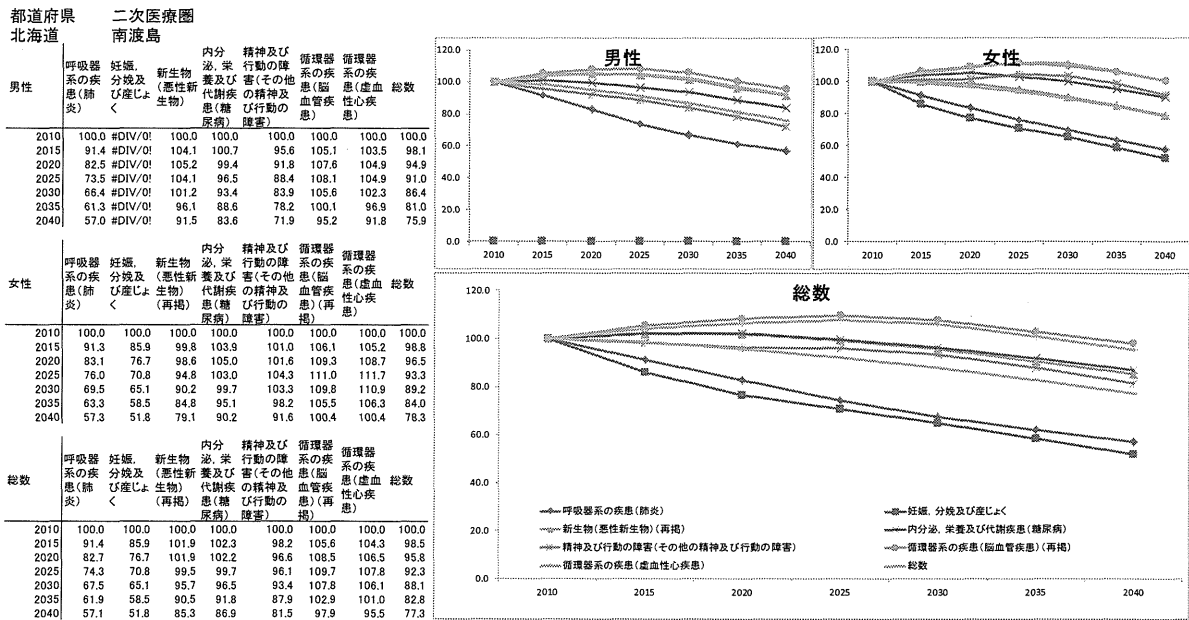
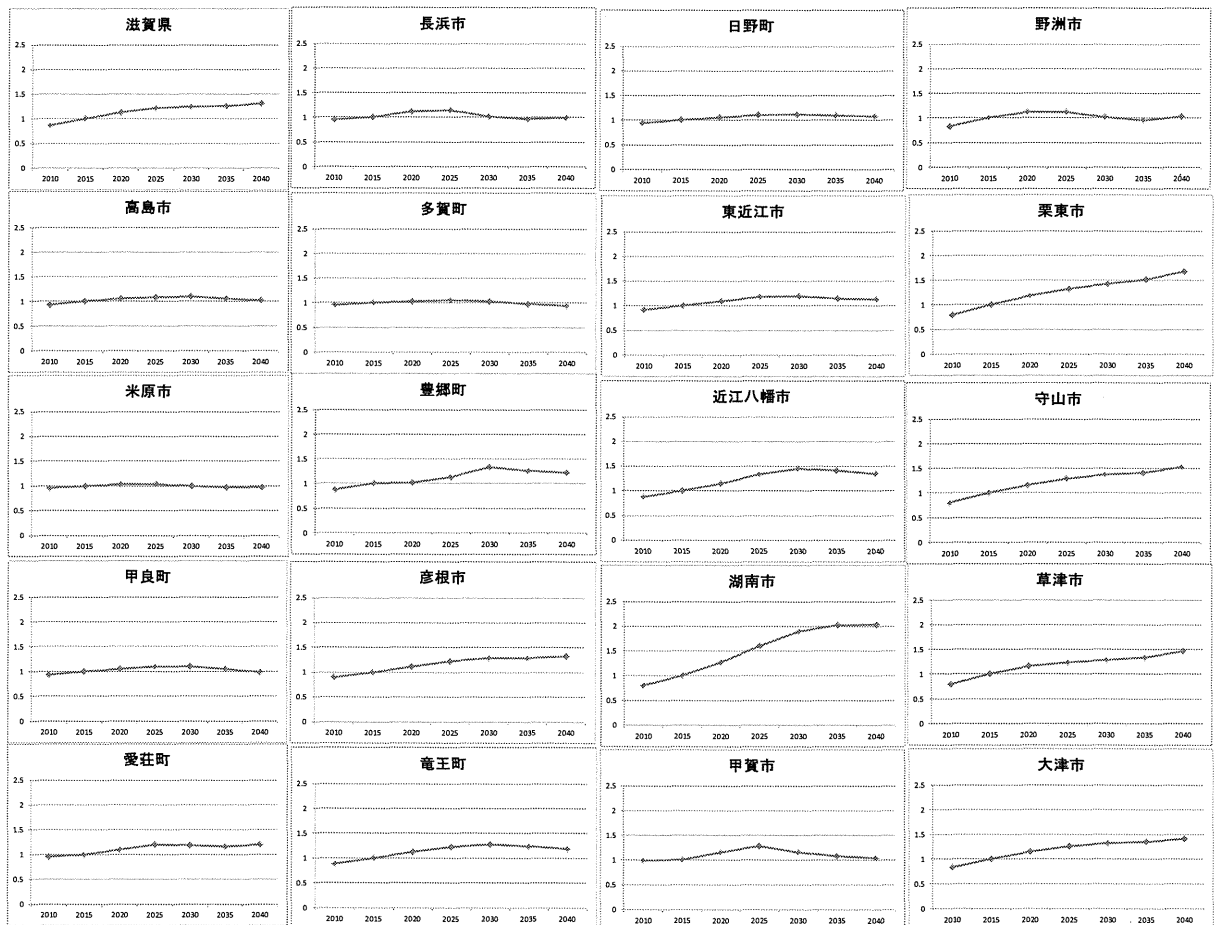


二次医療圏別疾病構造試算ツール 結果表



「二次予防対象者試算ツール」結果表



F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

地域包括ケアのその先を見る ——ストック重視の視点への転換を

●医療経済研究機構 所長 西村周二

1 はじめに —社会保障を見る視点—

消費税率の10%への引き上げが、18か月先送りされた。概算では1%は、年間約2兆円強に相当するので、約6兆円の税収分を先送りすることになる。ここでは代替的な財源の可能性などを論じる意図はないが、いずれにせよ、こういう事態を続けることは、将来世代にどんどんツケを回すことになるというところだけは認識しておくべきである。

今回の先送りの影響は、当初予定されていた子ども・子育て政策に向けての財源措置の先送りだけで

なく、介護報酬の引き下げなどにも及ぶことになるので、将来世代の負担増への影響という意味では微妙であるが、全体としてみた場合、社会保障給付のための財源確保が遅れ、若い人たちの負担増を強いることになることは明らかである。

社会保障財源確保の先送りは、ボクシングでいえば、ジャブを打たれながら、だんだん体力を消耗する選手に相当する。この場合、少しずつ打たれ続ける選手に対して、相手のどの一発が決定的なダメージとなるのか、予測できないので厄介である。

リングの外で評論家が、ボクシ

ングの選手に、「こっち(別の角度)とえば、大企業、高所得者から打たない(税金を集めない)からだめなのだ」とか「いやまだいける、決定的な妙案としての(インフレ)策はある」などといったているが、どれもあまり妙案には思えない。

「増税」を先送りして、インフレ政策によって後世代の負担を軽減できるといった議論が、これまで何十年の間叫ばれ続け、成功してこなかったということも忘れておくべきでないだろう。この種の議論を見るさいに、滑稽だとさえ言えるのは、多くの専門家の議論が、1兆円レベルの話をしているのか、

100兆円レベルの話をしているのか、はつきりしないという、桁を間違った議論が多すぎると言う点である。

そもそもインフレを起こすことがとても難しいことは、次第に明らかになっていくが、仮にインフレを起こすことができるとして、いったい何%くらいのインフレを起せば、後世代の負担をどの程度軽減できるのかといった議論もほとんどない。金融政策に対する銀行、企業、個人の対応を総合的に予測すると、自然に任せたとした場合と比べて、せいぜい1%程度の上乗せをするのが精いっぱい、それでは国の借金を微々たる額しか軽減できないだろう。

