宅法により、従来からの各種の高齢者向け住宅と、介護施設（プライエム）の新設を廃止して、「高齢者住宅（エルダボーリ）」として統合。その後、介護と居住を一体的に扱う必要性から「介護付住宅（プライエボーリ）」を追加。現行では、エルダボーリとプライエボーリの2本立てで、プライエムは原則廃止。

(3)「サ高住の事業方式」の整理

- ・現行の建物建設の事業方式を大別すると以下のように整理される。

①サ高住のための土地・建物を地主からサブリースして行う場合

現状では「土地」と「建物」は地主や建物所有者からサブリースしているものが半数近く存在する*3。その原因は、サ高住の建設に対する『投資（資金調達）』の仕組みがなく、地主の相続税対策、資産活用の別名目で、サ高住の建設が行われているからである。上記の結果として、建設される建物は最低基準ぎりぎりを満たすもので、建設費も十分にかかけられていない。

*3 野村総合研究所「高齢者向け住まい等が果たしている機能・役割等に関する実態調査報告書」2015.3

②事業者が土地・建物取得の資金を自ら調達し事業化する場合

資金の調達コストが嵩む（特に土地を新規購入する場合はより嵩む）。また、事業を通じて資金出資者（投資家）への利益還元が必要である。

③ヘルスケアREITを利用して事業化する場合

②同様に、資金調達コストと、投資家への利益還元が優先される。

・上記の①から③の方式が成立しているのは、家賃収入よりも、介護保険、医療保険から確実な事業収入が見込めるからである（だから、入居者も著しく要介護認定者に偏っているともいえる）。つまり、サ高住の全体事業は、民間資本で行われる「土地+建物建設」の部分と、公的な保険によってカバーされる「介護」と「医療」の組み合わせによって成立している。

・以上の結果、サ高住の開設をノン・コントロールで推進すると、ほぼ自動的に介護保険、医療保険の出来高が大きくなるという関係にある。ヘルスケアREITには海外投資家も多いが、日本の公的な保険制度である介護保険、医療保険にフリーライドして、投資家に利益還元するような構造が内包されている。

- ・サ高住の建物調達に係る事業方式について、適正な方法を確認することが喫緊の課題である。現在および未来の入居者（需要者）が自己投資（小口出資）をするファンド等を形成し、そのプールから資金を調達して建設整備を進める方策を講じてはどうか。→民間型・地域型財政投融資の仕組み

(4)「サ高住の建物条件」の整理

- ・住戸面積基準の規定に対する理解が、混乱している可能性がある。

①最低住戸面積 25 m²の根拠

住生活基本計画における単身世帯の最低居住面積基準を援用。

25 m²の根拠は、以下の通り。

- ・1DKの住戸型。寝室約 4.5 畳、DK約 4.5 畳、水回り・収納・通路等約 7 m²
- ・上記ネット面積 22 m²を壁芯補正

②共同居住タイプの場合の最低住戸面積 18 m²の根拠

第 8 期住宅建設五か年計画までの単身世帯の最低居住面積を援用

18 m²の根拠は、以下の通り。

- ・1Kの住戸型。寝室約 4.5 畳、K約 1.5 畳、水回り・収納・通路等約 6 m²
- ・上記ネット面積 16 m²を壁芯補正

・厚生労働省が所管する施設の居室面積に関して、以下の最低基準がある。

①養護老人ホーム、特別養護老人ホームの個室：10.65 m²（6 畳相当）

②ケアハウス：15.63 m²、21.6 m²（都市型は 7.43 m²）

③認知症グループホーム：7.43 m²（4.5 畳相当）

④有料老人ホーム：介護居室 13 m²（8 畳相当）

・住戸 (house) の規定と、居室 (room) の規定を混同しているのではないか。

・既存住宅等を活用してシェア居住をする場合の面積基準は、居住人員で規定される house としての面積基準の規定と、各居室の個人の room として確保されるべき面積基準の規定を重ねあわせて定めればよい。