次に、大企業からの課税を強化せよという声があるが、それをどの程度重くすれば、どの程度の企業が海外に出ていくのかの推測もあまりなされない。

膨大な保有額となる内部留保を吐き出させて財源とせよという見解もあるが、これはフロー額ではなくストック額なのだから、長期にわたって継続的に続けるわけにはいかない(なお余談であるが、社会福祉法人の保有する内部留保

の大きさが問題となつてはいるが、営利企業のそれと比べた場合、2桁少ないので、そのことにも留意しておく必要がある。

以上、いきなり専門的な「経済」論議という、本稿に本来は期待されていない内容から始めたことには、理由がある。それはそろそろ日本はあらゆる角度から「量的拡大幻想」を捨てる時期が来ていることを強調したいからである。

以下の本稿では、今後の医療・介護のあり方を、「地域包括ケア」のその先に来るもの」という視点で論じたいが、その主要な視点は、経済が過去と同様のパターンで拡大していくという視点を転換し、「いまある様々な資産をいかに活用するか」「場合によつては縮小しつつ効果を上げるか」という視点で問題を捉えることの必要性である。

とはいえ、私は「縮小経済」「定常経済」を提唱するわけではない。たとえば「くたばれGDP」といった素人的な議論を述べると混同されることが多いが、「現在の資産を有効に活用する活動」は、しばしばGDPをかなり上昇させる。何かを縮小するのに

もお金はかかり、逆に縮小したほうが経済活動は活発になることも多い。次節でこの発想の意味を述べ、その発想を第3節で医療・介護のあり方について論じたい。

2 ストックとフロー

経済学ではストックとフローの区別を大切にしている。たとえば私たちが「お金持ち」という場合、正確には、年々の所得が多い人のことを指すのではなく、もともと持っている資産が多い人のことを指す。ところが概して言うと、資産の多い人は、年々の所得も多いので、「お金持ち」はこの二種類の違いをあまり意識せずに用いる。しかしお金持ちは自分の財産を維持するために、さまざまな努力をしているし、そうすることが必要である。たとえば借家に住んでいる人は、資産としての住宅を意識する必要がある。ところがいつたん家を持つと、それを維持管理することが意外に大変だと言うことに気づく。その意味で、日本の社会では、すでに3分の2の世帯が「資産家」だと言えるのである

(ただしその半数近くは、価値に乏しい老朽化した家である)。

個人の問題としてもこの点は注目すべきことであるが、社会的に見ても、これは重要な課題である。現在日本では、個人所有の住宅資産は、全国の世帯数を上回っており、今後人口減少と高齢化が進むにつれ、新築住宅の需要は減少する可能性が高いが、他方で、既存の住宅は、何の手入れもなしに、いつまでも維持できないので、修理、修繕などの需要は高まる。

こういった維持・管理に意を注がなければ、住宅そのものの価値は下がっていく。いうまでもなく、維持・管理にはお金がかかるが、お金をかけない方がもつと資産価値が下がるとすれば、その比較の見直し次第で、無理にでもお金をかけなければならぬ。

こういったことは、不動産に関してだけでなく、金融資産に関しても同様である。最近「アベノミクス」の妥当性が議論されているが、この間、適切な(?)運用をして金融資産を大幅に増した人もいれば、そうでない人もいる。現時点ではまだデータが明らかになっていないが、おそらく「アベ

ノミクス」は資産格差を拡大したという議論がなされることになる。株式の運用益を得た人とそうでない人との格差を広げていると思われるのである。

この種の「持てるもの」と「持たざるもの」の違いを見る視点は、それ以外の、さまざまな多様な角度からの分析が必要である。

たとえば、全体としての株価を引き上げること成功したアベノミクスは、高齢の資産家をかなり潤したと想像できる。しかし他方で高齢の資産家のなかにも、資産をすべて預貯金で保有していた人たちは、アベノミクスの恩恵に浴していない。

ここで強調したいことは、かりに多くの資産を持っていても、それを適切に管理しなければそれが宝の持ち腐れになることが多いという点である。その例をいくつか示す(アベノミクスがこれから目指す「インフレ政策」が成功すると想定すればインフレに備えた(防衛のための)庶民の資産管理も重要になる)。

まず、日本全体での金融資産保有額は、個人だけでなく企業もかなり保有しており、企業の内部留

保としてあらわれる。近年この額が異常に膨らんでいるので、経済がうまく回っていないことの証しとして指摘される。実際、政府は、企業の内部留保を減らして従業員への給与の引き上げに向けるよう依頼を始めた。これはマクロ的に見て「資産の有効活用」ができていないという判断から行われるのである（もちろん、近い将来にそれを活用するとか、金融資産として保有する方が有利であるとの、明確な判断をして保有している場合は、この限りではない）。

個人の資産だけでなく、社会全体の資産のあり方についても、同様の視点が必要である。最近、大都市と地方都市、さらに過疎的な地域との格差が大きな社会問題となっているが、こういった問題もストックとフローを区別した議論が必要である。

言うまでもないことであるが、個々の街の人口が減少するなどで、経済活動も低下すると、一般的にはその街の不動産価値は低下する。この点は当たり前なので、ここでは議論を省略するが、それに加えて、それぞれの自治体には、過剰と言えるほどの、公的不動産

がある。学校などはいかに及ばず、公民館なども数え上げればきりが無い。

中川雅之氏（日本大学）の推計（参考文献参照）によると平成15（20年時点）（根拠となる統計の出所時点が異なるため、このような表現を用いる。）で、国・地方自治体が保有する不動産は、約454兆円にもものぼる。これらの資産も有効活用しないと、その価値は次第に低下する。ただ、その使い道を管理する地方自治体は、民間企業と違って、その市場価値が今後どのように変化するかの見通しなどについての感覚はほとんどない。ところが、当然のことであるが、都市のコンパクト化に成功し、その街が活性化すれば、公共資産の市場価値さえも上昇する。公共資産と私的資産を適切に組み合わせ、市場価値を高めるノウハウを、大手デベロッパーと共同で企画するということが考えられてよいのである。

現在、日本の地方都市は一部を除き、急速な勢いで人口が減少している。多くの場合、これまでの公共施設は、人口が一定、ないし増加することを想定して、公民館

などが建設されてきた。こういった施設を整理・再編して、中川氏がいうように、「医療、介護、福祉、高齢者居住機能の集積を効率的に実現する」ことが重要である。高齢者、特に超高齢者にとって医療・介護・福祉・生活支援はもはや必要不可欠なものである。これを提供するためには、多くの高齢者に「住まい方」を変えてもらうという発想を持つことが必要なの時代が来ている。そしてそのためには、ある程度「私権」を制限することが必要である。ストックとしての資産は、有効に活用しなければ、しばしばその価値が低下していく。その結果、フローとしての所得が減少してしまうのである。

3 地域包括ケアシステムとまちづくりの意義

少し前までは、厚生労働省が提示してきた「地域包括ケアシステム」について、多くの自治体では、なかなか具体的なイメージができていないと言う声が多かった。しかしながらここ1年ほどの間に、先進的な地域の事例が数多く紹介されるに及び、その具体的なイメージ

が形成されてきたように思われる。ただし「先進的」と言われる事例は、皮肉なことに比較的人口が減少しつつある地方都市で見られる。いくつかの現場からの発信を学んで筆者が考える仮説としての教訓は、「資源が足りない」ところの方が、かえって工夫がなされるのではないかという点である。さらに後に述べるような理由により、現段階では「先進的」と言っても、主に医療・介護の連携ないしそれに毛が生えたものにとどまっていると思われるが、それでもその意義は果てしなく大きい。まずこのことの「先進性」を筆者の独断と偏見で評価したい。

その前に筆者は、やや独断的に、地域包括ケアシステムに対する期待を、三つの段階に分けている。

- 第一段階の最低限の条件として
- (1) 医療・介護の統合的な提供、
- (2) 施設ケア中心ではなく「地域ケア」を中心において医療・介護を提供すること、
- (3) 多職種間の相互理解の推進と職種間の平等な仕事の分担と協働などを条件としたい。