①一般型誘導居住面積水準（戸建住宅の場合）

$$S=25m^2 \times \text{世帯人数} + 25m^2 \quad S:\text{住戸延床面積}$$

$$\text{居室面積} \geq 7.43 m^2$$

②都市居住型誘導居住面積水準（集合住宅の場合）

$$S=20m^2 \times \text{世帯人数} + 15m^2 \quad S:\text{住戸延床面積}$$

$$\text{居室面積} \geq 7.43 m^2$$

・個人の専用面積以外の共用部分についての規定が現行では曖昧（各自治体で独自の基準を設定している）。共用部分についてもガイドライン的な基準を示してはどうか。

(5)「サ高住のサービス提供の仕組み」の整理

- ・住宅を提供する主体と、生活支援、介護サービスを提供する主体の関係整理が必要
- ・生活支援の提供主体が不適格な場合には、交代できるような仕組みがある。倒産等の場合に、入居者の居住継続を保障できる仕組みが必要

3. 高齢者向け住まいと医療・介護との連携のあり方について

- ・【再掲】都市計画分野の「立地適正化計画」、医療・介護・福祉分野の「地域医療ビジョン」「介護保険事業計画」との重ね合わせが必須
- ・人口減少が進む市町村にあっては、各部門が縦割り型で取り組むのではなく、分野横断的なチームを編成して、地域経営の視点からの連携と方針の確立が急務

4. 低所得・低資産高齢者の住まいとあり方について

(1) 地域善隣事業の推進

- ・各地域で、現実には多数の空き室、空き家が発生している。しかしながら、低所得・低資産高齢者への住宅提供に結びついていない。その理由の第一は、入居後の生活支援や身元保証が確約されないことである。
- ・住宅の確保は、「身元保証」や「生活支援」の仕組みを整えば、格段に進む可能性がある。厚労省が進めている「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業(通称:地域善隣事業)」の各地での拡大を国交省も協力して進めるべきである。その際の最大のボトルネックは、「生活支援」を担える主体を明確にすることと、それに対する事業費等の補助である。
- ・住宅セーフティネット法にもとづく「居住支援協議会」を市町村単位で設立し、当該市町村の実情に応じて、「社会福祉協議会」等と連携して、低所得・低資産高齢者のための住まいの確保とそのために必要な「生活支援」の仕組みを構築することが肝要

(2) 家賃補助（住居費助成）について

- ・公営住宅制度、生活保護の住宅扶助費との関係整理が必要
- ・賃貸住宅の空き室が急増しており、マーケットの裁定が機能せず。市場家賃の的確な補足が困難な状況にある。市場家賃の捕捉に関する合理的な方法を明確にしないと、単純には家賃補助は行い難いのではないか。(アメリカの Fair Market Rent の仕組み等を参照のこと)
- ・今後、国民年金で自宅での居住継続困難な者（低所得者）が急増する恐れがあり、的確な住み替え先の確保とそのために必要な費用の手当てを早急に検討する必要がある。

5. 高齢者等が安心して健康に暮らすことができる地域コミュニティの整備について

- ・【再掲】都市計画分野の「立地適正化計画」、医療・介護・福祉分野の「地域医療ビジョン」「介護保険事業計画」との重ね合わせが必須
- ・【再掲】人口減少が進む市町村にあっては、各部門が縦割り型で取り組むのではなく、分野横断的なチームを編成して、大きくは地域経営の視点からの連携と方針の確立が急務
- ・日常生活圏域単位に、地域再編の核となる「拠点型サ高住」を整備する。土地は公共等が手当てをし、建物は公・共・民で整備する（2-（3）を参照）。
- ・既存住宅、既存建物の活用を図ることによって、地域のあちこちに小さな安心の居場所として「分散型サ高住」の整備を進める。
- ・やみくもに「サ高住」の整備を進めると、その分相当の空き家が発生する関係にあることに留意して、サ高住の適正な立地と整備量を定めるべき。