これに加えて、第二段階で期待されることは、リハビリテーション

ンなどを含めた、高齢利用者の残存能力の活用を含めた、「利用者の自立および自律」をうながす支援である。

さらに第三段階では、以上のような仕組みを、点としての各利用者に適用するだけでなく、面として地域全般に広げること、さらにそれが経済的にも持続可能な仕組みとして定着させること、さらにそのために、既存住宅の作りの改変も含めた、街づくりにまで広げていくことなどが必要だと思われる。

なお、「地域包括ケアシステム」の意義については、多数の上質な類書を参照のこと。このシステムの現代的意義については、筒井孝子氏、宮島俊彦氏の著作や、田中滋氏、高橋絃士氏、堀田聰子氏らの議論を参照されたい。

筆者の印象で、前記の第一段階の(1)(2)が実現しつつある箇所はかなり増加している。具体例は、前掲各種の地域包括ケアに関する著作、スライドなどでその内容をうかがい知ることができ、そのうちのかなり多くのものは医師主導である。そのこと自体の意義は大きく、また中心となっ

ている医師は、いずれも尊敬すべき人物であるが、多職種の平等な関係が形成された上での活動の展開があればなお良いと思う(理由は簡単で、患者は医師と対峙する場合には、医師に比べて患者の側に、圧倒的に知識が少ないために、自らの希望を表明することを躊躇するから、医師の治療の判断に託って極めて重要な、患者の生活情報が届きにくいからである)。

特に「医療職」と「介護職」の職種間の情報共有が、今後の住民意識の高まりにとって不可欠であろう。筆者のわずかな現地での見聞では、東近江市で展開している「三方よし研究会」の活動は、この情報共有に関して感動的な情報共有がなされている。

第二段階に関しての今後の大きなテーマは患者や利用者の自立・自律支援であろう。ただし筆者は不勉強のせいで、ここで「自立」と「自律」とを明確には区別できていない。私は身体的な意味で、いわゆるADLが維持できることを「自立」ととらえ、精神的、社会的な意味での自立性を「自律」と使うことにしたい。

この点は介護費用、医療費用の

節約という観点からも重要である。いちいち具体例を挙げないが、「看取り」にさいしての患者本人の意向を、尊重する、しないで医療費がかなり異なることは容易に想像できる。

医療費だけでなく介護費も含める場合、その適切さは、生活自体のあり方と密接に関連してくる。伝統的な経済学の発想では、「家族内」「家庭内」の各種の意思決定には、市場のあり方という観点からも、公共的意思決定という観点からも、あまり立ち入らないことを旨としていた。

しかし近年は、地域社会の絆などの、地域の社会資源、ソーシャルキャピタルの存在が人々の生活に大きく影響を及ぼす(していった)ことが認識されるに至り、これらも含めて資源配分の有効性を考える必要性が生まれている。

その場合、個人の意思を単純に鵜呑みにせず、時には「おせっかい、アウトリーチ」が、外部から加わることが必要となる。「おせっかい」と「自律」は時には矛盾することもあるが、そこを両立させるのが専門職者の手腕である。時に患者「さま」とその家族のい

いなりにサービスを提供することが、医療や介護の本旨であるという見解もあるが、むしろプロの仕事はときには、それと矛盾することもあるというのは常識であろう。そしてその前提で、どのような

ケアの提供が人々にとって「費用対効果的」に望ましいかを考える必要がある。具体例で述べよう。病院で長期に治療を続けると、疾病自体のケアは適切になされても、他のケアが欠けるために退院(退所)後、高齢者の生活能力(たとえば炊事、洗濯)が低下する。

高齢者の日常生活を尊重し、残存能力をできるだけ活用し、要するに「自分でできることは、できるだけ自分でしてもらうケア」を意図して治療をしてもらわないと意味がないのである。ただし逆に「何が自分でできないかを的確に察知し、そのための手助けを怠らない」ケアを提供することも重要ではある。それを前提として、施設ケアと在宅ケアの適切な組み合わせを考へるべきであろう。さらに今後の課題として踏み込んだ議論をしよう。以下はあくまで例示である。単身の超高齢者が増加しているが、その多くは、多

人数家族を想定した、比較的大規模な住宅で過ごしていることが多い。しかし家族を失った単身者にとつて、このような住まい方は効率的ではない。この場合ケアマネージャーは、さまざまな住まい方についても、要介護者や要介護予備者についてのアドバイスができないか検討するとよいであろう。若者に流行しているシェアハウスとして場所を提供する可能性を追求してもよい。あるいは自宅を住みやすくするためのボランティア活動をすることもよい。

もちろんこういっただことを行うさいには、高い倫理性が担保される必要がある。そのため成年後見人制度の整備も不可欠である。これは行政の積極的関与が不可欠である。今後急増すると思われる認知症ケアに関しても、こういった制度を充実することに加えて、街づくりという視点からケアを考へるといことが世界の流れとなつていく。

以上、現在の包括ケアの流れは、一部地域に限定されてはいるものの、先進的な動きが数多く生まれている。実をいうと、ここで述べた発想は筆者のものではなく、滋

賀県で先進的な福祉を推進してきた地域の、ある元公務員（北川憲司氏）をはじめとする多くの人々に見られる発想である。

さらに、この種の問題に関心を持つ多くの医師が、単に医療・介護の一体的、統合的提供にとどまらず、街づくりに強い関心を寄せているのは、特に心強い。もちろん背後には、人口減少という現実にも直面しているがゆえのこともある。「このままいくと、この街はどうなってしまうのか」という疑問をいだき、その発想から行動を始めている医師が急増している。

地域包括ケアが街づくりに広がると、医療・介護の専門職だけではなく、一般のビジネスマンとの交流へと広がってくる。そこには新たな軋轢も生まれよう。しかしながら現場のニーズから発した「街づくり」構想は、絵に描いた構想よりも、はるかに地道で確かなものである。唐突な話だが、超高齢社会では、行政が、地域ごとにコーディネーターを雇用して、私権を制限する権限を与えることを法制化し、超高齢者に住み替えを促すことを考えるべき時期は近いと考へる。

4 大切なポイント…「いまある限られたもの」を有効活用

最後に今後の展開を踏まえた、筆者の強調点を述べて本稿を終えることにしたい。それは「いまある、限られたもの」を有効活用することに尽きる。現在、医療費のみならず、介護費用の急増が、少子化が進む、近い将来の社会保障負担に暗い影を投げかけている。

特に80歳以上の超高齢者の医療費や介護費の大きさは、このままいけば、超高齢化の実現する将来に大きな重荷になる。冒頭に述べたように、これに対する対応は、できれば急速な変化によらず、少しずつの対応で乗り切りたい。そのため、既存の資源を有効活用することが不可欠である。

とりわけ大都市部の高齢化が進むと、ここでは、各種資源が十分であるがゆえに、かえって「何が足りない、何を増やすか」といった議論が先行する可能性がある。医療・介護資源が豊富でない地方都市での、さまざまな実験が、日本の将来の医療・介護の命運を左右することになることに注目したい。その意味で、現在地方都市で

先進的に行われている実験は、きわめて貴重である。

【参考文献】

筒井孝子「地域包括ケアシステムのサイエンス—Integrated careの再検証」社会保険研究所、2014年

宮島俊彦「超高齢化社会を生き抜くために—地域包括ケアの展望」社会保険研究所、2013年

宮島俊彦、高橋紘士、栃本一三郎「座談会 世界に向けた日本発の新たなコンセプト」地域包括ケアシステム」の展望とは」第一法規、2013年

中川雅之「少子高齢時代の都市のあり方」内閣府「選択する未来」委員会「第2回地域の未来ワーキンググループ」報告 http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/wg3/0326/shiryou_01.pdf

本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」(H25—政策—一般—004 研究代表者 西村周二)による調査に基づいている。

都市部の人口高齢化と住宅政策

西村 周三

1 はじめに

本稿は、2025年頃から2040年頃にかけての大都市部の人口の超高齢化の姿を、国立社会保障・人口問題研究所の地域別推計データに基づいて概観し、合わせて超高齢者の医療・介護の姿の今後の展開を考え、それに伴う大都市部の住宅事情の見通しを展望する。

一見すると医療・介護の見通しは、住宅政策とは関わりがないように見えるが、これらが密接に関わっていることを示すのが、本稿の最も大きな目的である。本稿で問題提起し、検討する課題は、「時代を先取りした」と自負するテーマである。こう言えば聞こえはいいが、言い方を代えれば現在の多くの国民の意識から推測すると、かなり「先走った」議論であると思われる。

たとえば今後、超高齢社会が実現することが確実な社会で、急増すると思われる認知症への対応という課題は、多くの国民がそれを真正面から見据えたくない課題かも知れない。しかしながら、仮に画期的な認知症治療技術が発見されたとしても、その実用化に要する時間を考えれば、一気に解決することができず、たとえば認知症の人々を、どこでケアしていくかという問いに、目を背けることはできない。これは、ある日突然に対応するよりも、着実に少しずつ対応が迫られる課題である。人々の価値観の転換次第でその姿が異なり、街の作りや住宅のあり方の変更の可能性によっても、そのあるべき対応が異なるからである。

特に、この点は、今後超高齢者が激増する大都市部において、より真剣に検討すべき課題である。

以下では、まず次節で大都市部の超高齢化の見

通しを明らかにし、さらにその後大都市部における医療・介護のあり方を論じ、これらを踏まえて最後に住宅政策のあり方を議論することにする。

ただし最初に本稿の視野の限界をあらかじめ明らかにしておきたい。以下では社会保障政策としての住宅問題、住宅政策は、あまり詳しく触れない。これは他の研究に譲りたい。たとえば白川[2014]、特に第一部第1章「社会保障政策と住宅政策の関係性」、2章「住宅政策の沿革と課題」が、この点の適切な要約をしている。そこでは救済政策、社会保障政策という観点からの住宅政策が検討される。

本稿では、こういった観点も視野におきつつ、もう少し広い観点からの議論を進めたい。それは、一般的に理解されている住宅困窮者だけでなく、住居を所有する、いわば多くの中産階級に対しても、住宅政策の関与が求められるという問題意識にたつての議論である。

特に大都市部においては、住宅は単に居住のためのものであるだけにとどまらず、重要な「資産」として機能している。そうであるがゆえに、その資産価値の変動は、多くの大都市住民の住居地の移動性、住居の可塑性の妨げになっているという現実に焦点をあてたい。人々が、たとえば住宅を借家として利用していれば、必要に応じて適切に移住することはそれほど困難なことではない。しかし「資産としての住宅」はしばしば移動を妨げる。資産価値の不確実性という、予測困難な課題がつかまとうからである。

居住と資産という両面を持つ住宅の形成が、いつ頃から日本で形成されたかも含めた、より広範

困な視野からの鳥瞰図を示してくれる労作は、すでに存在する。それは、祐成[2014]である。同書は、過去100年ほどの、日本の住宅政策を回顧しながら、長期の歴史的視野から問題の所在を明らかにしている。

本稿では、そこまで広い視野からの文化的、歴史的、社会的考察を行うわけではない。むしろ本稿の視点は、経済的な視点に絞ったものである。しかしながらこういった観点を加えることにより、優れた前掲二著の、社会保障の視点、社会学的考察に、より深みを与えることになると思える。

2 大都市部の人口の超高齢化

現在日本は、65歳以上人口の総人口に占める比率で比較した場合、世界で最も高齢化の進んだ国である。特に注目すべきは、今後さらに高齢化が進む一方で、総人口が減少していくという点である。

ここ数年、日本ではこのような問題意識とともに、地域別の高齢化・人口減少が注目されるようになってきた。地域別に見た場合、人口減少と超高齢化は必ずしも、全国で比例的に進むわけではない。

まずこの状況を見てみよう。なお、以下では高齢化の指標を従来の65歳以上人口でとるのではなく、75歳以上という指標で示す。そして便宜的に75歳以上の高齢者を「超高齢者」と呼ぶことにする。これは学問的な慣用語ではないことを断っておく。

人口減少地域では、現在すでに高齢化のスピードは鈍り始めている。他方で今後、これまで人口集中が著しかったところで急速な高齢化が進む。以下のこの点を都道府県別データと市町村別データで示す。

表1は、データの入手可能な2014年から、2025年までに75歳以上人口の絶対数の増大数の大きい順に都道府県を並べたものである。2014年～2025年の11年間に、東京都全体では、75歳以上人口が約60万人増加する。伸び率では46%の増加である。伸び率からみると最も著しい都道府県は、埼玉県、千葉県であり、それぞれ71%、70%の増

加率である。

これらの都道府県では、75歳以上人口が50万人近く増加するわけで、増加数の絶対値から見ても伸び率のいずれから見ても、行政施策として考えた場合、相当思い切った政策の転換が求められると考えてよい。この種の議論を行うときに、数値を絶対数で示すのと、「伸び率」で示すのとのどちらが適切であるかは、議論のあるところであるが、行政施策という観点からは、絶対数での伸び率が適切であると思われるので、以下では主に絶対数の増加で議論する。

なお、2025年から2035年にかけては、その増加数はかなり鈍化する。この10年間では、その前の10年(11年)と比べて、増加数は10%程度となる。これはひとえに「団塊の世代」と言われる年齢層の大きさが原因している。

次にもう少し細分化し、市町村単位での動向を見る。表2では、国立社会保障・人口問題研究所の地域別人口推計に基づく、2015年と2025年推計値の比較を行う。(本稿執筆時点では、2015年1月時点の住基台帳のデータは入手可能でないので、2015年の人口は同推計に基づいている。)

表2では、2015年の人口10万人以上と推計される市町村に限定し、75歳以上人口に関して、2025年までの増加数および増加率の高い市区町村を高い順に並べた。これによると、東京都の周辺の市町村、すなわちさいたま市、千葉市、横浜市などでの増加が最も激しい。伸び率から見ても埼玉県、千葉県、神奈川県の子な市区町村の増加率がきわめて激しい。

東京都の23区、市部では、これらの周辺市と比べて若干遅れて75歳以上人口が増加する。東京都とそのほかの首都圏との違いは、一部の東京都の市部を除けば、次のような理由によるものと思われる。それはいわゆるアーバン・スプロール化現象により、主に団塊の世代が、高度成長期に郊外に住宅を求めて、一斉に住居を保有するようになったことが原因となっている。

これに対して、東京都23区では、一部の区を除いては、住民の年齢構成が、郊外と比べてさほど急速に宅地開発が行われなかったことが原因して

表1 75歳以上人口の増加数が多い都道府県（2014年～2025年および2035年）

都道府県名	2014	2025	2014-2025	2035	2025-2035
合計	15,367,772	21,785,638	6,417,866	22,454,392	668,754
東京都	1,351,799	1,977,426	625,627	2,028,201	50,775
神奈川県	902,033	1,485,344	583,311	1,540,445	55,101
大阪府	952,513	1,527,801	575,288	1,479,034	-48,767
埼玉県	686,267	1,176,765	490,498	1,205,036	28,271
千葉県	635,749	1,082,206	446,457	1,108,538	26,332
愛知県	742,512	1,165,990	423,478	1,186,969	20,979
兵庫県	663,418	966,343	302,925	976,744	10,401
北海道	726,659	1,024,035	297,376	1,077,046	53,011
福岡県	594,877	869,363	274,486	934,610	65,247
静岡県	469,939	654,598	184,659	671,297	16,699
京都府	315,824	483,506	167,682	476,809	-6,697
広島県	361,270	516,240	154,970	524,434	8,194
茨城県	341,514	493,012	151,498	527,965	34,953
宮城県	281,387	384,733	103,346	431,830	47,097
群馬県	248,177	343,916	95,739	354,878	10,962
岐阜県	264,893	358,848	93,955	359,462	614
栃木県	230,546	322,360	91,814	354,530	32,170
奈良県	171,036	253,921	82,885	254,426	505
岡山県	264,906	345,904	80,998	343,293	-2,611
新潟県	351,648	426,909	75,261	443,029	16,120
三重県	239,174	314,355	75,181	316,119	1,764
長野県	319,599	391,701	72,102	391,866	165
滋賀県	151,760	223,662	71,902	241,081	17,419
福島県	281,406	344,208	62,802	375,382	31,174
石川県	146,364	207,554	61,190	210,900	3,346
山口県	221,867	278,089	56,222	269,007	-9,082
熊本県	268,541	321,053	52,512	345,444	24,391
愛媛県	212,209	263,682	51,473	266,966	3,284
富山県	154,566	205,546	50,980	199,943	-5,603
沖縄県	136,592	181,377	44,785	230,670	49,293
大分県	178,800	221,782	42,982	228,610	6,828
長崎県	209,497	252,272	42,775	270,269	17,997
青森県	195,468	237,096	41,628	248,297	11,201
香川県	142,063	183,452	41,389	185,003	1,551
宮崎県	167,166	204,986	37,820	220,904	15,918
和歌山県	148,301	183,735	35,434	179,425	-4,310
鹿児島県	262,334	294,735	32,401	323,101	28,366
山梨県	116,598	148,576	31,978	155,459	6,883
福井県	111,676	142,747	31,071	148,074	5,327
岩手県	203,506	234,263	30,757	242,431	8,168
徳島県	118,169	146,009	27,840	150,081	4,072
佐賀県	116,796	142,515	25,719	155,222	12,707
高知県	123,397	148,849	25,452	146,078	-2,771
山形県	186,946	206,772	19,826	217,810	11,038
秋田県	186,771	205,417	18,646	210,715	5,298
鳥取県	88,596	104,817	16,221	110,048	5,231
島根県	122,643	137,168	14,525	136,911	-257