地方創生政策の現場から

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

明治大学理工学部教授

園田眞理子

(日本不動産学会誌/第29巻第2号・2015.9、p68-72掲載より)

1

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)にあつては、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²である。換言すれば、日本の超高齢化問題は、東京圏で年老い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律ではない。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の関連法案を一举に改正する「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

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)

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。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。その養分があつてはじめて、制度として確立された「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「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。

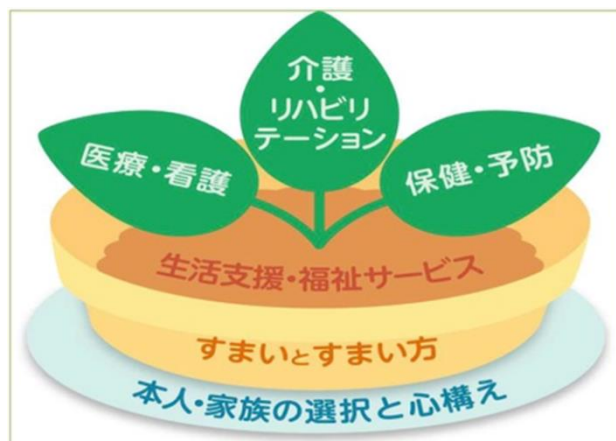


図1 地域包括ケアシステムの概念図

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

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

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

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と。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と。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て行うべきものである。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。虚弱高齢者等が的確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、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。

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。

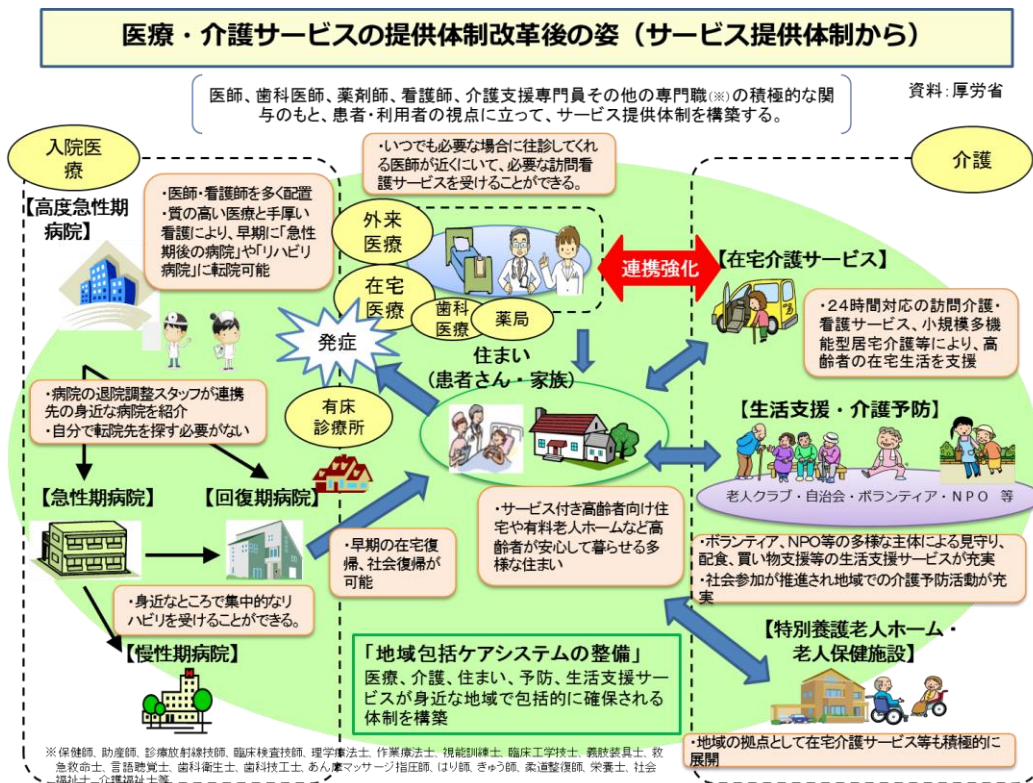


図2 医療・介護サービスの提供体制の改革後の姿

資料：厚生労働省

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15~16%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