(資料) 「住民基本台帳年齢階級別人口」(平成26年1月1日現在) および国立社会保障・人口問題研究所「地域別将来推計人口」

いる。とりわけ団塊の世代の集中的な住宅保有という現象が、現在の年齢構成の偏りを生み、今後の著しい超高齢化となって現れると思われる。

以上は人口の年齢構成の特徴であるが、これに加えて、高齢単身世帯の激増という現象が見込まれる。東京都区部に関して言うと、65歳以上の高

表2 75歳以上人口の増加数（推計）が多い市町村

	2015年	2015-2035年
横浜市	427,555	226,648
大阪市	339,804	98,053
名古屋市	275,380	111,131
札幌市	237,859	169,246
神戸市	208,045	91,405
京都市	197,909	75,986
福岡市	152,495	111,348
北九州市	142,873	44,827
広島市	134,610	81,377
さいたま市	126,829	75,313
千葉市	115,680	70,894
仙台市	113,455	81,906
新潟市	108,900	41,789
浜松市	104,745	41,109
堺市	99,807	38,069
静岡市	97,188	26,501
世田谷区	91,113	34,864
熊本市	90,560	41,325
岡山市	85,000	32,406
練馬区	84,998	56,847
足立区	81,280	15,043
大田区	75,682	26,229
鹿児島市	74,871	37,573
相模原市	74,132	52,538
杉並区	73,450	25,490
八王子市	65,275	35,042
松山市	64,963	28,993
長崎市	64,590	20,520
江戸川区	64,231	20,707
船橋市	63,719	32,346
板橋区	63,137	22,035
東大阪市	62,999	21,094
福山市	60,019	26,061
姫路市	59,865	19,818
倉敷市	58,954	23,415
富山市	57,832	17,802
松戸市	56,273	32,762
横須賀市	56,123	12,696
川口市	55,686	23,842
宇都宮市	55,248	33,375
金沢市	55,149	27,458
高松市	55,145	22,046
尼崎市	55,125	11,283
大分市	54,764	35,151
長野市	54,581	13,846
岐阜市	53,846	12,494
旭川市	52,518	18,861
葛飾区	52,374	9,526
和歌山市	51,974	11,297
西宮市	51,511	25,660
町田市	51,033	23,718
宮崎市	50,377	28,037

資料出所：表1に同じ

(注) 2015年推計値5万人以上をとった。

齢単身世帯数は2010年の約47.1万世帯から、2030年には約65.3万世帯になるものと推計される。75歳以上に限定して見ると、2010年の約24.4万世帯から2030年には約37.5万世帯に増加する。

この、高齢者のみの世帯の急増は、首都圏の周辺地域でも起きているが、その伸び率は東京都23区で、東京都全体より著しい。また高齢者単身者数全体の、高齢者数全体に対する比率は、東京都全体の方が、千葉県、埼玉県、神奈川県よりも高い比率となっている。23区で著しい。

なお、近年地方の人口減少の深刻さを訴える世論の高まりにつれて、大都市圏から地方への移住の可能性を促進する見解が生じるなか、たとえば東京圏から地方への移住志向に関する調査が行われている。(『東京在住者の今後の移住に関する意向調査』)これによると、全体として4割の被調査者、特に関東圏以外の出身者の約5割が、移住する予定があるか、あるいは検討しているという。ただ、この結果を年齢別に見ると、20歳代30歳代の若年者に関して、その比率が高く、年齢とともに低下するので、上記の75歳以上の高齢者の人口推計結果にはあまり変化がない可能性が高い。

3 医療と介護

大都市圏では、そのほかの地域と比べて医療・介護の供給は質量とも恵まれている。人口あたりあるいは高齢者一人あたりの医療施設数、病床数、医師数、介護施設数、いずれをとっても全国平均を上回っている。ただし正確に言うと、東京都の周辺県（千葉県、埼玉県など）では、医師数や病床数が全国平均以下となっている。

患者が、医療機関を求めて移動しやすい状況では、この状況が事態を深刻化させることは少ないが、救急を要する医療やいくつかの医師が極端に不足する診療科では、この状態が深刻な問題を引き起こす。すべての疾患ではないものの、大部分の疾患に関しては、適切な診療を行う場所は、住民の居住地から、地域的に限定された場所でしか診療できない。

こういった事態は、高齢化が進むと、ますます深刻になる。超高齢者になると移動が制限され、

外来診療さえ容易に受けることができなくなるからである。従って大都市圏でさえ、医療・介護を受ける機会が恵まれているという意識は変更を迫られる。

超高齢者の人口が激増する地域においては、この点はより深刻になる。(財)森記念財団 都市整備研究所は、平成24年時点で、東京都23区に関して、2010年の値をもとにして、2030年の患者数を予測している。(『2030年の東京Part 2 超高齢社会の暮らしと街づくり編』)これによると高齢入院患者数は、2010年の4.8万人から2030年には5.5万人に(13.2%増)、高齢外来患者に関しては、2010年の18.7万人から2030年の21.8万人(16.6%増)となる。そして同報告では、入院病床数はほぼ足りているとし、外来に関しては、江東区などの7区で拡充が必要であるとしている。

この値はあくまで単純な外挿によるものであるが、この「単純な外挿」という観点に絞っても、いくつかの意味で問題がある。一つは65歳以上の高齢者数を一括してとらえた外挿であり、超高齢化するという現実をとらえていない。近年の入院患者数は、60歳代後半とたとえば90歳代と比較すると、後者は人口あたりで1.3倍程度になっており、この意味で超高齢化というほぼ確実な予測を踏まえた場合、過小評価である。

またこの予測は、急性期の患者、慢性期の患者、またその中間的な患者といった、疾病の症状の差異を考慮しないものとなっている。もし医療機関が、こういった種類の患者の違いに応じて、提供する医療の転換を行うのであれば、医療提供施設と患者とのマッチングが行われるが、東京都には大学病院などの教育病院が多いために、このことが容易ではない。

また同報告者は、介護施設についても単純な外挿による推計を行っている。介護施設数に関しては、医療施設より深刻な姿が浮かび上がる。23区の要介護認定者数が、単純に現在との高齢者に対する比率に変化なく増加するとして、2010年の29.1万人から2030年には41.2万人となると予測している。このうち軽度の要介護認定者数は、17.6万人→24.8万人、重度の要介護認定者数に関して

は、11.5万人→16.4万人と激増し、重度要介護認定者のための介護施設は12.1万人も足りなくなると予測している。

これらの予測値はいずれも、要介護者数の高齢者に対する比率が、70歳代と90歳代とで著しく異なることを考慮していない。従って先の医療施設の患者数の予測と同様、外挿値で見た場合、かなりの過小評価になっている。

以上は東京都23区に限定した予測値である。先に述べたように、23区外の東京都や埼玉県、千葉県、神奈川県などは、さらに超高齢化の進み方は著しいので、全体として大都市部の医療・介護需要は、このまま進めばかなり深刻な事態を招く。この点は首都圏に限らず、近畿圏、名古屋市を中心とする愛知県に関しても同様に当てはまる。

それでは今後の医療・介護のあるべき姿は、どのようなものであろうか。

厚生労働省は、2013年5月に、「都市部の高齢化対策に関する検討会」を開催し、以上のような事態を踏まえて同年9月に「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」と題する報告書を提出した。

同報告書は『社会保障制度改革国民会議～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』を踏まえて、「病院完結型」から「地域完結型」の医療・介護に転換することの必要性を謳った。この要因は疾病構造の変化、患者・利用者のQOLの維持・向上を目指すという理念に即したものであり、特に都市部については、次の点を強調している。

(1) 医療に関しては、急性期に比して、回復期・慢性期の受け皿が少ないので、病院・病床機能の分化・連携を進めること

(2) 在宅における医療・介護の充実を含めた地域包括ケアシステムの充実を図ること

この報告では、より焦点を絞って、特に大都市部で求められている、在宅での医療・介護の充実に関しての提言を行っているが、ここではこの詳細は省略することにし、同報告書で触れられている「住宅」のあり方を見てみよう。この内容は「住まいの新たな展開を図る」という節でまとめられ

ているが、そこでは次の6つの項目が掲げられている。

- (1) 多様な住まい・住まい方の実現
- (2) 入居者のニーズに応じた住まい
- (3) 医療・介護サービスとの連携
- (4) サービス付き高齢者住宅の住所地特例
- (5) 既存インフラの有効活用
- (6) 多世代共生の住まい方

見出しだけでは自明のことに見えない項目もあるので、若干の補足を加える。

(1) は介護が必要となった場合や、事前にそれに備えて、家計が許すならば、住宅改修などを行って介護環境を整えることを求めている。また可能であれば、同趣旨のもとで、適宜住み替えを行うことも求めている。一例として「サービス付き高齢者住宅」や「有料老人ホーム」への住み替えも視野に入れるが、住み慣れた地域で暮らし続けることへの期待が示されている。

(2) は所得や世帯構成に応じた住み替えの候補施設についての情報の提供を求めている。

(3) の表現はいうまでもないことであるが、ここでは特に行政や施設提供者に対する要望が中心となっている。大規模団地の再開発などを含めて、街づくりと一体化して施策を展開し、それが介護サービスの提供などと連動することを求めている。

(4) は、介護保険者（市町村）をまたがって住居を移動するときに生じる、保険者間での負担の公平をどのように維持するか、介護保険と医療保険との制度間で生じる負担の公平性を検討することが求められている。

(5) では、高齢者の介護や医療を地域で充実するに当たり、空き家や小学校跡地などの各種インフラの有効活用を求めている。さらに社会福祉法人による居宅サービスの積極的な展開も求めている。これは従来の社会福祉法人が、施設サービスに偏っていることを踏まえて提案である。

(6) では、高齢者の住生活が、高齢者のみの世帯で偏って住まうことのないよう、子育て世代なども含めた多世代の共生を図ることになるよう努めることが求められている。

全体として、この報告書では、折に触れて「地域コミュニティ」のつながりを強化することの必要性が意識されていることも特徴である。大都市部において近隣とのコミュニケーションが希薄になり、そのことが効率的なケアの提供の妨げとなっていることが、強く意識されている。

4 住宅のあり方と日本の住宅政策の回顧

(1) 持ち家政策と社会保障

前節で予告したように、今後の都市部における超高齢化に対応するためには、住宅のあり方を検討することが不可欠である。この重要性を、大別して二つに分けて整理したい。一つは、個々の住宅の内部のあり方であり、いま一つはより広く住宅を取り囲む街のあり方である。この後者の点は、むすびで述べることにする。

前者に関しては次の二つの論点がきわめて重要である。一つは、すべての国民に住居を保障するという基本的人権を実現する手段に関することである。いま一つは、国民のかなりの割合の人々が、資産として考えてきた持家が今後その機能を発揮できるかという論点である。これまで、社会保障論としてはこの前者のみを扱ってきた。もちろんこの論点は最重要の課題である。しかしながら、後者の議論も無視できないという観点から、その根拠を述べる。

(2) 住宅は今後資産として維持できるか

首都圏白書平成25年版（図表1-4-2）によると、たとえば東京都では、昭和55年以前の旧耐震基準で建てられたもので、鉄筋・鉄骨コンクリート、3階建て以上の共同住宅、いわゆるマンションが、70.3万戸と東京で突出して多い。（神奈川で27.2万戸、千葉で19.8万戸、埼玉で14.9万戸、それ以外の首都圏では、茨城で3.1万戸、群馬で1.5万戸と桁違いに少ない。）

この老朽化したマンションの占める比率は、東京都では全体の24.7%を占める。東京都のそれが、突出して老朽化しているのであるが、それ以外の地域でも、日本全体で、住宅の老朽化はかなり進んでいる。全国平均で見ると、マンションに限定

しない全体の持家数は、約3,000万戸であるが、そのうち37.1%は、やはり昭和55年以前の建築になるものである。

このことは単に住宅のみならず、橋梁、高速道路などの公共施設についてもあてはまる現象であるが、賃貸住宅と異なり、持家住宅の老朽化の持つ意味は大きい。

総務省の「住宅・土地統計調査」(平成25年)によると、年齢階級別に見た持家世帯率(家計を主に支える者の年齢階級別持家率)は、40歳代から急速に上昇し、75歳以上に関しては、81.5%に達している。そしてこれらの値は、三大都市圏に限定しても、全国平均とあまり違いがない。従って大都市圏においても、持家住宅に居住する高齢者世帯は、全体の高齢者世帯の半分以上を占める。

これらの多くの世帯は、子供が成長し、比較的広い住宅に、老夫婦のみで居住し、その後配偶者をなくした単身者が、相対的により広い住宅で独り暮らしをするというのが、圧倒的である。近年は、たとえば「移住・住みかえ支援機構」といった機関が設置され、相対的に広い居住面積を求める若年者との住居の交換なども推奨されているが、ほとんど普及していない。

こういった場合、住居の維持費も相当額になり、マンションなどを除けば、老朽化したあとの家屋の修繕費用の積み立ては行われていないのが現状である。またマンションにおいては、集合住宅であるがゆえに、その維持には別の意味の困難が伴う。

特に単身となった後の住居の維持は、一戸建ての場合でも、またマンションの場合でも、それぞれに多くの維持費用を要する。一見すると、賃貸住宅より持家のほうが、保有資産額が大きく見えるので、賃貸住宅生活者のほうが、生活は苦しく見えるが、かつてのように地価が上昇し続けることが普遍的な時代と異なり、事態は逆のように思われる。

住宅を所有して、それを資産として維持することに伴うリスクに備えるほうが、賃貸住宅に住んで、住宅保有に伴う諸経費(固定資産税、維持費、火災保険などの各種保険支出)を支払う場合と、

同等の広さの賃貸住宅で家賃を払い続ける場合とでは、資産運用のリスクを考えると、明らかに賃貸のほうが利益率は高くなっているのである。

もちろん以上の議論は、大都市部においても、場所によって異なる。所有住宅と賃貸住宅の有利性の比較は、それほど単純ではない。この比較が困難な点は、交通の利便性、住宅の質などさまざまな要因によって異なり、一般論として議論できないだけでなく、資産運用のポートフォリオと考えると、運用資産を構成する個々の要素のリスクを判断しなければならない。

ただ、重要なことは、さきに述べたように、大都市圏の超高齢化によって、住宅に対する需要のかなりの減退が見込まれること、さらに、生産年齢人口の減少によって、通勤者の数も減少することが見込まれ、交通の不便な地域における住宅需要が減少する可能性が高いこともほぼ確実である。

以上の見通しを踏まえれば、過疎地域や地方都市などは言うまでもなく、人口が密集する大都市部においてさえ、住宅が資産として機能する可能性が、次第に低下するということはほぼ確実である。

このように、資産としての役割が次第に低下する可能性の高い住宅を考えた場合、この変化に対する住居所有者の対応が遅れば、街づくりという観点からも、行政政策を施行することが困難になる。現在しばしば指摘される「空き家住宅問題」(全国平均で見ると既存住宅の約17%、東京だけをとっても10%を超える)も、こういった背景があるものと思われ、これが地域全体の環境の劣化に影響することも考えられる。

もちろん以上のような指摘はあくまで一般論であり、適切な住宅の質の維持管理、地域コミュニティの努力、交通の利便性の変化など多くの要因が、この一般論に変化を与える。過去のこういったことに対する配慮だけでなく、今後の住民の努力も無視できない。