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、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。

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なさい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

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。

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がいる。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。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を外部的化すると、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。

¹¹P.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

地域再編の核としての

「サービス付き高齢者向け住宅+24 時間対応介護・看護・医療拠点」の整備

明治大学理工学部教授

園田真理子

(医療と介護 Next 2016.1 掲載予定)

日本の3つのファクト

今、日本社会で起きていることを俯瞰すると、3つの大きな事実を指摘しておかなければならない。

まず、一つ目は、激しい高齢化の進展である。今や限界集落だけでなく大都市部でも、特に戦後に開発された郊外では、住宅地単位で見ると高齢化率が40%を超える場合が稀ではない。開発された順番通りに激しい高齢化に直面していく。それとともに、子供のいる世帯は少なくなっており、単身世帯が急増している。高齢化の進展とともに、家族、世帯のあり様も極めて多様化している。これが第一の事実である。

第二の事実は、人口の減少である。江戸末期の人口停滞期以来、200年近くも増える一方だった人口が2008年をピークに減少に転じている。2014年の一年間で約27万人も人口が減少した。したがって、高齢者人口が増えているから高齢者の入所施設を増やせばよいという単純な方法がとれない。増やした分だけ空き家が増えるという相関関係がある。

第三の事実は、財政難である。1990年頃に、今の介護保険等に通じる制度改革に着手したのであるが、率直に言えば見込みが甘すぎた。当時の日本は、“ジャパン・アズ・ナンバーワン”に酔いしれており、社会保障制度を手厚くすることが我が国に残された最後の課題だと考えていた。事実、この四半世紀の間に我が国の社会保障制度は相当に手厚くなった。しかし、その一方で経済は失われた20年である。高齢化の進展で社会保障費は膨れ上がり国民負担率は40%を超えている。現行の制度を維持すると20年後の負担率は60%を超える。つまり、第三の事実とは、お金が足りないことである。

上記の3つのファクトに対して、私たちがなすべきことは何か。その答えは、人が生活する基盤たる「地域」を再編することである。

地域再編の必要性

では、地域再編とは、具体的にどうすればよいのか。特に、地域で急増する高齢者人口に対してどのような方策があるのだろうか。

その第一は、都市インフラ、建物、住まい等の物理的な空間を再編することである。20世紀の都市づくりは拡大的かつ離散的であった。急増する人口・世帯に合わせて都市中心部から郊外へと市街地が拡大したが、我が国の都市計画規制は緩く、新しい住宅地開発は郊外で虫食い状に行われた。ゆえに離散的でもある。大都市における現下の高齢化はこの虫食い状に開発が行われた

計画単位ごとに塊状になって起きている。そこで後期高齢者が急増すると、買物や通院の利便性が悪く介護施設もない。虚弱化した高齢者は住み慣れた地域から離脱せざるをえない状況になっている。しかも、その離脱が進めば、自動的に空き家、空き建物が増え、最後は空き地になる。このような状況を打破するために、都市空間を抜本的に再編する必要がある。その際に、喧伝されているのは“コンパクトシティ”という掛け声であるが、21世紀前半の超高齢化に対応するには、一極集中型のコンパクトシティではなく、高齢者が集中して居住しているところは、その地域で最後まで暮らせるようにしなければならない。また、空き家や空き建物を活用して地域の物理的な空間を再編成する必要がある。空き家を要介護高齢者の居住場所に、空き建物を介護事業所や買物・通院等の便民施設にといった発想が重要である。

第二に、生活を支えるソフトを再編する必要がある。その地域が次世代に継承されることまで視野に入れば、介護、看護、医療にとどまらず保育や義務教育も含めて社会サービスを組み直す必要がある。「地域包括ケアシステム」とは、特に虚弱高齢者にフォーカスして地域の社会的なサービスや相互扶助のあり方を再編する取組である。

都市、住宅、福祉分野の縦割りの弊害

団塊世代が後期高齢者に突入するまで後10年しかない今、「地域再編」に向けて、各地域が各分野横断的に動き出すべき時である。しかし、現実には困ったことが起きている。都市、住宅、福祉の動き方がバラバラなのだ。

時間的に最初に動いたのは、“住まいの分野”である。2009年の高齢者住まい法の改正により、「高齢者居住安定確保計画」を策定することとなった。しかし、この計画の主体は都道府県単位であり、市町村の介護保険事業計画や老人保健福祉計画との結び付きが弱く、今のところほとんど実効性がない。

次に、2011年10月にそれ以前の国土交通省所管の高齢者向け住宅に関する諸制度が整理一本化され、厚生労働省との共管として「サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）」が誕生した。ところが、このサ高住の登場は早すぎた故か、地域包括ケアシステムとはあたかも無関係のように始まってしまった。以来、わずか4年の間に18.7万戸も登録され、文字通り激増しているが、その内実は混乱している。2014年に国交省が行った調査¹²によれば、立地は都市縁辺部や地価の安いところに偏在し、建物の質も、住戸面積は最低基準ぎりぎりの18㎡以上25㎡未満のものが全体の約70%を占める。また、入居者は、87%が要支援1以上の者で、31%は要介護3以上の重度要介護者である。サ高住が、安心と介護等を求める虚弱高齢者の住み替え先として機能していることは明らかである。それにもかかわらず、地域包括ケアシステムの網には入っていない。

そして、3年半遅れで本格化したのが、“福祉分野”の「地域包括ケアシステム」である。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、地域包括ケアシステム」を国全体で進めることになった。これが、日常生活圏域を基本単位として、圏域内のどこに住んでいようと24時間切れ目のない生活支援、福祉、介護、看護、医療を包括的

¹² <http://www.mlit.go.jp/common/001066913.pdf>
<http://www.mlit.go.jp/common/001066914.pdf>

に提供する仕組みであることは既によく知られているところである。ところが、その中で「すまいとすまい方」は基本・基礎であるとされているにもかかわらず、サ高住がどこに位置づくのかは曖昧なままである。その方が民間主導、市場ベースでサ高住の供給が進むとする向きがあるのかもしれないが、現実にはサ高住を無目的に増やすほど介護保険や医療保険が無尽蔵に使われる傾向がある。サ高住は自由市場で成立していない。保険との結び付きを前提に、地域包括ケアシステムの要素として位置づけるべき存在である。

最後に登場したのが、“都市分野”の「立地適正化計画¹³」である。2014年8月に都市再生特別措置法を改正し、都市全体の観点から、居住機能や福祉・医療・商業等の都市機能と公共交通を再編するための計画を策定し、それに基づく事業について補助を行うというものである。拡大する一方であった都市に“居住誘導地区”というタガをはめてコンパクトにしようという方向に本格的に動き出した。

以上のとおり、地域再編に向けての動きが活発化しているが、手を付ける順番が全く逆になってしまい、分野間のつながりが非常に悪い状況にある。まず、都市の基盤を作り、地域包括ケアシステムを構想し、そこにサ高住を位置づけていたら今のような混乱は起きなかつただろう。しかし、手を拱いているわけにもいかない。これから是正していくしかない。

サービス付き高齢者向け住宅の役割は何か

サ高住の役割とは、端的に言えば、高齢者の住み慣れた地域で、より安心して住まい、必要な各種の生活支援や介護、医療等のサービスを受けて最後まで住み続けることのできる「もう一つの住まい」を提供することである。その基本を認識することが重要である。その上で、地域の適切どころに、適切なサ高住を設ければよい。その時のサ高住には、2つのタイプが考えられる。一つは、地域再編の拠点となるサ高住である。サ高住だけでなく24時間対応介護・看護・医療拠点と複合されることによって、「あそこに行けば大丈夫、あそこがあれば大丈夫」と地域の誰しにも思われる拠点である。超高齢社会にあつては、これが“地域再編の核”となる。もう一つは、「分散型サ高住」というタイプである。住み慣れた家の近くにあつて、小規模で家庭的な雰囲気とするもう一つの住まいである。既存住宅や建物の活用を図ることによって、地域のあちこちに小さな安心の居場所が形成される。