大都市部においては、地域における住民同士のコミュニケーションが希薄であることは、多くの調査によって確かめられており、上記の努力がか

表3 所有関係別住宅ストック数の国際比較

(単位：千戸)

	総計	持家	借家	借家		公的借家	
				民間借家	公的借家	公的借家 I	公的借家 II
アメリカ ('11)	100.0%	66.2%	33.8%	29.2%	4.6%	2.0%	2.6%
	114,907	76,091	38,816	33,533	5,283	2,241	3,042
イギリス ('11)	100.0%	65.9%	34.1%	16.6%	17.5%	8.3%	9.2%
	21,787	14,352	7,435	3,620	3,815	1,807	2,008
ドイツ ('10)	100.0%	45.7%	54.3%	-	-	-	-
	36,089	16,494	19,595				
フランス ('06)	100.0%	57.2%	42.8%	19.4%	17.1%	15.7%	1.4%
	26,280	15,032	11,248	5,104	4,487	4,126	361
日本 ('08)	100.0%	61.1%	35.8%	26.9%	6.1%	4.2%	1.9%
	49,598	30,316	17,770	13,366	3,007	2,089	918

※公的借家・・・各国統計におけるいわゆる「公的借家」の数であり、原則として公的主体が所有・管理する借家をいう。なお、「公的主体」の範囲は、通常、地方公共団体、公益法人であるが、ドイツ、フランスの場合は組合、株式会社も含まれている。

・アメリカ・・・I = 公共住宅、II = 連邦(家賃)助成住宅(資料) American Housing Survey 2011

・イギリス・・・I = 公営住宅、II = 住宅協会(資料) English Housing Survey Housing Stock Summary Statistics Tables, 2011

・ドイツ・・・資料) Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2012

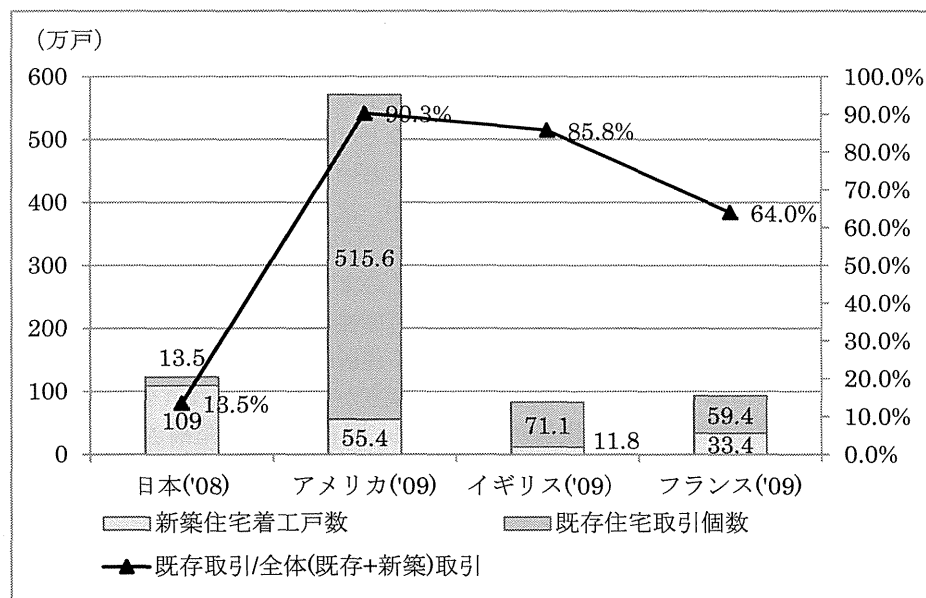
・フランス・・・I = HLM(じゅうたく)資料) enquête logement 2006 (フランスの統計にはその他を含む。)

・日本・・・I 公営住宅、II = 都市再生機構・公社の借家(資料) 総務省「平成20年住宅・土地統計調査」

※日本の総計には所有関係不詳を含む。日本の借家は給与住宅も含む。

出所：国土交通省 http://www.mlit.go.jp/statistics/details/t-jutaku-2_tk_000002.html

図表 I-1-1-15 住宅市場の国際比較



(資料) 日本：住宅・土地統計調査(平成20年)(総務省)、住宅着工統計(平成21年)(国土交通省)

アメリカ：Statistical Abstract of the US 2009

イギリス：コミュニティ・地方政府省 (URL <http://www.communities.gov.uk/>)

(既存住宅流通戸数は、イングランド及びウェールズのみ)

フランス：運輸・設備・観光・海洋省 (URL <http://www.equipement.gouv.fr/>)

注1) イギリス：住宅取引戸数には新築住宅の取引戸数も含まれるため、「住宅取引戸数」-「新築完工戸数」を既存住宅取引戸数として扱った。また、住宅取引戸数は取引額4万ポンド以上のもの。なお、データ元である調査機関のHMRCは、このしきい値により全体のうちの12%が調査対象からなると推計している。

注2) フランス：年間既存住宅流通量として、毎月の既存住宅流通量の年換算値の年間平均値を採用した。

出所：国土交通省【2013】「中古住宅流通促進 中古住宅流通促進・活用に関する研究会(参考資料)」

図1 中古住宅流通シェアの国際比較

なり難しいという現実を直視する必要がある。

以上の考察をふまれば、今後資産保有者においてさえ、貧困問題が発生する可能性がある。一般に指摘されている貧困問題としての住宅問題に加えて、住宅保有者においてさえ、新たな貧困問題が生じる可能性があるのである。

この点の根本は表3に示すように、我が国の住宅が、いわゆる「持ち家」政策によって展開されてきたことと無縁ではない。ドイツやフランスと比べて借家比率が低いこと、また公営借家が少ないことが、超高齢社会における住宅政策の困難さを生んでいると言えよう。さらに図1に示すように、中古市場の未発達も、新たな住宅ニーズに対する対応を困難にしている。

これまでの本稿の考察では省略したが、いわゆる伝統的な住宅にかかわる貧困問題も現存するという点を軽視するつもりはない。とりわけ次のような論点は、重視する必要がある。

岩田[2012]は、2005年時点で、女性の未婚化、単身世帯化の実態を調査し、貧困化という問題意識に基づいて、次のような点を指摘している。まず年齢とともに持ち家（住宅所有者）が増加するが、55～64歳時点で借家住まいも少なくなく、未婚者の場合は、全体の25%が借家住まいである。さらに未婚者で借家住まいでない場合も、住居は親の所有となる場合がきわめて多く、親との死別後は、その所有権は兄弟姉妹がいる場合は、すべて未婚女性の所有となるとは限らない。夫と離別した女性の住居の所有関係を見ると、民間賃貸および公営賃貸に住まうものが半分近く（47.3%）を占める。

優先順位からすれば、わずかなりとも資産となりうる住居を所有する人々よりも、住居を保有しない人々の資産（主に金融資産）のほうが少ないことが想像されるので、そちらに社会保障政策の重点が向くことはやむを得ない。

しかし資産を保有するが、近隣関係も希薄にあり、少額の貯蓄と年金とで暮らす人々に対するアウトリーチの必要性も無視できないのである。

5. むすびに代えて—超高齢社会の住宅政策の課題—

これまでの常識では、老後、特に超高齢化した場合の、ケアのあり方は、施設に入所することを斡旋すること、この必要性を早めに認識した高齢者に対しては、「サービス付き高齢者住宅」を推奨することであった。特に単身者に対しては、自己の住宅でケアを進めるといふことの必要性は、やや優先順位が低かったものと思われる。

しかしながら、この種の発想から生まれることは、ひたすら施設や入院病床を増加して対応し、在宅ケアは考えないということであろう。ところがこの種の発想では、激増する超高齢者のケアを維持できるかどうか疑問が投げかけられている。たとえば、一時、人々のQOLの維持や人権の保護という趣旨から「バリアフリー」の必要性が叫ばれたが、現在はこの発想はより進化しつつあるように思われる。障害を持つ人々が努力しても「超えがたいバリア」はなくす必要があるが、彼・彼女らの努力で超えることができるバリアをすべて事前に除去することが、果たして望ましいことなのかという疑問が投げかけられつつある。

その典型的な例が、認知症に対する対応である。初期の認知症の人々を施設に入所させるより、街づくりに工夫をして、住民ぐるみで街でケアをしておくほうが、一見すると危険であると思われるが、むしろ重症化の予防になり、より人間らしい街を作ることに寄与するという見解が、次第に世界の趨勢となりつつある。