人口減少、超高齢化はピンチではない。地域を再編するチャンスである。そのために、まず、「サービス付き高齢者向け住宅+24時間対応介護・看護・医療拠点」の整備から始めようではないか!!

¹³ http://www.mlit.go.jp/en/toshi/city_plan/compactcity_network.html

居住の場—「サービス付き高齢者向け住宅」はコミュニティアケアの構成要素である

明治大学理工学部教授

園田眞理子

(医療福祉建築 No. 190 2016. 1 掲載予定)

なぜ、「サービス付き高齢者向け住宅」が必要になったのか

2011年10月にそれ以前の国交省所管の高齢者向け住宅に関する諸制度が整理一本化され、厚生労働省との共管として「サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）」という制度が誕生した。それ以降、あれよ、あれよという間に、2015年10月現在、18万7千戸余も登録される事態になっている。なぜ、これほどまでにサ高住が必要になったのだろうか。

釈迦は、人間にとっての四苦とは「生老病死」であると喝破されたが、20世紀後半の日本人は長寿と引き換えに、特に「老」と「病」の期間が長期化した。その苦を和らげるには、自分の力だけでは無理で、“他者”の支えがいる。

ところが、その主要な支え手である家族は、現代では極小といえるほど小さくなってしまった。家族の誰かが老に直面した時、小家族では支えきれない。そのために、「介護保険制度」という社会的に介護し合う仕組みがつくられた。

その歴史はまだ15年しかないが、当初の想定以上に老いる人、即ち高齢者の家族機能は脆弱になり、単なる在宅支援では追いつかなくなっている。一方、「施設」という規格化され、閉鎖的な空間での介護は入所者の主体性や真に生きる意欲を低下させ、しかも高額な費用が掛かることがこの15年で明らかになった。そうした狭間からサ高住は生まれてきた。

「地域包括ケアシステム」とは何か

社会保障と税の一体改革のプロセスを経て、高齢者の医療、介護の分野では「地域包括ケアシステム」が制度設計されている。地域包括ケアシステムとは、日常生活圏域を基本単位として、その圏域のどこに住んでいても24時間365日切れ目のない、生活支援、福祉、介護、看護、医療の支援を一体的に受けることによって、最後まで安心して生活できる環境を保障しようというものである。

ところで、このシステムの本質とは何であろうか。筆者は、「地域包括ケアシステム」とは、実は私たちの社会の成熟度を問う試金石だと考えている。その理由の第一は、70年前に間違ったこととして一旦は打ち捨てた、「地域で協力する、合力すること」を再び行おうとしている点である。第二次世界大戦の敗戦の理由は、人々の自由を奪う結束力、すなわちファッショ（そもその意味は東、団結力）だというトラウマが現50歳代以上には共通してある。お上の号令一家、力を合わせることは危険だという潜在意識がある。地域包括ケアシステムを行うには、このトラウマを乗り越え、決して閉鎖的、拘束的にならない、地域の協力関係、合力を行う必要がある。