松村[2013]がいうように、住宅政策も、個別の住宅の提供から街づくりの時代に入っているのである。

付記

本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」(H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)の成果の一部である。

参考文献

1. 白川泰之[2014]『空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」』(中央法規)
2. 助成保志[2014]「住まいのとらえ方—社会学の視点—第3回 住宅市場の多様性」『いい住まいいいシニアライフ』(高齢者住宅財団, Vol. 123)
3. 首相官邸[2014]『東京在住者の今後の移住に関する意向調査』<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/souseikaigi/dail/siryout2.pdf>
4. 国土交通省『首都圏整備に関数年次報告書』(首都圏白書)平成25年版(平成26年発行)
5. 森記念財団 都市整備研究所[2012]『2030年の東京 Part 2 - 超高齢社会の暮らしと街づくり編』(平成24年7月)
6. 東京財団[2014]『国土の不明化・死蔵化の危機～失われる国土III～』(東京財団, 2014年3月)
7. 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(平成25年9月) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>
8. (財) 高齢者住宅財団『地域包括ケアの構築に向けた高齢者の住まいの整備を支援する環境整備のあり方に関する調査研究 報告書』(平成24年度 老人保健事業推進費補助金 老人保健健康増進等事業) (平成25年3月)
9. 松村秀一[2013]『建築—新しい仕事のかたち—「箱の産業」から「場の産業」へ』彰国社
10. 岩田正美[2012]「配偶関係の変動と貧困」『季刊社会保障研究』(Vol.47, No.1, pp31-39)
(にしむら・しゅうぞう 医療経済研究機構所長
国立社会保障・人口問題研究所名誉所長)

地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題 ——サービスの質を中心に——

井上 由起子

I はじめに

2025年を目途に、地域包括ケアシステムの基盤整備が進められている。地域包括ケアシステムの要素は、住まい、生活支援、予防・保健、介護、医療の5つである。人は誰もが安定的な住まいというものを求めている。住まいの保障は、地域包括ケアを検討するための前提条件にほかならない。基盤としての住まいが確保された後、医療や介護に先立って必要となるのが生活支援であり、同時に、心身の衰えを意識しつつも、予防・保健に励み、健康を維持しようと努める。介護と医療の比重が高まるのは、その後である。

この考え方は基本的には正しい。だが、高齢期になって転居をする場合、重視する要素は心身状況によって異なる。特別養護老人ホームでは介護が重視され、介護療養型医療施設では介護と医療の双方が重視される。高齢者住宅への転居の場合はどうであろうか。

北欧のように早めの引っ越しが成立するメカニズムがあり、なおかつ公によってサービスが独占的に提供されている場合、住む場所によってサービスが著しく異なる可能性は低く、住宅の水準が重視される。住戸プランは1LDK以上であり、設備（トイレ、洗面、浴室、キッチン）も完備しているのが一般的である。

これに対し、2011年に制度化されたサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ付き住宅）は、ワンルームが大半であり、面積は25㎡未満が73.2%を占め、設備を完備しているものは25.7%に過ぎな

い。居住者のプロフィールをみると、平均要介護度は1.8、入居経路は医療機関・介護保険施設・有料老人ホーム等からの転居が31.9%、自宅（含む親族宅）からの転居が59.0%となっている。状況把握や生活相談等の基本サービスは24時間配置が73.7%で、食事は94.2%で提供されている。併設介護事業所は、居宅介護支援事業所36.7%、訪問介護事業所46.8%、通所介護事業所48.0%、小規模多機能型居宅介護（含む複合型、以下小規模多機能）10.2%となっている[高齢者住宅推進機構 2014, pp.39-51]。

以上から、日本の高齢者住宅は特別養護老人ホームが空くのを待てない方々が、それより少し早めに引っ越すための代替施設として機能している、と考えるのが妥当といえる。

住宅という言葉は地域という言葉と同じくらいに魅惑的で、私たちが夢の世界に導いてくれるが、その名称に惑わされることなく、実態を理解したうえで整備のあり方を考えたほうがよさそうである。本稿では以下に述べる手順でサ付き住宅の今後のあり方を検討する際の留意点を整理する。第一に、居住形態別の費用負担構造を明らかにしたうえで、サ付き住宅の家賃の実態を明らかにする。第二に、サ付き住宅を住機能とサービス機能から構成されると捉え、その質の評価をめぐってどのような困難があるかを明らかにする。第三に、サービスの質の確保に向けた課題について具体的に解説する。最後に、地域包括ケア時代においてサ付き住宅が根源的に備えるべき機能と役割を検討する。

II 費用負担の基本構造

1 自宅－高齢者住宅－施設の費用負担

サービスの質について検討する前に、我が国において北欧のような早めの引っ越しが成立せず、施設の代替機能としてサ付き住宅が供給される理由を確認しておこう。図1に、自宅－サ付き住宅－特別養護老人ホームの費用負担をとりまとめた。ポイントは住宅費用とサービス費用を切り分けたことである。

【サービス費用】同じ要介護度であれば介護保険の自己負担額はどこに住んでいようと同じであるが、状況把握や生活相談や生活支援サービスは違う。自宅では家族や本人の無償労働で賄われ、特別養護老人ホームでは介護保険でカバーされ、高齢者住宅では全額自己負担の基本サービス費で手当される。この結果、サービス費用は高齢者住宅で最も高額となる。

【住宅費用】高齢者の80%は持家だが、これをフローに変えられるのは三大都市圏の良質な住宅地に限られる。多くの場合、施設や高齢者住宅への転居によって住宅費用は著しく増加する。特別養護老人ホームは事実上、全国一律の公定価格となっており、低所得者には補足給付がある。これに対し、サ付き住宅の家賃は土地価格を反映し、東京都では10万円を超え、地方では特別養護老人ホームの標準月額を下回る。大阪府のようにサ付

き住宅に住む低所得者に家賃補助を実施している地方公共団体は例外であり、通常は生活保護の住宅扶助に限定されている。この結果、住宅費用も高齢者住宅で最も高額となる。

このメカニズムのもとでは、早めの引っ越しは経済的に余裕がある層に限定され、一般解にはなりえない。厚生年金層であっても多くは自宅でぎりぎりまで過ごそうとし、引っ越しのタイミングは後ろへとずれる。住宅事業者は、後ろへとずれたタイミングを考慮し、住宅と呼ぶことに抵抗感を覚えるような住宅と手厚いサービスを整える。このようにしてサ付き住宅は施設の代替機能を果たすに至る。

2 家賃

都市部の高齢化対策に関する検討会の報告を受け、サ付き住宅にも住所地特例を適用する方向で制度改正が予定されている。この背景には、地価が高い東京都特別区等ではサ付き住宅への転居が費用負担面から難しく、周縁部のサ付き住宅への移住が発生しているのではないかと懸念がある。東京都から埼玉県・神奈川県・千葉県への後期高齢者の転入超過はデータ上も明らかとなっている[中川,2014, pp.176-185]。以下、サ付き住宅の家賃をエリア別に確認しておこう。

(1) 調査対象と調査手順

調査対象は、2013年8月31日時点でサービス付

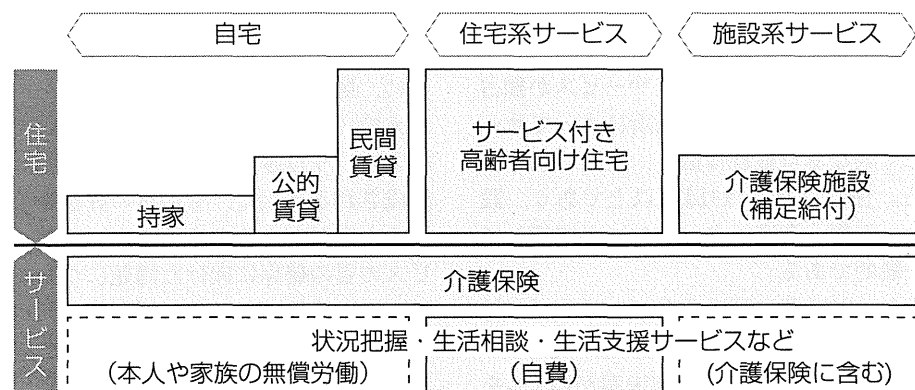


図1 自宅-サ付き住宅-特養の費用負担構造