成熟度が問われる第二の点は、私たちが「お上」という概念を封印できるかどうかである。戦後の日本社会では、あえて誤解を恐れずにいえば、「お上＝行政（官僚）」という意識が蔓延してきたのではないかと。戦後の著しい経済成長の恩恵のもとに、国民、市民は「負担する」という認識を持たずに、ひたすら「受益」のみを求めてきた。本来、負担と受益の関係を国民一人ずつが理解し、その関係のあり方を議会で決定し、その結果を履行するのが行政機関である。しかるに、戦後 70 年間で私たちに染みついたのは、税や保険料の「負担」を忌避し、「受益」だけをひたすら期待するという、国民主権、民主主義とはおよそ言い難い振る舞いである。しかし、65 歳以上高齢化率 25% 超、毎年の人口減が 25 万人超という現状では、もはや大盤振る舞いと配分を賢く決定してくれる「お上」などどこにもいない。個人（法人格も含んで）の税や保険料の負担と、貨幣化せず、拘束的ではない協力で、どのように高質で成熟した社会を構築するのか、そこが問われている。

さらに、地域包括ケアシステムとは、中々に戦略的で、上記に述べたような協力関係を目に見え、実感できる「地域単位」で成就させようとしている。基本は、基礎自治体である市町村であるが、介護保険に関していえば、この保険者毎の経営手腕、経営力が問われる。第六次介護事業計画の下で進められている「新しい総合支援事業」とは、その事業計画と方法を確立するという他にない。

加えて、基礎自治体のもとに「日常生活圏域」という、30 分で駆け付け可能あるいは中学校区程度というサブの圏域が設定されている。この圏域とは何か。それは、人間が生きていくために必要なリアルな生活圏を意味する。今やお金や情報は地球全体を瞬時に移動することができるが、リアルな人間の存在は消すことができず、特に小さな子供、虚弱化が進んだ高齢者、病を得た人には他の人による支えがないと生きていけない。私たちは、「見守る」と簡単に云うが、ICT で遠隔地から「見る」ことはできても、実際に「守る」ことは生身の人間が駆け付けられない。

以上の通り、「地域包括ケアシステム」とは、私たちが直面する難問の本質を突き、かつそれを解くための方法論である。サ高住も、当然に、それを構成するための一要素として位置づけられるべきものである。

サービス付き高齢者向け住宅が直面する課題

不幸なことに、「地域包括ケアシステム」が本格化する以前に、サ高住の制度が先行発進してしまった。地域包括ケアシステムの正式な誕生日が 2012 年 4 月 1 日とすれば、サ高住の誕生日は 2011 年 10 月 20 日である。この約半年のずれ故か、サ高住は、地域包括ケアシステムとは無関係に野に放たれた。高齢者住まい法に位置づけられたサ高住とは、一定の条件を満たした物件を単に登録するだけのものであるが、単年度予算で一戸当たり 100 万円上限の建設補助が行われている。

その結果、跋扈したのが、新規の建設需要の低迷にあえぐ「建設事業者」による新規建設への働きかけである。また、一方、制度改正のたびに大きく変動する介護保険や医療保険への対応に汲々とせざるを得ない介護事業者や医療事業者が、自身の経営的な安定を図るために、サ高住の開設に活路を見出そうとした。もちろん、これらの根底には、自宅に住み続けることもままなら

ず、さりとて、特別養護老人ホームに入居するには長い時間待つしかないという高齢者の圧倒的な需要が存在する。

以上の結果、現下のサ高住は、わずか4年間の間に18.7戸も登録されるほど数が増えたにもかかわらず、その内実は問題が多い。2014年に国交省が行った調査によれば、立地は都市縁辺部や地価の安いところに偏在し、建物の質も、住戸面積は最低基準ぎりぎりの18㎡以上25㎡未満のものが全体の約70%を占める。共用部分に関する面積基準は特に設けられていないので、建物全体でトータルに空間の質が保障されているのかは判然としない。また、入居者は、87%が要支援1以上の者で、31%は要介護3以上の重度要介護者である。サ高住成立当初に、国交省が「サ高住とは、健常自立高齢者の老後の住替え先です」と喧伝した向きもあり、そのターゲットを曖昧なままにしてきたが、結果は、要介護高齢者の住替え先であることは明らかである。

さらに、表面の数字だけではわからない根本的な問題がある。その第一は、建設事業者がサ高住の建設を強く働き掛けたと云ったが、その相手先は、遊休化した土地を持て余している地権者であり、また相続税対策をしなくてはと思いついでいる人たちであった。つまり、18万戸余のサ高住のかなりが、土地活用や相続税対策の名目で建設されたのである。本来なら、急増する要介護高齢者が安心して最後まで生活できる「もう一つの住まい」を地域に設けるとすべき目標を、それとは全く違った目標設定で建設を促進したのである。だから、土地の値段の安いところ、高齢者の従前の居住地とは全く無関係なところにサ高住が多数現出するという事態になった。

ただ、そうなったのには、もう一つ別の理由がある。それは、新築にしる、リノベーションしる、建設には多額の費用が掛かるのに、その資金の健全な出し手がないことである。特別養護老人ホームの場合には、厚労省からの建設補助金や土地の手当てに関する各種の優遇措置があるが、居住系施設やサ高住の場合は、土地は原則自弁で、建物建設も原則は自弁で、補助があっても限定的である。つまりは、民間で土地と建物を賄わなければならない。だから、遊休化した土地とある程度の資金力を持つ者に、土地活用や相続税対策の名目で働き掛けるしかなかったといえる。

地域包括ケアシステムという素晴らしいグランドデザインを持ちながら、このようなサ高住の状況を放置しておいてよいのだろうか。今からでも遅すぎないので、サ高住を地域包括ケアシステムの中で健全に機能し、真の「もう一つの住まい」に仕立て直す必要がある。

「ネットワーク」と「事業スキーム」のデザインがいる

サ高住を地域包括ケアシステムで健全に機能させるには、地域の住まい、生活支援、介護、看護、医療等に関するネットワークのデザインがいる。

地域の中の住み慣れた自宅、自立した生活が困難になった時に住み移れる「もう一つの住まい」、そして、それらの居住の場と、日常的な見守りや食事等の生活支援、介護支援、病気の時の看護や医療サービス、看取りの時の介護、看護、医療等の各種のサポートやサービスがネットワークされる必要がある。そのネットワークが適切できめ細かな地域ほど、高齢者のみならず、その家族や周囲の人にとっても住みよいはずである。高齢者が安心して老いることのできる環境は、次世代に対しても、未来の安心を約束することに繋がる。

それには、サ高住の立地を現状のように自由放任にしておいてよいわけがない。地域をより高

質にするために適切な立地規制、もう少し柔らかくいえば都市計画的な視点に立った立地誘導がある。高齢者とは、それ以前の履歴の上に存在しているので、どこでどのような需要が発生するかを予測することは比較的容易である。つまり、既知の市街地の上に、サ高住の適切な立地をプロットしていけばよい。

もう一つの課題は、適切な事業スキームの構築である。特に、建設の初期費用の資金調達の仕組みがある。純粋な営利目的で投資を募るという方法は、介護等に関連する高齢者事業には馴染まない。投資を受けて、高齢者が利潤を生みだせるわけがない。高齢者事業は非営利事業と割り切って、負担と受益の関係づけを明瞭にする。そのために、地域で高齢者自身やその親族、あるいは未来の高齢者が共同出資をするような仕組みを創ればよい。初期資金さえ集まれば、残りは融資等を受けながら、地域でサ高住を運営・経営していくような仕組みにする。その過程で生まれる仕事は地域雇用の創出になる。介護を利益目的の労働にしまうと、結果は3K職業である。そうではないディセントワークを創出する。

最後にもう一つ、人口減、世帯減が進むほど、既存住宅や建物の再利用を本気で考える必要がある。人口・世帯減の局面で新築のサ高住を増やすと、その分だけ空き家が増える関係になる。18㎡のサ高住が増えて、100㎡超のお屋敷が空き家、廃屋になっていいのか。

残された時間はそれほどない。サ高住がコミュニティケアの構成要素として真に期待された役割を担えるよう、改革が待ったなしである。

ⁱ <http://www.mlit.go.jp/common/001066913.pdf>
<http://www.mlit.go.jp/common/001066914.pdf>3